



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91 COACALCO ESTADO DE MÉXICO

**FUNCIONALIDAD DE LA TERAPIA FÍSICA EN PACIENTES CON LUMBALGIA
AGUDA Y CRÓNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MC.GERARDO MANUEL PÉREZ MACÍAS

COACALCO ESTADO DE MÉXICO

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIONALIDAD DE LA TERAPIA FISICA EN PACIENTES CON LUMBALGIA
AGUDA Y CRÓNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

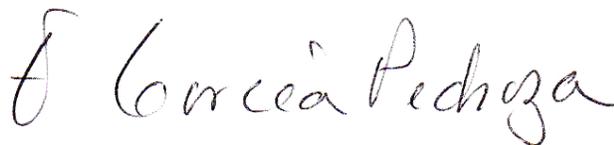
PRESENTA

MC. GERARDO MANUEL PEREZ MACIAS

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FUNCIONALIDAD DE LA TERAPIA FISICA EN PACIENTES CON LUMBALGIA
AGUDA Y CRÓNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. GERARDO MANUEL PEREZ MACIAS

AUTORIZACIONES



DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91 COACALCO ESTADO DE MEXICO



DRA. MARIA ADRIANA CRUZ ARCE
ASESOR DE TEMA DE TESIS



DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO
ASESOR METODOLOGICO



DRA. PAULA GONZALEZ MARTINEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 22/06/2012

DRA. MA. ADRIANA CRUZ ARCE

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONALIDAD DE LA TERAPIA FISICA EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1402-7

ATENTAMENTE

DR.(A). VICTOR MORA SANTIAGO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

INDICE GENERAL

1. MARCO TEORICO.....	1
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
3.-JUSTIFICACION.....	12
3.1-Magnitud.....	12
3.2.-Transcendencia.....	12
3.3.-Vulnerabilidad.....	12
3.4.-Factibilidad.....	13
4.-OBJETIVOS.....	14
4.1.-General.....	14
4.2. Especifico.....	14
5.-HIPÓTESIS.....	15
6.-METODOLOGÍA.....	16
6.1.Tipo de estudio.....	16
6.2.- Sujetos material y métodos.....	16
6.3.- Características donde se realizara el estudio.....	16
6.4.- Universo de trabajo... ..	17
6.5.1.- Criterios de inclusión.....	18
6.5.2.- Criterios de exclusión.....	18
6.5.3-Criterios de eliminación.....	18
7.-VARIABLES.....	19
7.1.- Operación de variables.....	20
7.2.-Tamano de la muestra.....	21
7.3.-Metodo y Procedimiento para captar la información.....	22
8.-Resultados.....	23
8.1.-descripcion de los resultados tablas y gráficas.....	24
9.-DISCUSION.....	31
10.-CONCLUSION.....	34
11.-ANEXOS.....	36
12.-BIBLIOGRAFIA.....	37

RESUMEN ESTRUCTURADO

FUNCIONALIDAD DE LA TERAPIA FISICA EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION,

ANTECEDENTES: El síndrome doloroso lumbar se caracteriza por la sensación de dolor en la columna lumbar, que si bien desde el punto de vista anatómico corresponde estrictamente a la localización de las vértebras lumbares, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias. Clínicamente comprende desde el borde inferior de la parrilla costal hasta la región glútea inferior, acompañado por lo general de espasmo muscular. A nivel mundial la lumbalgia representa la segunda causa de dolor y es la condición benigna más común de discapacidad en personas menores de 45 años y la tercera causa en los mayores de 45 años. Sexo: los estudios realizados resultan contradictorios. Por una parte, Biering-Sörensen, señaló que durante los años de trabajo hombres y mujeres tienen dolor lumbar con la misma frecuencia. reportandose predominio masculino, mientras que otros encuentran todo lo contrario. En relación a la asociación sexo-edad, Caillard, encontró que en cada grupo de edad, los índices de prevalencia masculina eran superiores a los femeninos. Edad: El dolor lumbar es la tercera causa en mayores de 45 años, fundamentalmente los primeros episodios de dolor lumbar aparece en edades comprendidas entre los 20 y 35 años. Los grupos de edad menos afectados son los de más de 45 años y menos de 20 años. El dolor lumbar se manifiesta de forma distinta según la edad. Talla y peso: Ambos factores no tienen una clara relación con la lumbalgia. Así, en relación a la talla hay estudios que sugieren una mayor prevalencia de dolor ciático en individuos altos, mientras que otros afirman que los trabajadores más altos son los que presentan dolores lumbares con menor frecuencia. Respecto a la obesidad y lumbalgia, se demuestra que esta influye en su establecimiento como en el aumento del número de episodios y su cronicidad. Ocupación: Existe una evidencia razonable de que hay factores ocupacionales asociados al dolor de espalda como son: el trabajo físicamente pesado, las posturas de trabajo estáticas y movimientos bruscos, el trabajo repetitivo y las vibraciones, incrementan la presencia de lumbalgia. **OBJETIVO:** Determinar si la terapia física es más funcional en paciente con lumbalgia aguda vs crónica. **MATERIAL Y METODOS** El presente estudio se realizara en la UMF 91 Delegación Estado de México, Oriente ubicada en la avenida López Portillo, esquina av. Juárez sin numero la cual cuenta con una población de 141 968 pacientes de los cuales 10 932 pacientes fueron atendidos en el servicio de rehabilitación de dicha unidad. Se realizará primeramente una revisión de todos los expedientes con diagnóstico de lumbalgia tomando en consideración solo aquellos que tengan manejo agudo y crónico con cualquier tipo de terapia física y de cualquier origen del dolor lumbar, todos los datos serán vaciados en una hoja de cotejo, una vez vaciados los elementos necesarios de la información procederemos a realizar una distribución de frecuencias con tablas de captura en el sistema estadístico Excel y que posteriormente serán vaciados al SPSS 15.0. **DISEÑO:** retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal. resultados y conclusiones.

1.-MARCO TEORICO

ANTECEDENTES.

DEFINICIÓN

El síndrome doloroso lumbar se caracteriza por la sensación de dolor en la columna lumbar, que si bien desde el punto de vista anatómico corresponde estrictamente a la localización de las vértebras lumbares, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias. Clínicamente comprende desde el borde inferior de la parrilla costal hasta la región glútea inferior, acompañado por lo general de espasmo muscular, con repercusión en la movilidad normal de la zona.

EPIDEMIOLOGÍA.

A nivel mundial la lumbalgia representa la segunda causa de dolor y es la condición benigna más común de discapacidad en personas menores de 45 años y la tercera causa en los mayores de 45 años. Se estima que 80% de las personas experimentan por lo menos un cuadro de dolor lumbar agudo en toda su vida. Su incidencia anual es de 10 a 15% y su prevalencia es de 15 a 45%.

En México esta dentro de las 5 primeras causas de consulta que ameritan atención médica en los distintos niveles de atención. Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ocupa el séptimo lugar de motivos de consulta en primer nivel de atención. En el 2005 represento la 5ta causa de consulta como secuela de accidentes de trabajo y es la tercera causa de ausentismo laboral después de las enfermedades respiratorias y los traumatismos.¹⁻³

En la mayor parte de los casos se trata de dolor autolimitado con tendencia a la mejoría de manera espontánea, rápida y completa en aproximadamente el 90% de los casos, en un lapso de 3 meses, sin embargo, aquellos que se recuperan tienen una tasa de recurrencia del 60% en los siguientes 2 años. Pero el dolor se vuelve crónico en 5% de los casos.^{1, 2, 3,5}

Lo anterior genera altos costos de tratamiento e incapacidad, así mismo genera sobrecarga de trabajo a los servicios de salud lo que afecta la economía de los institutos de salud, y produce costos indirectos por el ausentismo laboral repercutiendo en las empresas y en el núcleo familiar del paciente. Se estima que 10 a 15 % de los dictámenes de invalidez se deben a ella. Por lo anterior es considerado un problema de salud pública.^{4,5}

Respecto a las variables que pueden influir en la frecuencia de la lumbalgia se encuentran:

Sexo: En esta variable, los estudios realizados resultan contradictorios. Por una parte, Biering-Sørensen, señaló que durante los años de trabajo hombres y mujeres tienen dolor lumbar con la misma frecuencia. Igualmente, en un estudio realizado a 3 020 empleados de la empresa Boeing, se desprende que el sexo no es una variable predictiva de la lumbalgia laboral. Hay estudios que encuentran un predominio masculino, mientras que otros encuentran todo lo contrario. En relación a la asociación sexo-edad, *Caillard*, encontró que en cada grupo de edad, los índices de prevalencia masculina eran superiores a los femeninos.¹⁵

Edad: El dolor lumbar aparece como causa principal de limitación de actividad en personas menores de 45 años y como tercera causa en mayores de 45 años, fundamentalmente los primeros episodios de dolor lumbar aparece en edades comprendidas entre los 20 y 40 años. Se ha encontrado un riesgo de lumbalgia creciente con la edad, con un máximo entre los 45 a 50 años y una disminución del riesgo después de esa edad. Los grupos de edad menos afectados son los de más de 60 años y menos de 21 años.¹⁵

Se ha observado que la edad superior a 45 años era un factor influyente, los individuos mayores de 45 años tienen 3-4 veces mayor probabilidad de obtener incapacidad permanente que los menores a esa edad. El dolor lumbar se manifiesta de forma distinta según la edad. Los trabajadores jóvenes son los que presentan mayor riesgo para la adquisición de dolor en el trayecto del nervio ciático, muchos son diagnosticados como casos de ciática, mientras que los trabajadores mayores se quejan de dolor indefinido.¹⁵

Talla y peso: Ambos factores no tienen una clara relación con la lumbalgia. Así, en relación a la talla hay estudios que sugieren una mayor prevalencia de dolor ciático en individuos altos, mientras que otros afirman que los trabajadores más altos son los que presentan dolores lumbares con menor frecuencia. Respecto a la obesidad y lumbalgia, hay estudios que demuestran que esta influye en su establecimiento como en el aumento del número de episodios y su cronificación, también hay estudios que al realizarse en el personal laboral, tanto industrial como de enfermería, demuestran que el sobrepeso no se relaciona con el dolor lumbar, ya que este no estaba presente en la mayoría de los trabajadores.¹⁵

Ocupación: Existe una evidencia razonable de que hay factores ocupacionales asociados al dolor de espalda como son: el trabajo físicamente pesado, las posturas de trabajo estáticas, las flexiones y giros frecuentes del tronco, los levantamientos y movimientos bruscos el trabajo repetitivo y las vibraciones, incrementan la presencia de lumbalgia.¹⁵

ETIOLOGÍA

Anteriormente se creía que la lumbalgia se debía a sobreesfuerzos musculares alteraciones orgánicas, como artrosis, escoliosis o hernia discal. Al paciente se le aplicaban pruebas radiológicas para confirmar la existencia de esas anomalías; el tratamiento de los episodios agudos consistía en reposo y analgésicos. Si el dolor desaparecía, se recomendaba la protección de la espalda con el propósito de reducir la actividad física y en caso de persistir, se aplicaba la cirugía para corregir la eventual anomalía orgánica subyacente.^{3,5,15}

En los últimos 15 años, se ha demostrado consistentemente que la mayoría de esos conceptos son erróneos y que el manejo clínico que lo fundamentaba era más perjudicial que benéfico. La mayoría de las alteraciones orgánicas de la columna vertebral son irrelevantes y no se correlacionan con la existencia de dolor. Por ejemplo, la artrosis vertebral es un fenómeno normal, del que es previsible observar signos radiológicos a partir de los 30 años, y no es causa de dolor, ni supone riesgo alguno.¹⁵

En la actualidad se conoce que en el 80 % de los casos de lumbalgia, no se puede determinar la causa que lo produce, por lo que no es posible establecer un diagnóstico anatomopatológico, ni identificar la fuente de dolor denominándose “lumbalgia idiopática” o inespecífica por la falta de correlación entre los resultados de laboratorio y gabinete con la historia clínica. Solamente en el 10-15 % de los casos es posible determinar la etiología.^{3,15}

En relación a la lumbalgia mecano postural, se considera el resultado de la mala postura, debilidad de los músculos abdominales, paravertebrales o ambos, aunada a la mecánica inadecuada al realizar los movimientos de flexo extensión de la columna vertebral. En el NIOSH (Institute for Occupational Health and Safety) los expertos llegaron a la conclusión de que los principales movimientos generadores de lumbalgia son: flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico duro con repetición, trabajo en un medio con vibraciones y trabajo en posturas estáticas.^{2,15}

ORIGEN ANATÓMICO DEL DOLOR LUMBAR

Las principales estructuras que pudieran estar implicadas en la génesis de la lumbalgia son:

Disco intervertebral: La inervación del disco se produce a nivel del tercio externo del anillo fibroso, se ha comprobado que en los pacientes con lumbalgia crónica esta inervación está aumentada, existiendo terminaciones nerviosas en la parte interna del anillo fibroso e incluso en el núcleo pulposo. En estos pacientes se produce una hipersensibilidad a consecuencia de una mayor inervación y un proceso inflamatorio asociado.¹⁵

Articulaciones interapofisarias posteriores: La cápsula articular a este nivel presenta una rica inervación.¹⁵

Músculo: Una de las principales causas es el espasmo o la contractura muscular de los músculos paraespinales, debido a la rica inervación de estos músculos.¹⁵

Periostio, raíz nerviosa, ganglio posterior y duramadre: La inervación del periostio debe ser el origen del dolor asociado a los procesos degenerativos de tipo óseo, como la osteoporosis. En relación a la raíz nerviosa posterior, la parte de la duramadre que la envuelve y el ganglio nervioso posterior se ha comprobado que son los principales responsables del dolor asociado al proceso ciático.¹⁵

MEDIADORES EN LA GÉNESIS DE LA LUMBALGIA

Ante un estímulo doloroso se activan:

Mediadores inmunoquímicos que son sustancias inflamatorias que actúan sobre los nociceptores que disminuyen el umbral del dolor, de tal forma, que movimientos naturales de la columna lumbar son percibidos como estímulos dolorosos o molestos. Estas sustancias se liberarán ante cualquier situación anómala, como compresiones, torsiones, estiramientos o hernias; lo que favorece la perpetuación del problema. Dentro de estas sustancias inflamatorias se encuentra la bradicinina, serotonina y la prostaglandina E2.¹⁵

Mediadores neurogénicos: Cuando las neuronas se estimulan son capaces de producir mediadores neurogénicos o neuropéptidos como la sustancia P, somatostatina y colecistocinina. La sustancia P está relacionada con la modulación y la transmisión de las señales nerviosas de tipo doloroso, lo que provoca hiperestesia en las zonas afectadas.¹⁵

La lumbalgia es idiopática e inespecífica en 80% de los casos, no siendo posible en la práctica establecer un diagnóstico anatomopatológico, ni identificar la fuente del dolor. Dentro de la etiología inespecífica se admiten 3 subgrupos del dolor en función de la evolución: Agudo (no supera 4 a 6 semanas), subagudo (dura de 6 a 12 semanas) y crónico (duración mayor a 3 meses).

La lumbalgia es uno de los padecimientos más frecuentes que el médico familiar enfrenta en la consulta diaria. Se estima que 80% de las personas presentan un cuadro de dolor lumbar a lo largo de su vida. A nivel mundial ocupa la segunda causa de dolor. Es la condición benigna más frecuente de discapacidad en menores de 45 años y la tercera en mayores de 45 años. En México ocupa una de las 5 primeras causas de atención médica en los diferentes niveles de atención médica. Tienen alta prevalencia en la población trabajadora. Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa la séptima causa de atención médica en el primer nivel de atención.

La lumbalgia usualmente se resuelve sin atención médica en un porcentaje del 90% en un lapso de 3 a 6 semanas, sin embargo, en aquellos que se recuperan enfrentan una tasa de recurrencia del 60% en los siguientes 2 años. Algunos autores mencionan que en 5% se vuelve crónica.

TERAPIA FÍSICA DE REHABILITACIÓN

DEFINICIÓN.

La Terapia Física y Rehabilitación utiliza medios físicos con fines terapéuticos para preservar, recuperar o mejorar el bienestar del paciente.

La palabra Fisioterapia proviene de la unión de las voces griegas: *physis*, que significa naturaleza y *terapeia*, que quiere decir tratamiento, desde un punto de vista etimológico, Fisioterapia significa “Tratamiento por la Naturaleza”, o también “Tratamiento mediante Agentes Físicos”. La rehabilitación se refiere a la recuperación física, psíquica, social y laboral, es decir, la rehabilitación es la recuperación global del enfermo o lesionado.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la Fisioterapia como: "El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad."¹⁰

Estos medios pueden ir desde los más simples, como los ejercicios de fortalecimiento muscular, la aplicación de calor mediante bolsas de agua caliente o mantas eléctricas, a otros más sofisticados como por ejemplo la electroterapia de alta frecuencia o el láser.

En la actualidad, la Fisioterapia dispone a su alcance del uso de numerosos agentes físicos como: masaje, agua, sonidos, electricidad, movimientos de luz, calor, frío, en las modalidades de electroterapia, ultrasonografía, hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, magnetoterapia o laserterapia, entre otras, pero sin descuidar o abandonar el desarrollo e impulso de nuevas concepciones y métodos de Terapia Manual (principal herramienta del fisioterapeuta).¹⁰

La terapia física es una modalidad de tratamiento conservador con el que se cuenta dentro de nuestra unidad de Medicina familiar, es de bajo costo y puede traer beneficios en la disminución del dolor en los pacientes con lumbalgia aguda y crónica, al mismo tiempo que incrementa la funcionalidad física del paciente en sus actividades diarias y por consiguiente se piensa que el nivel de calidad de vida. En nuestra área como médicos familiares es nuestro deber conocer aquel tratamiento que ofrezca no solo una mejoría del dolor como suele suceder con los analgésicos, sino también que pueda repercutir en otros aspectos que intervienen en la calidad de vida como la funcionalidad física, y de esta manera llevar a cabo una atención integral. Sin embargo, en la actualidad se observa dentro de nuestra unidad de Medicina familiar que pocos médicos familiares hacen uso de los

servicios que ofrece la Unidad de terapia física, enviando a muchos pacientes, al no responder al tratamiento farmacológico a otras especialidades troncales para tratamiento quirúrgico, antes de considerar la valoración y tratamiento de terapia física, prolongando con ello la incapacidad del paciente lo cual repercute en la calidad de vida del mismo. La Terapia Física utiliza medios físicos con fines terapéuticos para preservar, recuperar o mejorar el bienestar del paciente.

OBJETIVO DE LA TERAPIA FÍSICA DE REHABILITACIÓN.

El objetivo de la terapia de rehabilitación va orientado a aliviar el dolor, mejorar la deficiencia física, optimizar la situación funcional disminuyendo la discapacidad, favorecer la vuelta al trabajo, reducir las alteraciones psicológicas (ansiedad y depresión), disminuir los comportamientos de evitación por miedo al dolor o a provocar lesiones, evitar la asunción de enfermo, aumentar el estado de salud global del paciente.⁹

Su papel en el tratamiento integral del paciente lumbálgico es importante cuando se hace de forma complementaria a otros agentes terapéuticos y tras una consideración de los aspectos psicológicos, familiares y laborales que se pueden asociar a la lumbalgia. Cada día se hace hincapié en la modalidad del tratamiento conservador, por que se considera que las intervenciones, a la larga, además de ser a mayor costo, pueden traer complicaciones de orden anatómico o psicológico a los pacientes. Esto se hace un círculo vicioso. En muy alto porcentaje, esta patología tiene su fondo psicológico, entre ellos el estrés que se vive en la casa, en el trabajo, manejando, etc. Además de los cambios mecánicos que se producen cuando la persona está sentada (oficina, manejando, fiesta etc.^{5,9,15}

TIPOS DE TERAPIA FÍSICA

Los siguientes son los medios físicos utilizados en la lumbalgia, estos se deben ir aplicando de lo más simple a lo más complejo cuando no se observe tendencia a la remisión espontánea.

-Reposo en cama

Se realizará sólo en caso de dolor intenso que empeore con la bipedestación o con el movimiento. Duración generalmente de 2 a 4 días. Se aumentara progresivamente la actividad (por ejemplo caminar).¹⁵

-Termoterapia

Aplicado en la zona dolorosa mediante diferentes medios (manta o corriente eléctrica, bolsas de agua caliente) para aliviar el dolor. Debe usarse la fuente más fácilmente disponible puesto que no hay datos objetivos de la superioridad de una respecto a las demás. Este actúa a diferentes niveles: sistema nervioso

(bloqueando la transmisión de impulsos nociceptivos a nivel medular), muscular (disminuye de forma refleja el espasmo muscular rompiendo el círculo vicioso espasmo muscular-dolor-espasmo muscular) o vascular (hiperemia).^{3,15} Se debe realizar por 20 minutos dos o tres veces al día.

-Crioterapia

Más utilizado en alteraciones inflamatorias agudas tras traumatismos. En la lumbalgia se puede utilizar en forma de bolsas de hielo o mediante masaje con cubitos de hielo. Es mal tolerado, pero puede ser de utilidad en la lumbalgia hiperálgica, aguda.^{3,15}

Ejercicio:

La lumbalgia crónica se ha asociado a una función muscular subóptima del tronco y miembros inferiores que hay que intentar reinvertir. Parece claro que el ejercicio no alivia directamente el dolor, pero puede aumentar la tolerancia al mismo. Se admite que su beneficio puede estar relacionado con los siguientes funciones:⁹

- Mejorar las propiedades morfofuncional de la musculatura, en especial la extensión.

- Estabilizar segmentos raquídeos logrando un control automático y subconsciente de las secuencias normales de activación y relajación muscular evitando sinergias inadecuadas.

- Aumenta el rendimiento cardiovascular y la capacidad funcional, y reduce la discapacidad en el dolor crónico.

Nunca se debe comenzar el ejercicio en las fases álgicas. Los ejercicios deben ser individualizados en función de la exploración y no tienen que producir dolor. Se deben dar consejos sobre la forma correcta de levantar pesos e higiene postural.¹⁵

En el caso de la lumbalgia crónica el ejercicio aeróbico practicado de forma regular va a ser uno de los pilares fundamentales del tratamiento. Además de mejorar la capacidad funcional del individuo, tiene efectos psicológicos, facilita el descanso nocturno (con frecuencia alterado en estos pacientes) y aumenta el nivel de endorfinas.¹⁵

Los ejercicios de flexibilización y estiramientos son útiles cuando existe una rigidez en la musculatura lumbopélvica o espinal (fenómeno que podemos encontrar con frecuencia en los pacientes con lumbalgia crónica). De una forma práctica podemos recomendar ejercicios de movilización de extremidades inferiores en

piscina (si existe esa posibilidad en el entorno del paciente) y nadar de espaldas porque facilita la flexibilización de la musculatura de la cintura escapular, espinal y pélvica.¹⁵

Los ejercicios de flexión (ejercicios de Williams) están recomendados en los pacientes con síndrome doloroso lumbar crónico, conjuntamente con las Técnicas de higiene postural de columna. Se basan en fortalecer la musculatura abdominal y glútea que en estos casos suele encontrarse atrofiada y alargar la musculatura paravertebral lumbar (además de isquiotibiales y flexores de cadera) que suelen estar contracturados y retraídos. Su realización debe ser de forma progresiva y a tolerancia, lo ideal es realizarlos diario, comenzando con 10 repeticiones e incrementando en uno cada día hasta alcanzar 25 repeticiones al día. Deben llevarlos a cabo 3 o 4 veces por semana.³

-Hidrocinesterapia

La realización de ejercicios en agua caliente o templada favorece la flexibilización de la musculatura lumbar.¹⁵

-Masaje

Las técnicas utilizadas en la lumbalgia son muy variadas pero lo más frecuente es utilizarlo para producir relajación de contracturas musculares y disminuir el umbral del dolor (romper el círculo vicioso dolor-espasmo muscular- dolor).¹⁵

PREVALENCIA EN MÉXICO

El dolor crónico afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%); por ello, es considerado un problema de salud a nivel mundial. A manera de ejemplo y utilizando esa proporción de sujetos; si consideramos que México cuenta con 105 millones de habitantes, entonces es posible que poco más de 28 millones de habitantes presenten este tipo de dolor. Ese número de enfermos, sugiere que la nación tendrá que destinar recursos humanos y materiales a la atención en salud de las personas afectadas.

No obstante que el dolor crónico afecta a un cuarto de la población del planeta y a que es considerado internacionalmente como un problema de salud pública; al momento, carecemos de un indicador que nos permita identificar su prevalencia exacta. Esta problemática deriva de la falta de consenso acerca de su conceptualización, lo que ha generado diversas controversias acerca de los resultados en series de corte epidemiológico. A pesar de la falta de un consenso conceptual que permita la definición puntual del dolor rónico, actualmente podemos identificar coincidencias en los siguientes elementos: se manifiesta en forma persistente, episódica o recurrente, su intensidad o severidad afecta la funcionalidad o las condiciones de vida del enfermo que lo padece, es atribuible a un proceso de enfermedad considera un tiempo mayor al requerido para obtener la curación, y se mantiene más allá de 3 ó 6 meses desde su inicio.

En este sentido, dichos puntos coincidentes resultan ambiguos, imprecisos, y arbitrarios. Sabemos que el dolor es el signo cardinal de la mayoría de las enfermedades agudas; sin embargo, esto excluye a la cronicidad del mismo. Por ello, dicha ambigüedad conceptual, sugiere que el dolor crónico acompaña a una serie heterogénea de enfermedades; y en consecuencia la exclusión u omisión de alguna de ellas en algún reporte epidemiológico, conducirá a sesgos de interpretación. De igual forma, el establecimiento arbitrario de una duración específica, debe puntualizarse en cualquier reporte sobre dolor crónico. Dicha acción permitirá homologar los resultados obtenidos con los de otros estudios; y en el futuro, realizar nuevas evaluaciones de tipo meta-analítico.

Una reflexión acerca de la magnitud de este problema toma en consideración los siguientes elementos: Primero, en México, aproximadamente el 58% de la población se encuentra en un rango de edad de 14 y más años; es decir, son económicamente activos. Segundo, el 52% de las personas atendidas en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS tiene de 20 a 59 años; es decir, son económicamente activos. Tercero, 25% de dichos enfermos presentaron dorsalgia como diagnóstico de consulta. De lo anterior, es posible considerar que el dolor de espalda baja es un problema frecuente en la población económicamente activa; ante esto vale la pena preguntarnos ¿Cuánto nos cuestan los días de incapacidad laboral a consecuencia de este problema de salud?, ¿el manejo deficiente de la lumbalgia prolonga la incapacidad asociada al dolor?; en el con texto de la medicina socializada ¿un manejo deficiente nos cuesta más en nuestro país el IMSS y el ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del

Estado) abarcan al 93% de la población asegurada; en conjunto, ambas instituciones proporcionaron 27.8 millones de días de incapacidad Laboral en el 2007, lo que se tradujo en \$5.8 miles de millones de pesos mexicanos o MXP (en 2007, el día laboral en México correspondió a 8 horas y \$51 MXP). Si la lumbalgia es el padecimiento más frecuente del trabajador, ¿cuánto costaron las incapacidades por este padecimiento?

Sobre esto, un estudio realizado en 2,566 trabajadores del IMSS del norte del país, demostró que el 41% de los trabajadores refiere haber padecido o padecer lumbalgia (n = 1,077). De los trabajadores que reportaron este padecimiento, el 48% requirió atención médica (n = 517) y 31% incapacidad laboral (n = 334) por un promedio de 12 días en cada caso. Otro estudio realizado en 761 trabajadores del IMSS del sur del país, identificó la presencia de dolor musculoesquelético en 25% de éstos (n = 197); de los cuales, 5% presentaron lumbalgia (n = 10), y 33% auto-percibieron una incapacidad completa para trabajar a consecuencia del dolor (n = 65). A manera de ejemplo y únicamente con el objetivo de representar la magnitud del problema, si el 30% de los 6.5 millones de enfermos con lumbalgia crónica requiere incapacidad, entonces estamos hablando de 1.9 millones de personas con incapacidad laboral.

Si cada uno de ellos requiere 12 días en promedio, estamos hablando de 23.4 millones de días (aproximadamente el 84% del total de incapacidades IMSS- ISSSTE); es decir 1.2 miles de millones de MXP. Debido a la limitación de estudios epidemiológicos en nuestro país, el ejercicio anterior es sólo didáctico, los valores no son exactos, representa la magnitud del problema y propone la necesidad de generar líneas de investigación que aclaren puntualmente las consecuencias de este problema de salud. En la Unión Americana se ha estimado que al trabajador con lumbalgia se le llegan a otorgar hasta 102 días en promedio (rango de 303 a 39 días). En ese país, el costo de un evento doloroso asociado a lumbalgia es de 252.95 USD por evento agudo; en Francia, es de 101.66 USD. Esas cifras no contemplan procedimientos invasivos de tipo intervencionista. De igual forma, las guías europeas refieren que del 11 al 12% de la población presenta incapacidad asociada a lumbalgia.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención rehabilitadora y fisioterapéutica a pacientes con posibilidad de recuperación total o parcial para mejorar su capacidad funcional de forma compensatoria, en sala de tratamiento o en su domicilio. La importancia del Programa de Rehabilitación y Fisioterapia requiere de interés en potenciar mecanismos de cooperación y coordinación entre las salas de tratamiento fisioterápico y los servicios de rehabilitación., por lo tanto

¿Qué funcionalidad tiene la implementación de la terapia física en pacientes con lumbalgia aguda y crónica en el servicio de rehabilitación?

3.- JUSTIFICACIÓN:

3.1.-MAGNITUD:

La lumbalgia se considera un problema de salud pública. Se encuentra dentro de las primeras cinco causas de consulta médica, genera altos costos en tratamiento y sobrecarga de trabajo en los servicios de salud. Es el principal padecimiento benigno que genera incapacidades y ausentismo laboral en nuestro país.¹⁻⁵

3.2.-TRASCENDENCIA:

En los pacientes con lumbalgia aguda o crónica la intensidad del dolor y el grado de incapacidad influye en el desarrollo de sus actividades diarias y por consecuencia en su calidad de vida. No existen estudios sobre la calidad de vida de pacientes con lumbalgia crónica. Los estudios que se relacionan con el tema explican que la calidad de vida depende más de la duración que de la intensidad del dolor.

No existen artículos donde se relacione la calidad de vida del paciente con lumbalgia crónica, la intensidad del dolor y la terapia física de rehabilitación, sin embargo, una revisión sobre la importancia del ejercicio físico en el manejo del dolor lumbar inespecífico reporta que la terapia física de rehabilitación disminuye el dolor y la incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia crónica.

3.3.-VULNERABILIDAD:

Sí la terapia física mejora el nivel la intensidad del dolor en el paciente con lumbalgia crónica, de acuerdo a su percepción, esto apoyaría incluir en todas las clínicas de primer nivel de atención unidades de Terapia física. Proporcionaría bases para motivar a los médicos de primer nivel de atención para enviar a terapia física de todos los pacientes que se presenten con lumbalgia a la consulta con el fin de aliviar el dolor; proporcionando un tratamiento integral que mejore la calidad de vida de estos pacientes, evitando envíos injustificados a otras especialidades.

A nivel individual elevar la calidad de vida le permite al paciente, evitar la asunción de rol de enfermo crónico, valerse por si mismo y favorece su reincorporación al trabajo y actividades sociales. A nivel familiar, le permite cumplir con su rol dentro de su núcleo familiar, proveer de sustento económico a su familia si es proveedor primario y le quita a la familia la carga de tener que ser cuidador primario de un enfermo crónico.

A nivel social y económico esto repercutiría en los costos por tratamiento médico, por número de incapacidades y dictámenes de invalidez que genera este padecimiento a los servicios de salud en nuestro país.

3.4.-FACTIBILIDAD:

El estudio es factible, porque se cuenta con la población adecuada de pacientes que es de 2483, la experiencia en la atención y tratamiento farmacológico y no farmacológico, en los paciente que fueron referidos de consulta externa al servicio de rehabilitación. Se dispone de los recursos humanos, físicos, técnicos, económicos y materiales suficientes para estudiar el problema teniendo en cuenta que la metodología que emplearemos será la adecuada para determinar si el proceso de la terapia física es el adecuado manejo para la funcionalidad del paciente. Por lo anterior es factible realizar el estudio en el tiempo previsto.

4.-OBJETIVOS

4.1.-OBJETIVO GENERAL:

Determinar la funcionalidad de la terapia física en paciente con lumbalgia aguda y crónica en el servicio de rehabilitación

4.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Sustentar el tipo de lumbalgia más frecuente.
2. Criticar el tipo de terapia más frecuentemente empleada, electroterapia. Ejercicio y termoterapia.
3. Valorar el género más frecuente que presenta lumbalgia.
4. Valorar la edad más frecuentemente en que se presenta la lumbalgia.
5. Otorgar las características físicas del individuo que presenta más frecuentemente diagnóstico de lumbalgia en relación con su índice de masa corporal.
6. Criticar la actividad física o causa que originó la lumbalgia.
7. Determinar el tiempo promedio de atención por el servicio de rehabilitación en los pacientes con lumbalgia.

5.- HIPÓTESIS

Por ser un estudio retrospectivo, descriptivo transversal y observacional no requiere hipótesis.

6.-METODOLOGÍA.

6.1.-TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional ya que los fenómenos no modificarán a las variables; retrospectivo por todos los datos se realizarán bajo una recolección de los expedientes es decir la información ya esta previamente recolectada para otros fines; de forma transversal ya que se midió en una sola ocasión y no se hizo seguimiento de los pacientes, de forma descriptiva ya que se estudio un solo grupo de individuos no haciendo comparaciones o discriminaciones en el sexo edad o posiciones sociales de acuerdo a la ceguera es abierto ya que el investigador conoce la forma de aplicación.

6.2.-SUJETOS MATERIAL Y MTODOS

El presente estudio se realizó en la UMF 91 Delegación Estado de México, Oriente ubicada en la avenida López Portillo, esquina av. Juárez sin número la cual cuenta con una población de 141 968 de los cuales 2483 pacientes fueron atendidos en el servicio de rehabilitación de dicha unidad con el diagnóstico de lumbalgia. Se realizó primeramente una revisión de todos los expedientes con diagnóstico de lumbalgia se tomo en consideración solo aquellos que tenían manejo agudo y crónico con cualquier terapia física y de cualquier origen del dolor lumbar, todos los datos se vaciarón en una hoja de cotejo donde se trabajo todos los objetivos mencionados anteriormente, una vez vaciados los elementos necesarios de la información se procedio a realizar una distribución de frecuencias con tablas de captura en el sistema estadístico Excel y que posteriormente se vaciarón al SPSS 15.0 para versiones Windows vista, Windows 7.

6.3.-CARACTERISTICAS DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

El presente estudio se llevó acabo en la Unidad de Medicina Familiar #91 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en avenida José López Portillo S/N esquina con av. Juarez colonia Zacuatitla, Estado México, Municipio del Coacalco de Berriozábal, ubicada en la 5 región del Estado de México conformada por una población social media baja, la unidad cuenta con un total de población adscrita a ella de 141 968 de los cuales son 47 297 Hombre, 94 671 mujeres y la población trabajadora 71 445 y población dependiente 70 523.

6.4.-UNIVERSO DE TRABAJO

CARACTERISTICAS DE LOS CASOS

Se incluirán todos aquellos expedientes de paciente que tengan el diagnóstico de lumbalgia sin importar la edad, sexo o condición socioeconómica únicamente que hayan sido atendidos en el servicio de rehabilitación los cuales presentarán los síntomas y signos característicos de dolor lumbar alto o bajo o según la región anatómica.

6. 5 CRITERIOS

6.5.1.INCLUSIÓN

1. Todos aquellos expedientes con diagnostico de lumbalgia no importando edad, sexo o condición socioeconómica.
2. Todos aquellos expedientes de pacientes vistos durante el año 2011 a partir del 01/01/2011 al 31/12/2011.

6.5.2 EXCLUSIÓN.

1. Aquellos expedientes que estén incompletos.
2. Aquellos expedientes que no terminaran su tratamiento de rehabilitación y se encuentre referido en el.
3. Aquellos expedientes que no se encuentren en la unidad por algún motivo.

6.5.3 ELIMINACIÓN

1. Aquellos expedientes que ya no exista o hayan sido depurados.

7. VARIABLES

DEFINICION DE VARIABLES

1.-Lumbalgia.La lumbalgia se define como la sensación dolorosa circunscrita a la columna lumbar, comprometiendo estructuras musculares y ligamentarias con efecto de repercusión en la movilidad normal de la zona por la sensación dolorosa. El dolor se define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en los términos de dicho daño».

2.- Terapia Física.- la medicina física es “una tendencia profesional orientada terapéuticamente” que usa diferentes formas de energía tanto naturales como elaboradas técnicamente (por ejemplo, energía mecánica como masajes y movimiento, calor, energía de ondas, distintos tipos de ondas electromagnéticas, ondas sonoras y diferentes formas de electricidad).

7.1 OPERACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
LUMBALGIA	El síndrome doloroso lumbar se caracteriza por la sensación de dolor en la columna lumbar, desde el punto de vista anatómico corresponde estrictamente a la localización de las vértebras lumbares, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias	El estiramiento músculo ligamentoso parece ser la causa más frecuente de lumbalgia, éste puede originarse en las fibras musculares o en los ligamentos adheridos a los músculos paravertebrales, a la cresta ilíaca y a las regiones lumbares inferior o sacra superior	CUALITATIVA	NOMINAL	TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA . TRASTORNOS SACRO COCCIGEOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE. RADICULOPATIA . LUMBAGO NO ESPECIFICADO
TERAPIA FISICA	La terapia física es una modalidad de tratamiento conservador con el que se cuenta dentro de nuestra unidad de Medicina familiar, es de bajo costo y puede traer beneficios en la disminución del dolor en los pacientes	La fisioterapia, como parte integrante de una terapia física, la actividad propia del enfermo, para fines curativos.	CUALITATIVA	NOMINAL	Electroterapia Ejercicio Termoterapia Mixta

7.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realiza con la formula de estimación de una proporción para variables cualitativas la cual es: 2483 expedientes

$$N = \frac{Z\alpha^2 P (1-P)}{i^2}$$

Otra forma de representarla es:

$$N = \frac{Z\alpha^2 P (q)}{i^2}$$

Donde:

$Z\alpha^2$ = constante con valor de 1.96 lo que equivale a 3.8416

P= Prevalencia esperada es decir por ej. Si la prevalencia de lumbalgia en México es de 40% se divide 40/100 y el resultado es la P= 0.40.

q que es igual a 1- P entonces sería 1-.40 = 0.6 luego entonces sustituimos. Según la fórmula.

i^2 = es la estimación de la precisión esperada regularmente la precisión se otorga según la deseada si fuera de $\pm 4\%$ y se divide entre 100, esta precisión es la deseada por uno mismo (regularmente se utiliza del 5%); y esta puede ser aun más precisa hasta de 1 es decir que nuestro índice de confianza sería del 96% (pero comúnmente se utiliza el del 95%) lo que significaría de forma literal que 0.04 de rango de error o de equivocarnos en la muestra dicho de otra forma solo cuatro expedientes podrían ser equivocados o remplazados según los criterios. Otra forma es decir que el valor de i^2 mientras más pequeño sea mayor es el índice de confianza y más nos acercamos al tamaño de la muestra deseada o necesaria, son relativamente inversamente proporcionales pero no se debe de manipular para obtener un menor tamaño de muestra es decir que cuanto mayor sea el numero de la estimación de la precisión deseada menor el número del tamaño de la muestra e inversamente o bien mayor el número de la precisión menor el índice de confiabilidad y mayor el tamaño de la muestra mejor precisión y mayor confianza en que nuestro estudio es el adecuado

7.3 MÉTODO Y PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Con la colaboración del departamento de arimat y el servicio de rehabilitación de terapia física, se investigaron los expediente con la fecha 01 de Enero al 31 de diciembre 2011, realizando investigación con diagnostico de lumbalgia y de acuerdo al catalogo internacional de enfermedades (cie10) con clavesM545, M541, 533 y M511.

- 1.-TIPO DE LUMBALGIA MÁS FRECUENTE.
- 2.-TIPO DE TERAPIA,
- 3.-TIEMPO DE IMPLEMENTACION DE TERAPIA.
- 4.-GÉNERO.
- 5.-PROMEDIO DE EDAD.
- 6.-ACTIVIDAD FÍSICA Y ORIGEN DE LA LUMBALGIA.
- 7.-RELACIÓN CON IMC.

Una vez realizado la revisión de expedientes con dicho diagnostico, el investigador se dio a la tarea de tomar los datos necesarios y almacenarlos en la base de datos creada previamente en el programa SPSS versión 12.

8.RESULTADOS

8.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS TABLAS Y GRÁFICAS

1.- EL TIPO DE LUMBALGIA MÁS FRECUENTE.

Tipo más frecuente de lumbalgia que presentaron pacientes al realizar revisión de expedientes de la UMF 91 en un período de los meses Enero a Diciembre del 2011.

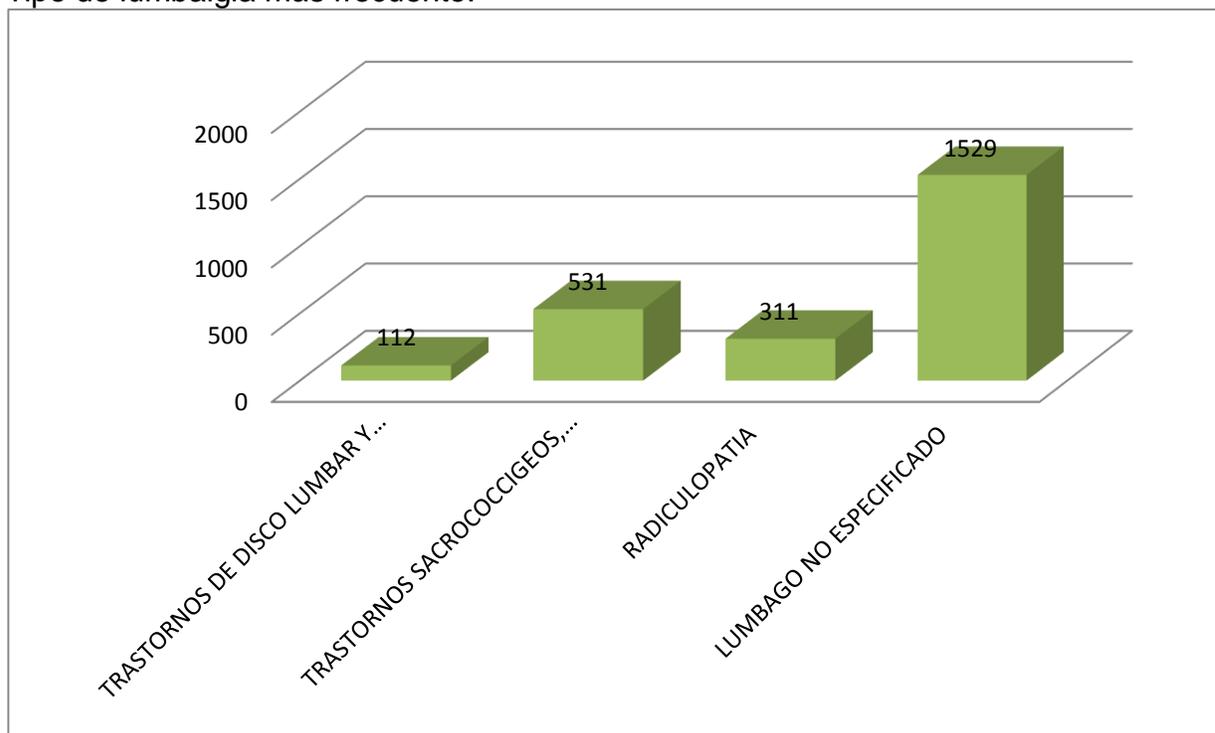
TABLA 1

CIE 10	TIPO DE LUMBALGIA	NUMERO DE PACIENTES
M511	TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS,	112
M533	TRASTORNOS SACROCOCCIGEOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	531
M541	LUMBALGIA POR RADICULITIS	311
M545	LUMBALGIA NO ESPECIFICADA	1529

Fuente: expedientes umf 91

GRÁFICA 1.

Tipo de lumbalgia más frecuente.



FUENTES TABLA 1

2. EL TIPO DE TERAPIA MÁS FRECUENTEMENTE EMPLEADA.

Tipo de terapia empleada en pacientes al realizar revisión de expedientes de la UMF 91 en un periodo de Enero a Diciembre del 2011.

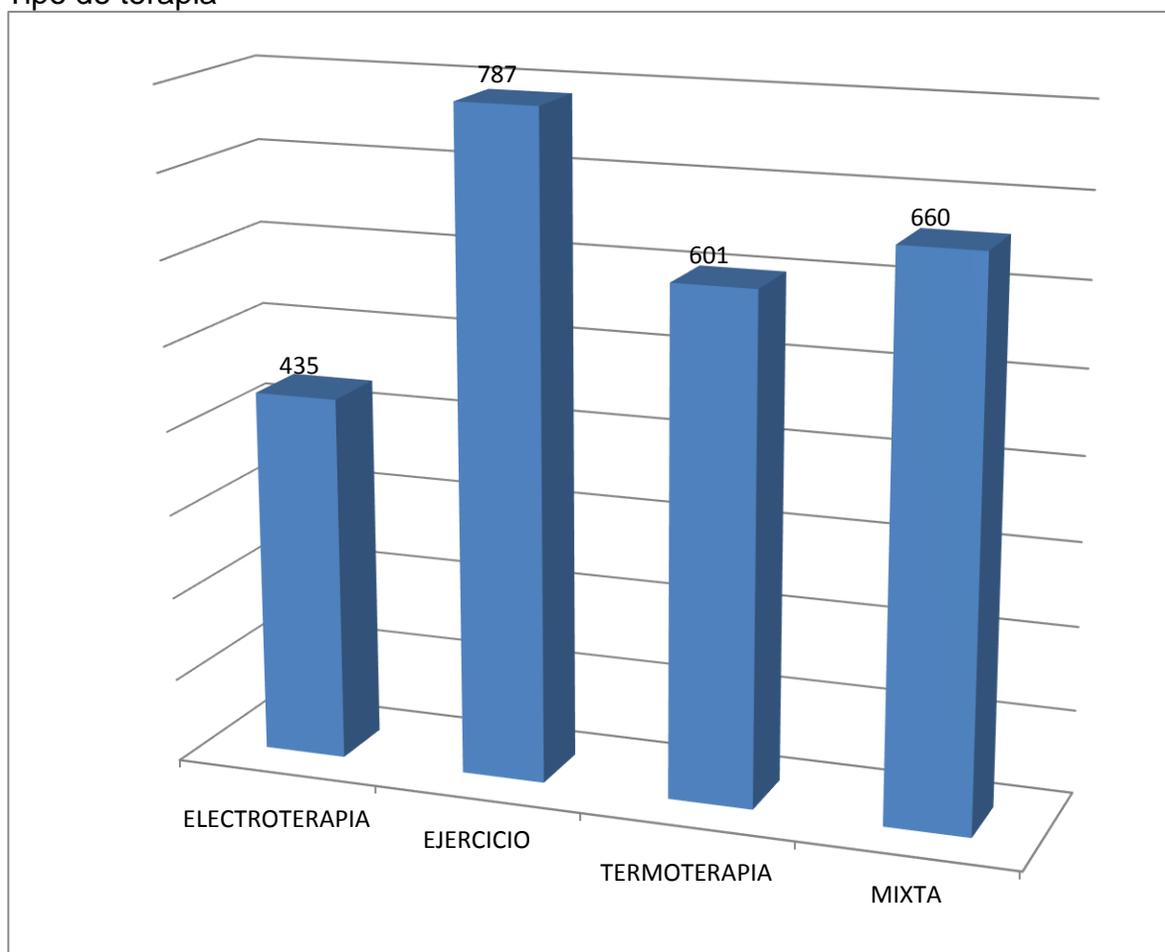
TABLA: 2

TERAPIA	NUMERO DE PACIENTES
ELECTROTERAPIA	435
EJERCICIO	787
TERMOTERAPIA	601
MIXTA	660

Fuente: expedientes umf 91

GRAFICA 2.

Tipo de terapia



FUENTE TABLA 2

3. **GÉNERO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA LUMBALGIA.**

Género que presentaron pacientes al realizar revisión de expedientes de la UMF 91 en un período de Enero a Diciembre del 2011.

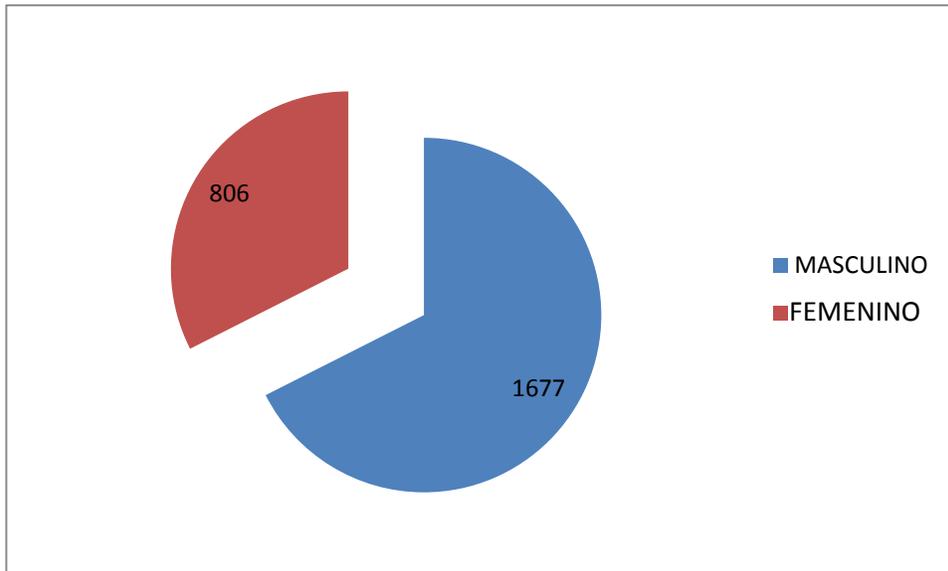
TABLA: 3

Sexo	
Masculino	1677
Femenino	806

Fuente: expedientes umf 91

GRAFICO 3.

Género



FUENTE TABLA:3

4. LA EDAD MÁS FRECUENTEMENTE EN QUE SE PRESENTA LA LUMBALGIA.

Edad que presentaron pacientes al realizar revisión de expedientes de la UMF 91 en un periodo de Enero a Diciembre del 2011.

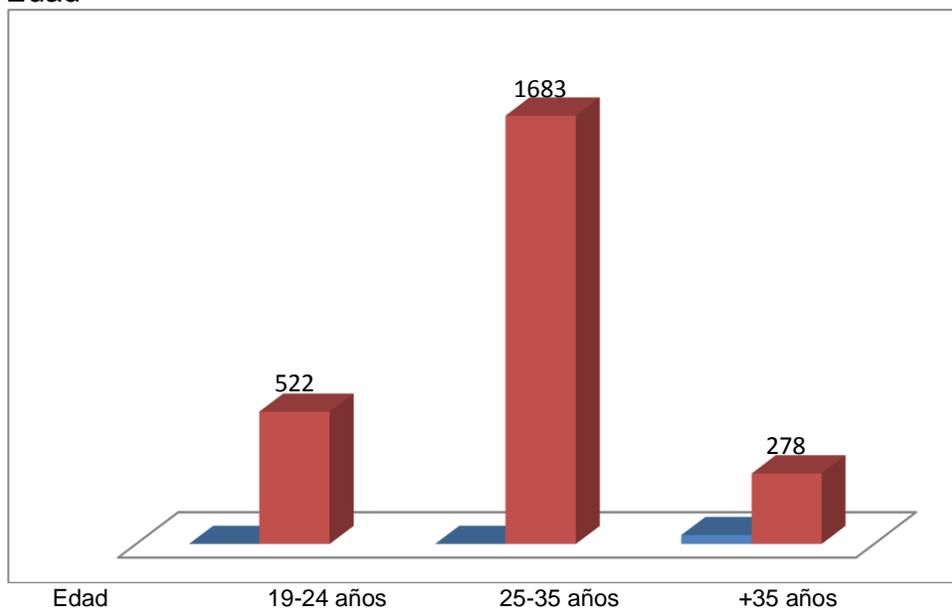
TABLA: 4

RANGO DE EDAD	CANTIDAD DE PACIENTE
19-24	522
25-35	1683
+35	278

Fuente: expedientes umf 91

GRAFICO 4.

Edad



FUENTE: TABLA 4

5.-OTORGAR LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL INDIVIDUO QUE PRESENTA MÁS FRECUENTEMENTE DIAGNÓSTICO DE LUMBALGIA EN RELACIÓN CON SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

Características relacionadas a su peso que presentaron pacientes al realizar revisión de expedientes de la UMF 91 en un período de Enero a Diciembre del 2011.

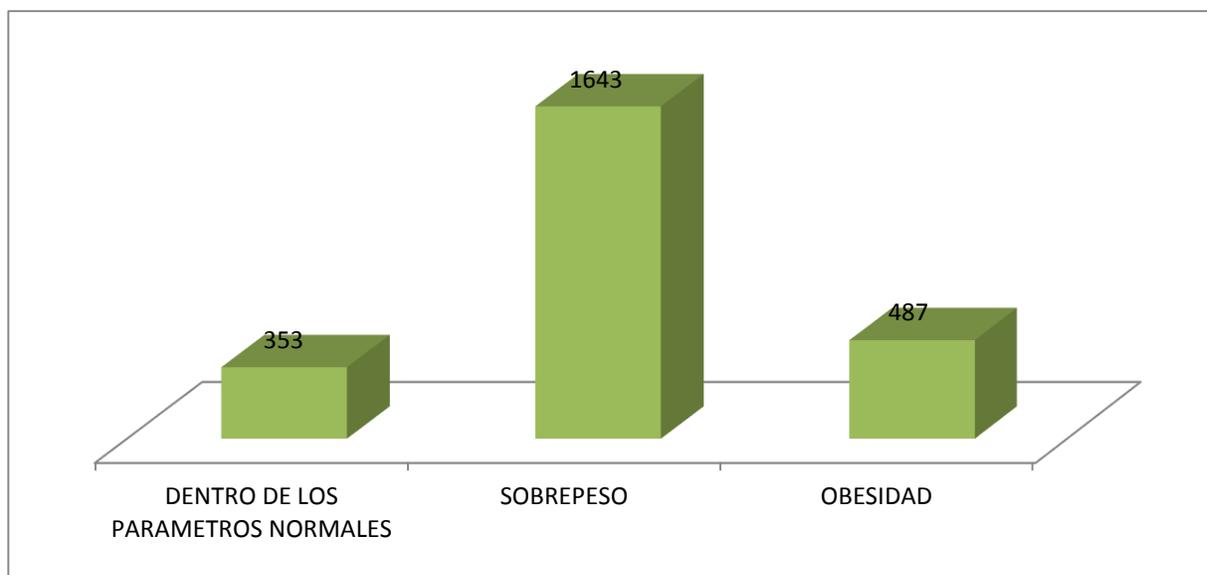
TABLA 5

Índice masa corporal	CANTIDAD DE PACIENTES
NORMAL	353
SOBREPESO	1643
OBESIDAD	487

Fuente: expedientes umf91

GRAFICO 5.

CARACTERISTICAS RELACIONADAS A SU PESO



FUENTE: TABLA5

6.-LA ACTIVIDAD FÍSICA O CAUSA QUE ORIGINÓ LA LUMBALGIA.

Actividad física o causa que originó la lumbalgia en pacientes al realizar revisión de expedientes de la UMF 91 en un período de Enero a Diciembre del 2011.

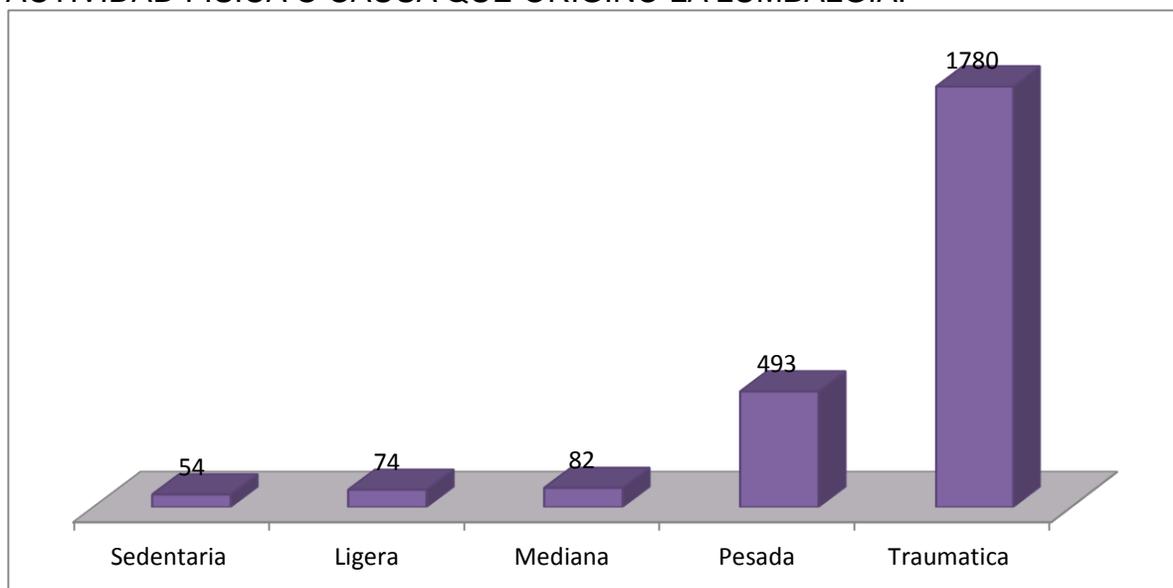
TABLA 6

Actividad física o Causa	Número
Sedentaria	54
Ligera	74
Mediana	82
Pesada	493
Traumática	1780

Fuente expedientes umf 91.

GRÁFICO 6.

ACTIVIDAD FÍSICA O CAUSA QUE ORIGINÓ LA LUMBALGIA.



FUENTE: TABLA:6

7-DETERMINAR EL TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN EN LOS PACIENTES CON LUMBALGIA.

Tiempo promedio de realización de terapia física que presentaron pacientes al realizar revisión de expedientes de la UMF 91 en un periodo de Enero a Diciembre del 2011.

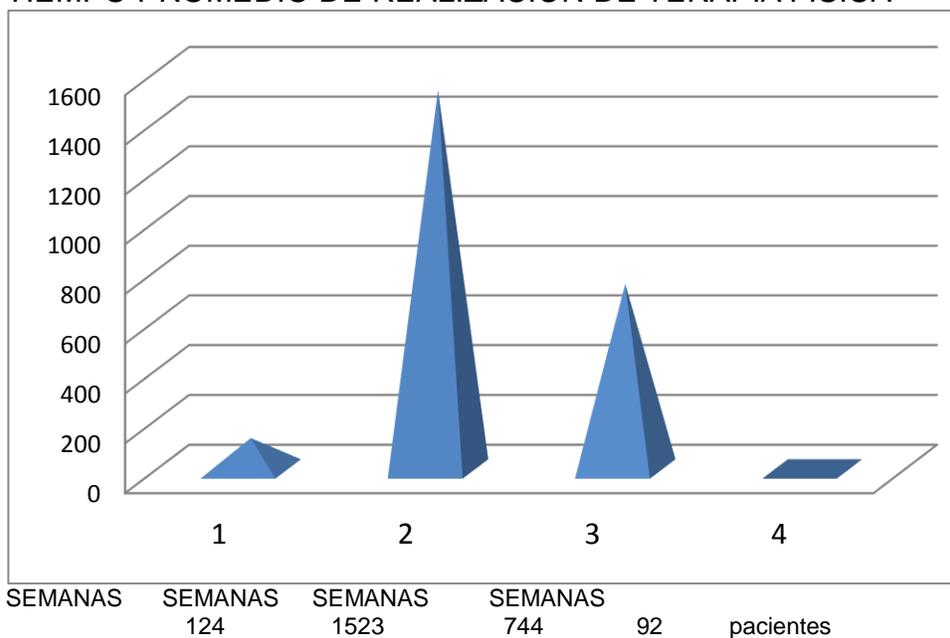
Tabla 7.

Promedio de rehabilitación	Número de pacientes
1 semana	124
2 semanas	1523
3 semanas	744
+4 semanas	92

Fuente expedientes umf 91.

GRAFICO 7.

TIEMPO PROMEDIO DE REALIZACIÓN DE TERAPIA FÍSICA



9. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos del presente estudio indican que la población fue de 2483 expedientes, de los cuales y de acuerdo al CIE 10 el cual otorga claves para los diferentes tipos se obtuvo el siguiente resultado: con clave M 511 correspondieron a el 4.51 %, en cuanto a la clave M533 correspondieron al 21.38%, de la clave M541 corresponde 12.52 % y por ultimo ante la clave M 545 corresponde 61.98%.lo cual indica que la lumbalgia que más se atendió en este periodo fue:

PRIMER LUGAR	LUMBALGIA NO ESPECIFICA *
SEGUNDO LUGAR	TRASTORNOS SACROCOCCIGEOS, NO CLASIFICADOS.
TERCER LUGAR	LUMBALGIA POR RADICULITIS
CUARTO LUGAR	TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS.

*Es importante comentar que dentro de la clave M 545 se engloban los siguientes trastornos: lumbalgia aguda, lumbalgia artrósica, lumbalgia mecánica, lumbalgia por esfuerzo, dorsolumbalgia y lumbalgia.

Los resultados obtenidos del presente estudio sobre el tipo de terapia empleada fueron: aplicación de electroterapia en 435 pacientes correspondiendo 17.51%, realización de ejercicios en 787 pacientes con un porcentaje de 31.69 %, aplicación de termoterapia en 601 paciente lo cual corresponde a un 24.20 % y los paciente que realizaron uno o mas tipos de terapia que se catalogo terapia mixta fueron 660 paciente correpondiendoa un 26.58 %. De los cual se concluye lo siguiente:

PRIMER LUGAR	EJERCICIO
SEGUNDO LUGAR	MIXTA
TERCER LUGAR	TERMOTERAPIA
CUARTO LUGAR	ELECTROTERAPIA

Los resultados obtenidos sobre género son 1677 pacientes del sexo masculino correspondiendo a 67.53% y pacientes del sexo femeninos fueron 806 el cual corresponde al 32.46%.

PRIMER LUGAR	MASCULINO
SEGUNDO LUGAR	FEMENINO

Los resultados obtenidos sobre el grupo de edad fueron los siguientes de 19 a 24 años de edad corresponden al 21.02%, de 25 a 35 años corresponden al 67.78 % y el grupo de edad mas de 35 años fueron al 11.19 %.

PRIMER LUGAR	19-24 años
SEGUNDO LUGAR	25-35 años
TERCER LUGAR	+35 años

Los resultados obtenidos con su relación a su peso utilizando índice masa corporal encontrando dentro de los parámetros normales fueron los siguientes 14.21%, con sobrepeso 66.16% y con grado de obesidad fue 19.61 %.

PRIMER LUGAR	Sobrepeso
SEGUNDO LUGAR	Obesidad
TERCER LUGAR	Normal

Dentro de la actividad física causa que origino la lumbalgia la sedentaria 2.17 %, la actividad ligera 2.98 %, mediana 3.30%, pesada 19.85%, y por último se catalogo traumática llevo a la lumbalgia y que fue 71.68%.

Primer lugar	Traumática
Segundo lugar	Pesada
Tercer lugar	Mediana
Cuarta lugar	Ligera
Quinta lugar	Sedentaria

El tiempo promedio que se empleó la terapia física fue la siguiente: 1 semana en 124 pacientes, 2 semanas en 1523 pacientes, 3 semanas en 744 pacientes y realizando terapia física durante más de 4 semanas a 92 pacientes.

PRIMER LUGAR	2 semanas
SEGUNDO LUGAR	3 semanas
TERCER LUGAR	4 semanas
CUARTO LUGAR	1 semana

10. CONCLUSIONES

La lumbalgia es un problema que se caracteriza por su alta prevalencia en la población, un 80% de la población lo padece por lo menos una vez en la vida, en cerca del 90% de los casos no se encuentra ningún tipo de lesión que justifique el proceso catalogándola como lumbalgia inespecífica, la lumbalgia tiene una gran transcendencia debido a sus grandes repercusiones económicas y sociales asociadas, ya que se ha convertido en una de las primeras causas de ausentismo laboral, en la cronificación de la lumbalgia se produce una asociación entre factores musculares y psicosociales que favorecen la cronificación e incapacidad asociada al proceso.

La lumbalgia tanto aguda como crónica, es una de las más frecuente causas de asistencia médica e incapacidad, el abordaje diagnóstico y terapéutico ha de hacerse de acuerdo con las guías clínica, basadas en la evidencia médica científica y tratando de diagnosticar posibles causas graves de la lumbalgia. Se ha de valorar la realización de un tratamiento multidisciplinario, y la realización de ejercicio físico como complemento del tratamiento conservador, la administración de aines combinandose con la terapia física son resultados favorable para una reincorporación a sus actividades laborales por lo tanto en las lumbalgias crónicas las infiltraciones y bloqueos, así como la denervación por radiofrecuencia.

Los factores de riesgo encontrados en este estudio, que se describen:

Factores individuales:

Género: de los cuales se identificó que el sexo masculino predominó con un 67.53%.

Edad: se identificó que el grupo de edad que comprenden de 25 a 35 años corresponden al 67.78 %.

Encontrando que el Sobrepeso se encontró un 66.16% y con grado de obesidad fue 19.61 %.

Factores de riesgos laborales:

La actividad física o causa que originó la lumbalgia con mayor presencia fue la causa traumática identificando el 71.68%.

El tipo de terapia física empleada más frecuente fue la realización de ejercicios con un porcentaje de 31.69 %, los paciente que realizaron uno o más tipos de terapia que se catalogo terapia mixta correspondieron el 26.58 %. Tipo de ejercicios

Se considera conveniente la creación de programas que permitan actuar en forma oportuna para evitar el impacto negativo que genere la lumbalgia en el trabajador y en la empresa como medio de producción y avance económico del país e

institucional (IMSS). en México, 52% de las personas atendidas en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS tiene de 20 a 59 años de edad; es decir, son económicamente activos. De lo anterior, es posible considerar que el dolor de espalda baja es un problema frecuente en la población económicamente activa; ante esto vale la pena preguntarnos ¿Cuánto nos cuestan los días de incapacidad laboral a consecuencia de este problema de salud?, ¿el manejo deficiente de la lumbalgia prolonga la incapacidad asociada al dolor?; en el con texto de la medicina socializada ¿un manejo deficiente nos cuesta más en nuestro país el IMSS y el ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado) abarcan al 93% de la población asegurada; en conjunto, ambas instituciones proporcionaron 27.8 millones de días de incapacidad Laboral

Por lo tanto; se recomendaría realizar un programa de reducción y control de peso, y factores de riesgo para la lumbalgia entrenamiento físico y capacitación para manipulación de cargas pesadas dirigidas a la población trabajadora en general que se encuentren en riesgo, de manera que mejore la condición física. proveer estabilidad de articulaciones y ligamentos, aumentado fuerza, resistencia muscular, reducir el estrés, la tensión muscular y a si reducir el dolor y la incapacidad laboral a la larga, optimizando el desempeño en el trabajo y aumentado la productividad en las jornadas de trabajo.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Atenogenes H. Saldivar González et al. Lumbalgia en trabajadores. Epidemiología de la lumbalgia. RevMed IMSS. 2003; 41 (3): 203-209.
2. Díaz Gutiérrez L. Albarrán Gómez U. Gómez Soto V. Evaluación funcional e isocinética en pacientes con lumbalgia mecanopostural. 2006;18(2)55-60.
3. Guía Clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. Rev Med IMSS: 2003; 41 (Supl):S123-S130.
4. La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez. Cad. Saúde Pública 2005; 21(3).
5. Gómez Fernández E. Director. “La Lumbalgia” en Atención Primaria. Guía de actuación. Servicio Navarro de salud, Pamplona 2000.
6. Boleaga. Lumbalgia B. Anales de Radiología México 2005; 2:89-97.
7. Investigación sobre dolencias de espalda. [sede web]*. Madrid España: 2005. Influencia de las creencias de miedo y evitación en la merma de calidad de vida de los pacientes con lumbalgia. http://www.kovacs.org/inv_medica
8. Velarde-Jurado E. Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública de México 2002; 44(4)349-361.
9. García Pérez F. Alcántara B. Importancia del ejercicio físico en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. Rehabilitación Madr 2003; 37(6):323-332.
10. La enciclopedia libre. Fisioterapia.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Fisioterapia>
11. Wheeler AH. Diagnosis and management of low back pain and sciatica. Am Fam Physician 1995; 52:1333-1341.

12. Goldby LJ, Moore AP, Doust J, Trew. A randomized controlled trial investigating the efficiency of musculoskeletal physiotherapy on chronic low back disorder *Spine*. 2006;31(10):1083-93.
13. Morata Crespo A. Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica. [Internet] Facultad de medicina Zaragoza. 2003.
http://www.cibernetia.com/tesis_es/ciencias
14. Gómez Vela María, Sabeh Eliana N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Internet] Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
<http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
15. Pérez Guisado J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica *Rev Cubana OrtopTraumatol* 2006;20(2)2-26.
16. Badiá X. y Xavier Carné. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *MedClin (Barc)* 1998; 110: 550-556.
17. Tudela L. Ferrer R. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*: 1999; 24(2)75-82.
18. Hernández Sampieri R. Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Edit. Mc GrawHill 4ta edición, México 2006.
19. Lugones Botella M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Rev cubana Med Gen Integr* 2002;18(4).
20. Fisterra. Com. Atención Primaria en la Red [sede Web]. Metodología de la investigación.[actualizado el 28 de febrero del 2001]. Disponible en:
<http://www.fisterra.com>
21. Tudela L. Ferrer R. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002; 29(6):378-384.

22. Obdulia Fernández, Félix Guillermo Márquez. Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2006; 44(6): 541-545.

23. M. Flores García, M. A. García Pérez. Adaptación Transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación*. 1995; 29(2):138-145.

24. R.C. Miralles, M. Rull. Valoración de los resultados del tratamiento del dolor lumbar y de las secuelas. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2001; 8(2):131-139.

25. M. Casals y D. Samper. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2004; 11(5):