



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
«FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO»**

**“CONGRUENCIA DIAGNOSTICO
TERAPEUTICA EN DOLOR LUMBAR CRONICO
EN EL ADULTO MAYOR”**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2015-3703-8

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Danae Sofía Gómez Lamont
Residente de Medicina Familiar de Tercer Año

ASESORES:

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina
Profesor Adjunto del curso de Especialización en
Medicina Familiar

Dra. Leonor Campos Aragón
Coordinadora en Educación e Investigación en Salud



México D.F. 2016



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.

AUTORIZACIÓN

DRA. MARIBEL MUÑOZ GONZÁLEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21, FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21, IMSS.

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21, IMSS

ASESORES DE TESIS

ASESOR: DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

Médico Cirujano

Médico Especialista en Medicina Familiar

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar N° 21

Delegación Sur DF

Teléfono: 57686000 ext. 21407 y 21428

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No. 281.

e-mail: alcalamedfam@gmail.com

Jardín Balbuena. C.P.15900. Delegación Venustiano Carranza.

DRA LEONOR CAMPOS ARAGÓN

Médica Cirujana

Maestra en Salud Pública

Maestra en Ciencias

Coordinadora de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar N° 21

Delegación Sur DF

Teléfono: 57686000 ext. 21407 y 21428

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No. 281.

e-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

Jardín Balbuena. C.P.15900. Delegación Venustiano Carranza.

DEDICATORIAS

Con todo mi cariño y mi amor para todos mis seres queridos, a mi familia quien siempre me apoyó de manera incondicional e hizo todo para que yo pudiera lograr mis sueños. También a mis amigos quienes estuvieron ahí cuando el camino se tornaba difícil y siempre hicieron todo lo posible por motivarme a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi familia por apoyarme durante toda mi trayectoria académica.

Gracias a mis profesores por compartir siempre sus conocimientos y consejos, gracias por su confianza.

Gracias a mis amigos quienes fueron mi pequeña familia durante éstos 3 años y siempre me mantuvieron motivada en los tiempos difíciles

Muchas Gracias a Todos

INDICE	
Índice	6
Resumen	7
Marco Teórico	9
Planteamiento del Problema	29
Pregunta de investigación	29
Objetivos	29
Hipótesis	30
Material y métodos	22
Estrategia de Muestreo	33
Metodología y recolección de información	40
Recursos, financiamiento y factibilidad	41
Aspectos éticos	31
Análisis e interpretación de resultados	44
Discusión	58
Conclusiones	63
Sugerencias	65
Referencias bibliográficas	67
Anexos	69
Instrumento	70
Cuadros y algoritmos de la GPC	71
Cronograma	73

RESUMEN

“CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICA EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN EL ADULTO MAYOR”

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina*; Dra. Leonor Campos Aragón**, Dra. Danae Sofía Gómez Lamont***

El dolor es una de las causas más comunes de consulta médica en México, por lo que se han considerado programas de salud pública, pues su manejo incorrecto genera alteraciones físicas, psicoafectivas y socioeconómicas así como gastos al sistema de salud. El dolor lumbar es un motivo frecuente de consulta en los adultos mayores, alguna de sus causas es la presencia de metástasis lumbares en el cáncer de próstata, por lo que una buena semiología es de suma importancia para su manejo correcto.

Es competencia del médico del primer nivel de atención realizar la semiología adecuada del dolor lumbar para dar el mejor tratamiento, disminuir los costos al sistema de salud y ofrecerle mejor calidad de vida al paciente adulto mayor.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la congruencia diagnóstico terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor de la UMF 21

MATERIAL Y METODOS: Realizamos un estudio Transversal, Analítico Descriptivo en un grupo de pacientes adultos mayores de la U.M.F. 21, con diagnóstico de Lumbalgia entre el 2014 y 2015, se seleccionaron expedientes de forma sistemática del turno matutino y vespertino. Se recolectaron los datos del expediente electrónico y se plasmaron en la hoja de recolección de datos. Los resultados se reportaron en cuadros y gráficos, utilizando el programa SPSS y excel.

Resultados: Encontramos que la congruencia diagnóstico terapéutica en los pacientes adultos mayores con lumbalgia crónica fue del 9.3%

PALABRAS CLAVE: lumbalgia crónica, diagnóstico, tratamiento, adulto mayor

* Asesor, Especialista en Medicina Familiar y Profesor adjunto de la especialidad de Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS.
Asesora, Coordinadora de Educación e Investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 Francisco del Paso y Troncoso. *Médica Residente de la especialidad de Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS.

ABSTRACT

“THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC CONGRUENCE OF LOW BACK PAIN ELDERLY PATIENTS”

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina*; Dra. Leonor Campos Aragón**, Dra. Danae Sofía Gómez Lamont***

Pain is one of the most common causes of medical consultation in Mexico, which are considered public health programs, for his mishandling generates physical, psycho and socio-economic costs and health system changes. Low back pain is a common complaint in the elderly, some of its causes is the presence of lumbar in prostate cancer metastasis, so a good semiotics is critical for proper operation.

It is for the physician primary care make adequate semiotics of LBP to give the best treatment, lower costs to the health system and provide better quality of life to elderly patients.

GENERAL OBJECTIVE: To determine the diagnostic therapeutic congruence in chronic low back pain in the elderly population of UMF 21

MATERIAL AND METHODS: We conducted a cross-sectional study, Descriptive Analytical in a group of elderly patients UMF 21, diagnosed with low back pain between 2014 and 2015, records systematically the morning shift, & evening were selected. Electronic file data were collected and were reflected in the data collection sheet. The results are reported in tables and graphs, using SPSS & excel.

RESULTS: We found that the diagnostic clinical congruence in elderly patients with chronic low back pain was 9.3%

KEY WORDS: Chronic low back pain, diagnosis, treatment, elderly

* Consultant, Specialist in Family Medicine and Associate Professor of the specialty of Family Medicine UMF.21 IMSS. ** Advisor Coordinator Health Education and Research of Family Medicine Unit No. 21 Francisco del Paso y Troncoso. *** Medical Resident specialty of Family Medicine UMF.21 IMSS.

MARCO TEÓRICO

Se ha reportado que el manejo efectivo del dolor mejora las condiciones generales del paciente¹. Sin embargo, muchas veces el alivio de éste síntoma es subóptimo²

Para comenzar, se describirán algunas definiciones sobre el dolor:

Dolor: La asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al dolor como una experiencia sensorial y emocional displacentera, asociada a daño tisular, ya sea real, potencial o descrita en términos de dicho daño³

Dolor agudo: con menos de tres meses de haber iniciado producido por un daño tisular real o potencialmente identificable, mientras que el dolor crónico tiene una duración mayor a 6 meses⁴

Dolor neuropático: iniciado o causado por lesión o disfunción del sistema nervioso

Clasificación: ⁸

Existen diversas clasificaciones basadas en: características clínicas, intensidad, temporalidad, tipografía, origen, respuesta al tratamiento, etcétera

Intensidad:

Se trata de la característica más reportada del dolor, la adecuada valoración de éste rubro está altamente relacionada a una analgesia adecuada, por el contrario, su omisión condiciona a que se genere un manejo ineficaz. El interrogatorio sobre las características del dolor debe tomar en cuenta lo siguiente: a) temporalidad, b) causalidad, c) localización y distribución, d) características, e) tipo, f) severidad o

intensidad, g) duración y periodicidad, h) circunstancias coincidentes y i) tratamiento previo⁵

Para evaluar de mejor manera el dolor se sugiere el uso de escalas, algunas de ellas ofrecidas por la literatura son: la verbal análoga (EVERA) de 5 puntos (ausencia de dolor, leve, moderado, fuerte y muy fuerte), la numérica análoga (ENA) de 11 puntos (0 al 10) y la visual análoga (EVA) de 10 centímetros, etcétera.

Se sugiere que la intensidad se documente, con las constantes vitales; que se apliquen escalas, que evalúen síntomas asociados al dolor como la sedación, náusea, vómito, prurito y la presencia de efectos adversos asociados a la terapéutica analgésica.

Se han documentado estudios comparativos entre diversos instrumentos que evalúan la intensidad del dolor, se considera que un EVA de 1 a 4 corresponde a dolor leve, de 5 a 7 moderado y de 8 a 10 severo^{5,9,25}.

Temporalidad:

Dependiendo de su duración, el dolor se clasifica en agudo y crónico. Se considera al primero como: “Una desagradable y compleja constelación de experiencias sensoriales, perceptuales y emocionales, relacionadas con respuestas autonómicas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales menor a 3 meses de duración” y al dolor crónico como: “Aquel que persiste al curso natural de un daño agudo, concomitante a procesos o patologías duraderas, intermitentes o repetitivas, expresado en un periodo mayor a seis meses”⁸

El dolor crónico se acompaña de una respuesta adaptativa fisiológica, escaso componente vegetativo y fuerte impacto psicoafectivo; y el dolor agudo presenta una intensa respuesta neurovegetativa y neuroendocrina acompañada de altos niveles de excitación y ansiedad. Así es de suma importancia identificar si se trata de un cuadro de dolor agudo inicial o de la agudización de un síndrome doloroso crónico, ya que en gran medida su comprensión y respuesta terapéutica dependerá de ello.

Formas de expresión del dolor:

El dolor puede ser continuo, intermitente, recurrente, periódico, paroxístico o la combinación de dos o más tipos. El dolor agudo frecuentemente se acompaña de tensión muscular la cual incrementa su intensidad. De igual manera algunos pacientes con dolor crónico miofacial son portadores de alteraciones posturales generadoras de contracturas musculares reflejas.⁸

Clasificación del dolor de acuerdo a su origen:

Dolor Nociceptivo: Se trata de una respuesta de los nociceptores somáticos o viscerales periféricos en respuesta a estímulos nocivos o displacenteros, éste tipo de dolor lo encontramos principalmente en pacientes paliativos, cuando existe lesión de estructuras somáticas superficiales y profundas como: piel, fascias, músculos, tendones, huesos, periostio, etcétera. Desde el punto de vista clínico, éste dolor es descrito como dolor cutáneo, su duración e intensidad va acorde con el estímulo que lo provoca, referido como piquete o pinchazo rápido, ligero y de poca duración en la piel, seguido de un dolor más urente, más duradero e intenso⁸.

Dolor visceral: Está asociado a lesión o estímulo de nociceptores viscerales que tienen gran repercusión en el sistema nervioso autónomo. Los pacientes con neoplasias abdominales lo describen como: a) sordo, vago, amortiguado, de difícil ubicación o referido a sitios distantes al sitio de la afección, frecuentemente se encuentra acompañado de náusea, vómito, sudoración y baja de la frecuencia cardíaca y presión arterial. ⁸

Dolor neuropático: A éste tipo de dolor se le considera un tipo de dolor crónico, originado por lesión o disfunción del sistema nervioso. Este complejo tipo de dolor se presenta aún en ausencia de daño evidente. Algunas de las causas que originan éste tipo de dolor son: polineuropatía diabética dolorosa, neuralgia postherpética, lesiones de nervio periférico, neuralgia trigeminal, dolor de miembro fantasma, plexopatías cervicobraquial o **lumbalgia**, ciática o síndrome doloroso complejo tipos I y II, lesiones tumorales de la médula espinal, dolor talámico etc. El grado de alteración será dependiente de del tamaño e intensidad de la lesión o disfunción de las estructuras nerviosas afectadas, éste tipo de dolor se beneficia del uso de antidepresivos tricíclicos como coadyuvante. ^{8,23,24}

Clínicamente, éste tipo de dolor tiene dos presentaciones, la primera se reporta como: quemante, ardoroso, continuo, de intensidad variable, por ejemplo, la plexopatía tumoral o la neuropatía periférica secundaria a expansión tumoral, la cual presenta una distribución localizada (torax, abdomen, extremidades). El segundo tipo de ésta sintomatología se acompaña de paroxismos (sensación de descarga eléctrica) o calambres, puede ser ocasional o esporádico u ocasional o en grupos

de descargas que siguen a lo largo del trayecto del nervio afectado, ésta variedad está presente en patologías como la neuralgia postherpética o por el cáncer.

Sensaciones anormales que se incrementan con la presión, el movimiento, el calor o el frío se vinculan con el dolor nociceptivo, otra variedad del mismo es el nombrado central y se caracteriza por dolores cambiantes, espontáneos, desencadenados sin causa determinada, urentes, punzantes o continuos, reportados como intensos o insoportables ubicados en piel, músculos, huesos o en diversos sitios a la vez, se presenta en neoplasias del canal raquídeo o encefálicas.

Independientemente del tipo de dolor, se recomienda que antes de prescribir la terapia analgésica se realice una evaluación multidimensional del dolor y de otros síntomas relacionados, basándose en los siguientes preceptos ⁸

- Creer en la información proporcionada por el paciente
- Evolución de cada uno de o los cuadros dolorosos por separado
- Determinación de la extensión de la enfermedad
- Evaluación de los factores físicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales asociados al dolor
- Reevaluación periódica y continua

Entre los principales síndromes dolorosos de origen no oncológico encontramos: neuralgia postherpética, artritis y dolor de espalda baja⁸. Los cuales deben tomarse en cuenta para evitar confusiones respecto al avance de las neoplasias.

En resumen, el dolor somático es causado por lesiones directas o por metástasis óseas y hepáticas. El dolor visceral es generado por la estimulación de nervios aferentes somáticos. El dolor neuropático está relacionado con la disfunción o lesión producida por la destrucción, infiltración o compresión del sistema nervioso periférico o central o ambos. Debido a su naturaleza, éste tipo de dolor es de difícil control ya que no responde a la administración de analgésicos convencionales, se necesita administrar adyuvantes y altas dosis de ciertos opiáceos.

GENERALIDADES DEL MANEJO DEL DOLOR

Luego de la correcta aplicación de las escalas de evaluación del dolor así como de una buena semiología, podremos tener las pautas para elegir el mejor manejo analgésico.

Los analgésicos no opiáceos o antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Son los recursos terapéuticos de uso más generalizado para el tratamiento de dolor debido a sus ventajas, una de ellas es que no crean tolerancia, su mecanismo de acción y toxicidad son diferentes al de los opioides, aunque pueden combinarse con estos. El empleo irracional de los AINES propició que la OMS creara la escalera analgésica, este método propone el empleo racional y sistemático de los analgésicos orientado al control adecuado de dolor.⁸

Los fármacos deben administrarse vía oral, horario fijo, con prescripción personalizada y de acuerdo con el estado físico del paciente, en dolores de origen fundamentalmente nociceptivo asociado a inflamación, sin embargo, uno de los efectos adversos de su uso prolongado, es la aparición de complicaciones

gastrointestinales, toxicidad hematológica, renal, hepática que pueden presentarse durante su empleo, además de que presentan interacción con los esteroides. El paracetamol y los AINES son el primer escalón analgésico de la OMS y son considerados una de las primeras opciones para el tratamiento tanto del dolor agudo como el dolor crónico no oncológico. Los analgésicos no opioides si se emplean de manera aislada carecen de utilidad, su mecanismo de acción está determinado por la familia de la cual derivan, son mejores que el placebo, no existen diferencias comparativas respecto a la analgesia que proporcionan. Es importante destacar que el paracetamol no es un opioide.

Si el tipo de dolor amerita manejo con medicamentos opioides hay ciertas consideraciones a tomar en cuenta para iniciar el manejo con estos medicamentos. Los pacientes con dolor moderado que no han sido tratados con opioides, pueden ser manejados con opioides débiles, en tanto que los pacientes con dolor severo necesitan opioides potentes. Se debe preguntar al paciente que tipo de opioide ha utilizado antes, para evitar que se experimente toxicidad.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR

La adecuada educación del paciente con dolor y su familia es un elemento de suma importancia en la consulta; el médico deberá proporcionar la información necesaria acerca del derecho a recibir analgesia eficaz y segura. Lo anterior deberá incluir el uso correcto de las escalas de medición del dolor, la manera para implementar el esquema analgésico y cómo la participación activa ayuda en el manejo analgésico^{9,10,11,12}

LUMBALGIA

Para el médico del primer nivel de atención, la lumbalgia es una patología frecuente de consulta, se trata de un síntoma que puede tener diversas causas, muchas veces, éstas entidades son resueltas por el médico del primer nivel de atención sin necesidad de enviar al especialista si se tiene una adecuada semiología y correcto uso de los recursos (laboratorio, gabinete, referencia a otras especialidades)²⁶. Diversos estudios demuestran que hasta un 65% de los casos agudos son resueltos por el médico de primer contacto que inició el manejo del paciente¹³. Diferentes estudios determinan distintas cifras de prevalencia de las lumbalgias; Cassidy y colaboradores mencionan que en un estudio realizado en adultos de 20 a 69 años de edad, el 19% de 318 pacientes que nunca había sufrido de lumbalgia, en un periodo de un año después de entrar al estudio tuvieron al menos un episodio de lumbalgia moderada¹⁴. Distintos autores apoyan el argumento de que la lumbalgia afecta a ambos sexos por igual con un pico entre 30 a 40 años, y que la población en general tiene una incidencia a lo largo de la vida de un 85% de padecerla^{15,16}

Definición: Se trata del dolor o malestar en la zona lumbar, ubicado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria^{16,17}

CLASIFICACIÓN

En relación con el tiempo de evolución podemos clasificar a las lumbalgias como sigue:¹⁸

- 1.-Lumbalgia aguda: el dolor es de menos de 6 semanas de evolución
- 2.-Lumbalgia subaguda: el dolor tiene una duración entre 6 semanas y 3 meses.
- 3.-Lumbalgia crónica: cuando se presentan episodios repetitivos de dolor durante un periodo mayor a 6 meses.

También pueden clasificarse de la siguiente manera:¹⁹

Lumbalgia mecánica simple (95%), predomina entre los 20 y 55 años de edad, se trata de un dolor mecánico en el área lumbosacra, glúteos y piernas, el paciente no presenta otras alteraciones.

Lumbalgia por compresión radicular (<5%): Se trata de un dolor unilateral irradiado a pierna, de mayor severidad que la simple, el dolor se irradia por debajo de la rodilla con sensación de adormecimiento y parestesias, presenta signos neurológicos positivos¹⁹

Patología severa: (<2%)Se considera para los pacientes con historia de trauma previo, o aquellos de 20 a 50 años de edad en los que existe una variedad de signos de alarma como el dolor gradual no relacionado a la actividad física, rigidez matutina o limitación funcional en todas las direcciones. Los pacientes con las características antes mencionadas deben ser referidos al especialista

Lumbalgia crónica: Se trata de aquella de más de 6 meses de duración, debe ser referida al especialista²⁰

Por todo lo descrito anteriormente, al momento de valorar a un paciente con dolor lumbar, lo primero que se debe hacer es clasificarlo basado en la historia clínica.

COSTOS DEL DOLOR LUMBAR

Grazier (1984) evaluó los costos del dolor lumbar en Estados Unidos por \$15,872,760 dólares; en 1990 Snock reporta costos directos (urgencias, hospitalización, diagnóstico, tratamiento, enfermera en casa, rehabilitación, etc.) por \$24,336,153.00 y costos indirectos por 27.5 billones, con un costo total de 75 a 100 billones de dólares por año ²¹

FACTORES DE RIESGO^{16,21}

Se clasifican en factores de riesgo mayores y menores:

Mayores: Edad, sexo, ocupación, postura, fatiga, longitud de miembros pélvicos, incremento de lordosis, columna inestable, escoliosis, cefalea, dolor de cuello, problemas emocionales, estrés, ansiedad, depresión, abuso de drogas, tabaquismo, multiparidad, obesidad.

Menores: Talla baja, economía, nivel socio-económico-cultural.

FISIOPATOLOGÍA ²¹

Para entender la fisiopatología debemos comprender la existencia de mediadores neurológicos y no neurológicos; éstos son diferentes mediadores químicos de la nocicepción, las terminaciones de neuronas sensitivas son selectivamente

responsables de la respuesta a estímulos dañinos que causan dolor. Al provocar el dolor, señalan la presencia de algunos elementos químicos o físicos nocivos; ciertos nociceptores causan baja respuesta al umbral y agravan el dolor; son causantes de que los nociceptores respondan a estímulos dolorosos y liberen péptidos y otras sustancias neuromoduladoras que incrementan la excitabilidad de nociceptores adyacentes, modulando así el proceso inflamatorio y promoviendo la reparación del tejido, éstas son funciones protectoras del organismo.

Existen también, químicos endógenos con capacidad para producir dolor, como la bradicinina, serotonina, histamina, acetilcolina, prostaglandinas E1 y E2 y los leucotrienos. Bradicinina y serotonina, estimulan los mecanismos C y A en las fibras aferentes que inervan la piel, articulaciones, sistema musculo esquelético y órganos viscerales. Otros como el ácido dihidro-oxicoatetraenico y el leucotrieno B4, producen hiperbaralgesia que no es aislada por AINES que bloqueen el ácido hialurónico, es importante entender lo anterior para comprender el mecanismo de acción de los diferentes analgésicos.

CAUSA ^{21,22}

La etiología del dolor lumbar es muy amplia; de ahí la importancia que tiene la clínica para diagnóstico diferencial, algunas de sus causas pueden ser: congénita, traumática, infecciosa, mecano postural, inflamatoria, degenerativa, metabólica, tumoral, circulatoria, hematológica, o bien, lesiones extrínsecas que se refieren a la columna lumbar. Algunas de las causas más importantes a destacar son las siguientes:

Traumático: esguince agudo o crónico, fractura de cuerpo vertebral, fractura de apófisis transversa espinosa, espondilisis traumática.

Mecánico postural: Hiperlordosis o cifosis lumbar, rectificación de lordosis, hipotonía muscular, asimetría de miembros pélvicos, hernia discal.

Inflamatoria: Artritis reumatoide

Degenerativa: Enfermedad articular degenerativa (oseoartrosis).

Metabólica: osteoporosis, osteomalacia.

Tumoral: osteoma osteoide, osteoblastoma, neurinoma, meningioma.

Metastásicos: mama, próstata, pulmón, riñón etc.

Urológico: Tumor renal, litiasis renal, pielonefritis.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD¹⁶

Es recomendable para toda la población fomentar un programa educativo que incluya la adopción de estilos de vida saludables tales como son la buena alimentación y actividad física. El paciente con lumbalgia crónica con sobrepeso u obesidad debe entrar a un programa para reducir peso y ser atendido por un equipo multidisciplinario. Desde la primera evaluación clínica se recomienda investigar e identificar factores psicosociales asociados con el riesgo de desarrollar incapacidad crónica. Se debe educar al paciente con medidas de higiene postural es decir, se le debe de explicar técnicas correctas para sentarse, cargar objetos pesados, dormir y manejar, así como ejercicios de flexión básicos, explicarle la importancia de evitar

en la medida de lo posible cargar objetos pesados en posiciones inadecuadas, todo lo anterior con el objetivo de limitar las manifestaciones clínicas de lumbalgia.

HISTORIA CLÍNICA

Durante la primera consulta se debe realizar un interrogatorio adecuado de tal forma que se logre clasificar al paciente dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, dolor lumbar potencialmente asociado con radiculopatía o dolor lumbar potencialmente asociado con enfermedad sistémica inespecífica. Deberá evaluarse la semiología del dolor (localización, factor desencadenante, factores exacerbantes, factores atenuantes, irradiación). Se recomienda sospechar de dolor lumbar asociado a neoplasia en pacientes mayores de 50 años de edad con antecedente de cáncer, pérdida ponderal, sin mejoría en un periodo de 4 a 6 semanas, dolor continuo, progresivo, en reposo y predominantemente nocturno¹⁶. Deberá de poner atención en la edad del paciente así como en los siguientes factores: sexo, ocupación, tiempo de evolución (lumbalgia aguda, subaguda, crónica) identificar el tipo de dolor (mecánico / inflamatorio) e indagar a nivel neurológico si existen datos de compromiso a éste nivel. En pacientes mayores de 60 años, femeninos con antecedente de osteoporosis, empleo crónico de esteroides y fractura previa de debe de poner especial atención.

DATOS DE ALARMA ^{16,22}

Debido a las causas que pueden producir lumbalgia y las consecuencias de las mismas, es importante conocer los signos de alarma que se mencionan a continuación:

- Historia previa de cáncer
- Pérdida de peso inexplicable
- Falta de respuesta a tratamiento
- Edad >50 años
- Dolor nocturno y en varios puntos y/o en reposo
- Fiebre
- Consumo de drogas IV
- Inmunosupresión
- Retención urinaria (dato más sugestivo)
- Incontinencia fecal
- Anomalía de la marcha

SIGNOS DE ALARMA

Proceso	Característica o factor de riesgo
Cáncer	Antecedente de cáncer Edad superior a 50 años Pérdida de peso inexplicable Solicitud de consulta por el mismo motivo en el mes anterior Dolor de más de un mes de evolución
Infección	Fiebre por más de 48 horas Presencia de factor de riesgo para infección (ej. inmunosupresión, infección cutánea, infección tracto urinario, sonda urinaria)
Fractura	Traumatismo grave Traumatismo menor, en mayores de 50 años, osteoporosis o toma de corticoides
Aneurisma de aorta	Dolor no influido por movimientos, posturas o esfuerzos Existencia de factores de riesgo cardiovascular Antecedentes de enfermedad vascular
Artropatías Inflamatorias	Edad inferior a 40 años Dolor que no mejora con el reposo Disminución de la movilidad lateral
Síndrome cauda Equina compresión radicular grave	Retención de orina Anestesia en silla de montar Déficit motor progresivo

Tomado de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2009

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe realizar la exploración visual del área afectada con el objetivo de investigar lesiones cutáneas que orienten a herpes zoster u alguna otra patología de la piel, deberá de tomarse en cuenta la fiebre, pues tiene una especificidad del 98% y una sensibilidad del 50% para el diagnóstico de infección a nivel vertebral^{16,27}. Es de gran importancia realizar la exploración neurológica completa ante la presencia de dolor y otros síntomas neurológicos en extremidades inferiores. Durante la exploración física se deberá evaluar: arcos de movilidad de columna, marcha, tono, tropismo muscular y evaluación del equilibrio, la exploración neurológica completa y orientada ante la presencia de dolor y otros síntomas neurológicos en las

extremidades pélvica, todo lo anterior es necesario para fortalecer el diagnóstico
21,31

LABORATORIO Y GABINETE

Los exámenes de laboratorio deberán solicitarse de acuerdo con el diagnóstico clínico presuncional, se pueden solicitar estudios de laboratorio en pacientes con lumbalgia sobre todo si éste presenta déficit neurológico grave o progresivo, o bien, si se sospecha alguna enfermedad en específico, con base en los datos obtenidos de la historia clínica. Es posible realizar una biometría hemática completa, la velocidad de sedimentación globular así como otros exámenes de laboratorio ante un paciente con sospecha clínica fundamentada de lumbalgia inflamatoria o sistémica y/o presencia de algún signo de alarma ^{16,32}.

Las radiografías simples en proyección anteroposterior y lateral en paciente de pie y descalzo nos permite observar cinco vértebras lumbares, estructuras óseas, espacios intervertebrales, disco intervertebral, agujeros de conjugación, articulaciones sacro iliacas, pelvis, acetábulo y cabeza de fémur y partes blandas circundantes ²¹

La interpretación de la placa AP y lateral de la columna lumbar puede comprobar la etiología de la escoliosis:

1.-Sin equilibrio de la pelvis, sacro y acetábulo. La causa se encuentra en la columna.

2.-Con desequilibrio de la pelvis, sacro y acetábulo por asimetría de la longitud de miembros pélvicos.

3.-Por asimetría de la meseta o plataforma del sacro y la pelvis con acetábulos simétricos, la causa es por asimetría del sacro.

4.-Por asimetría de la quinta vértebra lumbar con pelvis, sacro y acetábulos simétricos.

Placa lateral de columna vertebral: puede determinar si la columna se encuentra inestable anterior o inestable posterior, las dos placas anteriores, si son adecuadamente interpretadas dan una idea muy clara de la patología de la columna vertebral ²¹

TRATAMIENTO

Se basa en los problemas físicos, mentales, emocionales y espirituales del paciente individualizando a cada uno de ellos y tomando en cuenta si se trata de un caso agudo o crónico, la mayoría de los pacientes tienden a la curación.

En su fase aguda se ha observado que el médico del primer nivel de atención trata las lumbalgias con analgésicos relajantes y reposo, o deriva al especialista en ortopedia ^{21,28} Si el diagnóstico y manejo son adecuados, el paciente evoluciona a la curación de éste primer evento, sin embargo, un porcentaje de los pacientes evoluciona a la cronicidad lo que obliga a contar con un equipo multidisciplinario con médico ortopedista, rehabilitación, psicólogo, terapeuta, neurólogo, urólogo, etc.

El éxito del tratamiento del primer cuadro en la primera consulta depende del diagnóstico etiológico preciso, porque así se están considerando todas las etiologías posibles así como las variantes clínicas de cada una de ellas, es importante destacar que de un buen diagnóstico, depende un buen tratamiento. Para reducir o evitar la recidiva del dolor lumbar se deben implementar medidas de prevención.

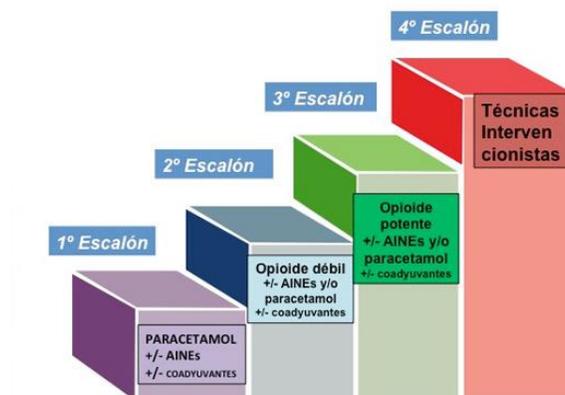
Tratamiento preventivo conservador: Educación al paciente, higiene postural todo esto dentro de un programa de educación para la columna.

Tratamiento farmacológico: Gardela y Magni reportan que el uso de antidepresivos en el tratamiento del dolor lumbar agudo o crónico es de gran utilidad; disminuye 50% la intensidad del dolor²¹. Se ha reportado que los antidepresivos tricíclicos son recomendados como fármacos de primera línea en el tratamiento principalmente del dolor neuropático, específicamente: amitriptilina, imipramina, desipramina, nortriptilina y clomipramina, es importante destacar que en el caso de pacientes (sobre todo paliativos) que cursan con síntomas depresivos los antidepresivos tricíclicos forman parte de los fármacos de primera línea²³. Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y noradrenalina son los únicos antidepresivos aprobados por la FDA para el tratamiento del dolor crónico a parte de su uso en depresión y trastornos de ansiedad^{23,29}.

Si recordamos la fisiopatología de los síndromes dolorosos, tomaremos en cuenta que éstos son causados por múltiples mecanismos fisiopatológicos, por lo que para su tratamiento se emplean numerosos fármacos que pertenecen a diversos grupos

y que pueden presentar sinergismo entre sí. Los fármacos coadyuvantes se emplean junto con los analgésicos primarios (paracetamol, opioides, AINES) en el tratamiento de diversas patologías y tipos de dolor, que responden de manera insuficiente a los analgésicos propiamente dichos. Aunque su finalidad es el tratamiento de otras patologías, complementan a los analgésicos clásicos potenciando su acción e incrementando su eficacia clínica, los medicamentos coadyuvantes están incluidos en la escalera analgésica de la OMS^{24,30}.

El manejo de la lumbalgia sigue la escalera analgésica de la OMS:



Disponible en: <http://www.aulaenfermeria.org/articulo/escalera-analgésica.html>

TABLA II
Escala analgésica de la O.M.S.

Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos	Opioides potentes ± Coanalgésicos	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
-----	Escalón I	-----	
Paracetamol AINE Metamizol	- Codeína Tramadol	-- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Obtenido de: F. Puebla Díaz: Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor artrogénico Oncología, 2005; 28 (3):139-143

En el manejo del dolor lumbar, está indicado como medicamento de primera elección el **paracetamol**, como fármaco de segunda elección se recomienda el empleo de un **AINE durante periodos cortos** y en la menor dosis posible¹⁶ de entre todos los AINES se ha documentado que el ibuprofeno es el que está relacionado en menor porcentaje de riesgo de complicaciones gastrointestinales serias¹⁶.

En el tratamiento de la lumbalgia crónica se recomienda asociar el paracetamol a un AINE durante periodos cortos o intervalos regulares. Si el dolor lumbar persiste luego de haber iniciado el manejo con paracetamol o AINE pueden asociarse a opiáceos menores durante periodos de tiempo corto e intervalos regulares. Si el dolor lumbar continúa persistiendo tras iniciar tratamiento con paracetamol o AINE a intervalos regulares, se debe valorar la asociación de un relajante muscular de tipo no benzodiazepínico durante un periodo corto de tiempo. Los relajantes musculares no deben usarse durante más de dos semanas. En caso de que el dolor

persista y se desarrolle tolerancia a medicamentos opioides el paciente deberá ser enviado a un siguiente nivel para valorar medidas invasivas de manejo de dolor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lumbalgia en adultos mayores es un problema de salud y uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención, una mala evaluación del mismo genera un mal diagnóstico y con ello un mal manejo así como el incurrir en el uso y abuso de los analgésicos del cuadro básico del instituto.

Se ha observado, en algunos consultorios de la UMF21 el uso inadecuado de los analgésicos para el manejo de la lumbalgia crónica, así como una semiología deficiente en el análisis de éste síntoma, la lumbalgia no es un síntoma que deba subestimarse, ya que en el caso de los adultos mayores la incongruencia diagnóstico-terapéutica puede dar lugar a un evento centinela, como es el caso de algunas enfermedades oncológicas que producen metástasis a nivel lumbar generando dolor en ésta zona, de ahí la importancia de realizar una adecuada semiología de éste síntoma para ir descartando patologías que pueden variar desde la lumbalgia traumática o las radiculopatías hasta las metástasis lumbares.

Por lo que hacemos la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe congruencia diagnóstico terapéutica en el manejo del dolor por lumbalgia crónica en los adultos mayores (60 a 85 años de edad) de la UMF no. 21?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la congruencia diagnóstico terapéutica en el dolor lumbar crónico en el adulto mayor de la UMF no. 21

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Género más frecuente en pacientes con lumbalgia crónica
- Comorbilidades más frecuentes.
- Datos de semiología y exploración física mayormente reportados
- Porcentaje de fármacos indicados de manera inicial y final para el manejo de la lumbalgia.

HIPÓTESIS

- Hipótesis nula: La congruencia diagnóstico terapéutica será mayor al 50% de las notas médicas evaluadas
- Hipótesis alterna: La congruencia diagnóstico terapéutica será menor al 50% de las notas médicas evaluadas

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la ciudad de México durante el segundo semestre de 2015. Se trató de un estudio de casos y controles de evaluación del proceso médico a través de las notas médicas de pacientes adultos mayores adscritos a la UMF21 con diagnóstico de lumbalgia crónica, se calculó de muestra de 149 más un 10% en caso de expedientes que no cumplan criterios de exclusión, en total se evaluaron 164 expedientes, las notas se seleccionaron en base a los criterios de inclusión y exclusión y se eligieron de 4 a 5 expedientes por consultorio de cada turno. Se presentó el siguiente estudio al SIRELCIS, en donde se solicitó al comité local 3703 de la UMF # 21 permiso para elaborar un instrumento para la evaluación de las notas médicas. Así mismo se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a estudiar. En donde se encontró la importancia de la adecuada valoración de las lumbalgias para realizar un manejo adecuado de acuerdo a la escalera analgésica de la OMS dependiendo de las características y origen del dolor. Se comenzó a construir el marco de referencia y el diseño del estudio, se solicitó por escrito la información estadística sobre la población de adultos mayores de 60 a 85 años de edad con diagnóstico de dorsalgia durante el periodo de abril del 2014 a abril de 2015 derechohabientes de ésta unidad al servicio de ARIMAC.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

a) lugar de estudio El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar no. 21 en los 32 consultorios existentes turno matutino y vespertino, Francisco del Paso y Troncoso; Delegación Venustiano Carranza.

b) Población del estudio: Notas médicas de pacientes de 60 a 85 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 que contaban con expediente electrónico de acuerdo a cifras otorgadas por ARIMAC en el periodo de Abril 2014 a Abril 2015

c) Periodo de estudio

De julio a noviembre 2015

a. Criterios de inclusión: notas médicas de adultos mayores de 60 a 85 años de edad con diagnóstico de lumbalgia crónica adscritos a la UMF No.21 que cuenten con expediente electrónico y vigencia además de contar con por lo menos 5 notas con diagnóstico de lumbalgia.

b. Criterios de exclusión: pacientes adultos mayores de 60 a 85 años de edad que NO cuenten con expediente electrónico.

c. Criterios de eliminación: pacientes menores de 60 años de edad, con nota médica incompleta o que no cuenten con al menos 5 notas con diagnóstico de lumbalgia

ESTRATEGIA DE MUESTREO

a) **TAMAÑO DE MUESTRA:** Total de 149 expedientes. (más un 10% en caso de expedientes que no cumplan criterios = 164)

b) **Tipo de muestreo:** Aleatorizado

Fórmula: Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de adultos mayores de 60 a 85 años de edad con el diagnóstico de lumbalgia adscritos a la UMF 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

Dónde:

N = 262 Poblacion de adultos mayores con diagnostico de lumbalgia

$Z^2_{\alpha/2}$ = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p = 0.65 Prevalencia estimada...

q = 1-0.65 = 0.35

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{(1.96)^2 [(0.65)(0.35)]}{(0.05)^2 (262 - 1) + (1.96)^2 [(0.65)(0.35)]}$$

$$n = \frac{262 (3.841) (0.65) (0.35)}{0.0025 (261) + 3.841 (0.65) (0.35)}$$

$$n = \frac{228.94}{1.5263} \quad n = 149$$

c) VARIABLES

Independiente: congruencia diagnóstico terapéutica

Dependiente: Dolor lumbar

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPUAL	DEFINICIÓN OPERACION AL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Se obtendrá del expediente electrónico	Cuantitativa, discontinua o discreta	1.-60-65 años 2.-66-70 años 3.-71-75 años 4.-76-85 años
Sexo	Fenotipo determinado cromosómicamente para un individuo	Género al que pertenece referido por el paciente, presente en el	Cualitativa nominal	1.-Masculino 2.-Femenino

		expediente electrónico		
Peso	Es la medida de la masa corporal	Se obtendrá del expediente electrónico	Cuantitativa continua	Kilogramos
Talla	Estatura de una persona. Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo	Es la medida indicada en centímetro en el estadímetro o regla fija en pared. Se obtendrá del expediente electrónico	Cuantitativa continua	Centímetros
Índice de Masa Corporal (IMC)	relación entre el peso y la talla (altura) que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se	Se obtendrá del expediente electrónico	Cuantitativa continua	Kg/m ²

	calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).			
Antecedentes Personales patológicos	Se trata de las enfermedades que padece el paciente así como antecedentes quirúrgicos, traumatológicos, transfusionales y toxicológicos y factores de riesgo	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	1.-Diabetes 2.- Hipertensión Arterial 3.-Algún tipo de cáncer 4.-Cirugias 5.-Ocupacion actual y previa 6.- Antecedente de dolor lumbar
Lumbalgia	Dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el	Se realizará la evaluación de la semiología	Cualitativa nominal	1.- Fecha de inicio del dolor

	borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria.	del dolor lumbar obteniendo los datos del expediente electrónico		2.- Características del dolor (opresivo, ardoroso, quemante, lacerante) 3.- Irradiación del dolor 4.-Duración del dolor 5.-Factores atenuantes 6.-Factores precipitantes 7.-Tratamiento 8.- Persistente o no 9.- Con o sin mejoría
Analgesia	Desaparición ya sea de manera natural o	Se obtendrán datos del	Cualitativa nominal	1.- Paracetamol 2.-AINES

	provocada del dolor	del expediente clínico		3.-Inhibidores de la COX2 4.-Opioides 5.-Envío a clínica del dolor
Congruencia Diagnóstico terapéutica	De acuerdo a la guía de práctica clínica de diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención del sector salud se tomarán los elementos para saber si existe congruencia diagnóstico terapéutica	Se tomarán datos del expediente clínico	Cualitativa	1.-Semiología suficiente (por lo menos 4 de los 8 ítems indicados en el instrumento) 2.- Exploración física suficiente (por lo menos 2 de los 4 ítems indicados en el instrumento) 3.- Realización de estudios de laboratorio y gabinete (por

				<p>lo menos el reporte de la radiografía lumbar)</p> <p>4.-Tratamiento</p> <p>INICIAL Y FINAL (de acuerdo a las guías, iniciar con paracetamol preferentemente o paracetamol asociado a AINE finalizar, de acuerdo al manejo inicial, con AINES, medicamento coadyuvante u opioide débil manejo</p>
--	--	--	--	---

				conjunto con subespecialidad correspondiente dependiendo el caso)
--	--	--	--	---

METODOLOGIA Y RECOLECCION DE INFORMACION

Descripción del Estudio

1. Se realizó un Estudio Observacional, Transversal, analítico en la Unidad de Medicina Familiar No.21 Delegación 4 sur de la ciudad de

México durante Marzo 2015 a Octubre 2015. Con el objetivo de determinar

La congruencia diagnóstico terapéutica en adultos mayores adscritos a la unidad de medicina familiar no.21

2. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema estudiado logrando determinar la importancia de la congruencia diagnóstico terapéutica en el adulto mayor.

3. Se solicitó por escrito permiso para la obtención de la información estadística sobre la población derechohabiente de esta unidad de pacientes adultos mayores con diagnóstico de lumbalgia.

4. Para la recolección de datos se consultaron expediente electrónicos de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y se evaluaron 5 notas médicas que incluyeran el diagnóstico de lumbalgia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida la autorización por parte del Comité de Investigación de UMF No. 21, se procedió de manera ordenada y respetando los lineamientos éticos a recolectar la información, se realizó una base de datos en Excel; los resultados obtenidos en la investigación se analizaron, Reportaron en cuadros y gráficos, utilizando medidas de tendencia central como son moda, mediana, desviación estándar y se utilizó el programa PSS para el análisis estadístico. Se dividieron de acuerdo a grupo de edad y sexo y posteriormente a las áreas en las que se detectaron mayor problema.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los procedimientos de la investigación fueron efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente.

RECURSOS HUMANOS.

- El propio investigador
- Asesor metodológico.

RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

- Computadora, papelería de oficina.
- Software Windows vista, paquete estadístico.
- Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Financiado por el propio investigador en conjunto con la infraestructura del IMSS

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se requiere, ya que es un estudio descriptivo, transversal, observacional

ASPECTOS ÉTICOS

La realización del presente trabajo Se considera esta investigación como de bajo riesgo y se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Se aplicara un cuestionario previamente realizado para evaluar las notas médicas de pacientes adultos mayores que presenten diagnóstico de lumbalgia, para determinar así si existe congruencia diagnóstico terapéutica.

En todo momento de la investigación se tomarán las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente (la información del trabajo solo será conocida por los investigadores; se mantendrán en custodia a través del acceso restringido y el uso de códigos para respetar privacidad, estrictamente anónima y respetando los

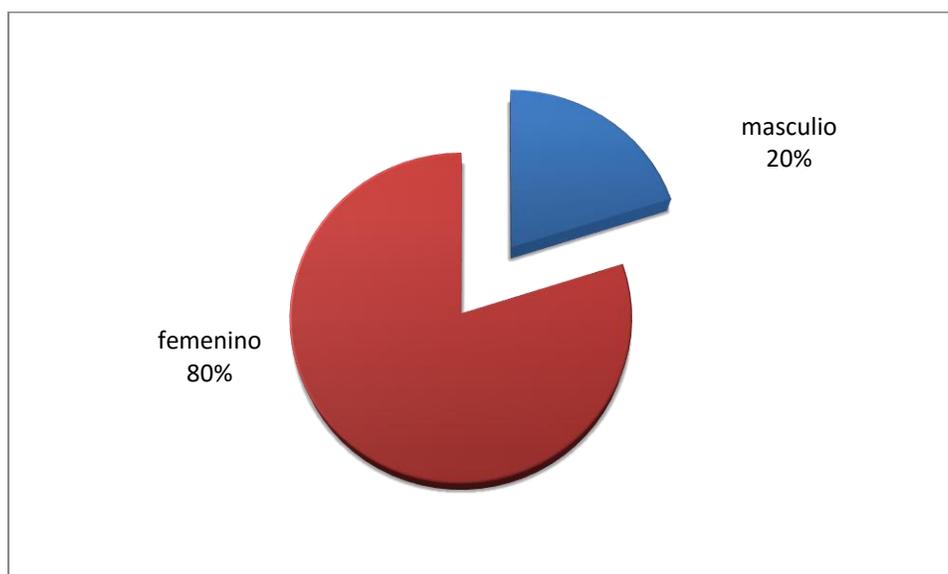
principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia). Los procedimientos propuestos anteriormente están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. La seguridad y el bienestar de los pacientes se respetaran cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de Estados Unidos Mexicanos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se revisó el expediente electrónico de 149 pacientes adultos mayores con diagnóstico de lumbalgia a partir del banco de datos obtenidos del servicio de ARIMAC, se trata de pacientes del sexo masculino y femenino que fueron atendidos en la UMF 21 en el servicio externa en los dos turnos. Se recolectaron los datos sociodemográficos así como la metodología en el diagnóstico, y el tratamiento otorgado.

Una vez recolectada la información se realizó la base de datos en el sistema SPSS estadística descriptiva (medidas de tendencia central, de dispersión de normalidad dentro, posición y tablas de contingencia) y de acuerdo a la naturaleza de la variable se eligieron pruebas paramétricas y no paramétricas.

Gráfico 1. Distribución de porcentaje por sexo

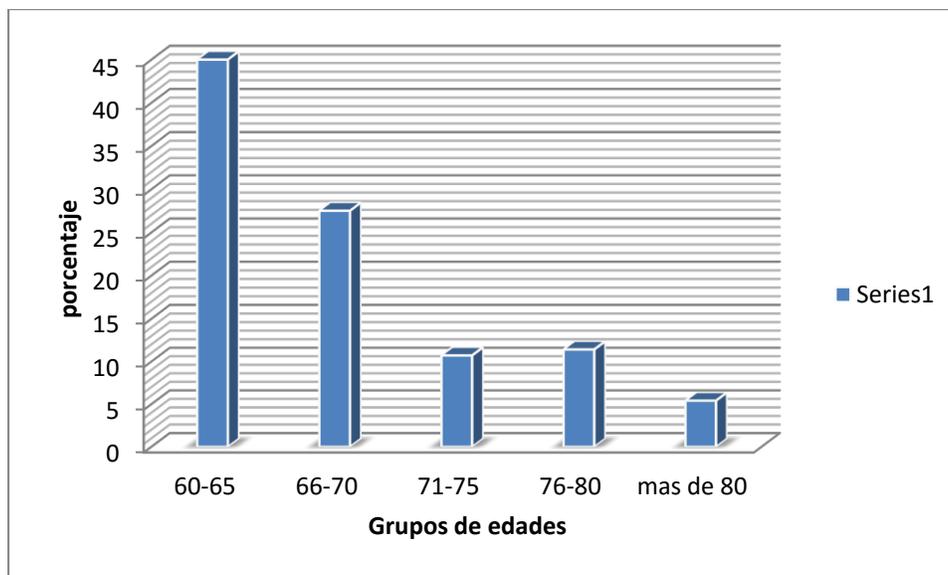


Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia Diagnóstico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

Se consultó un grupo de 149 pacientes adultos mayores en el expediente electrónico con diagnóstico de lumbalgia cuyas edades variaron de los 60 a los 85

años. La población del sexo masculino fue de 20% (30pacientes) mientras que el sexo femenino fue de 80% (119 pacientes)

Gráfico 2. Distribución en grupo de edad

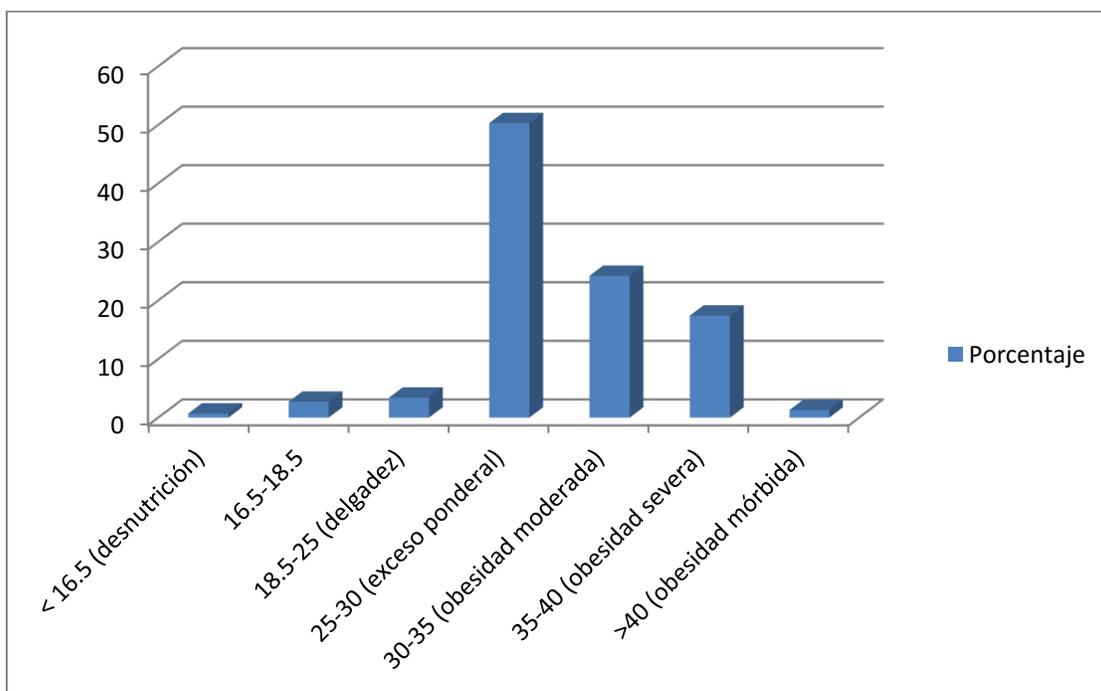


Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia
 Diagnostico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

Respecto a las edades reportadas en nuestro estudio, éstas variaron de los 60 a los 85 años, con una edad promedio de 62, lo anterior se registró como sigue: edades

de 60-65 años 40% (67 pacientes), edades de 66-70 años, 27.5% (41 pacientes), edades de 71-75 años, 10.7% (16 pacientes), edades de 76-80 años 11.4% (17 pacientes), más de 80 años de edad 5.4% (8 pacientes)

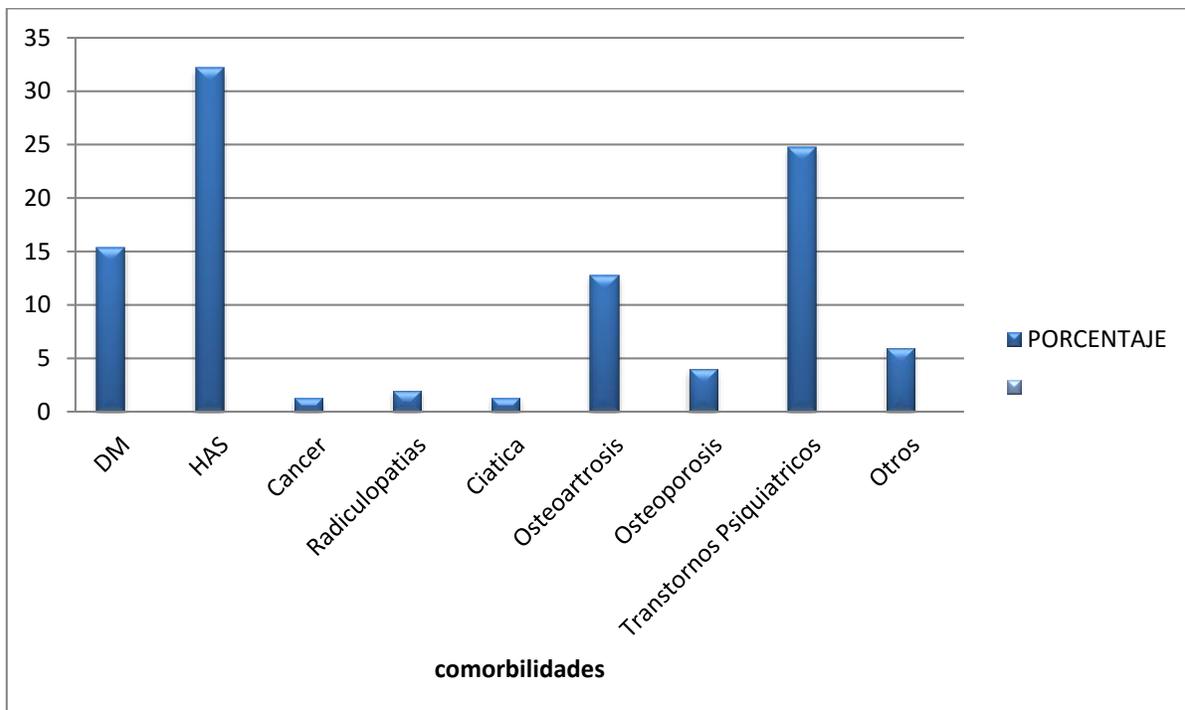
Gráfico 3. Porcentaje de IMC



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia Diagnóstico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

Como se observa en la gráfica, el IMC normal se encuentra mayormente reportado con un porcentaje de 34.8% (52 pacientes) seguido de exceso ponderal con 30.8% (41 pacientes), obesidad moderada 28.1% (42 pacientes), obesidad severa 5.3% (8 pacientes), desnutrición, delgadez y obesidad mórbida se reportaron en 1.3% cada una (2 pacientes cada categoría).

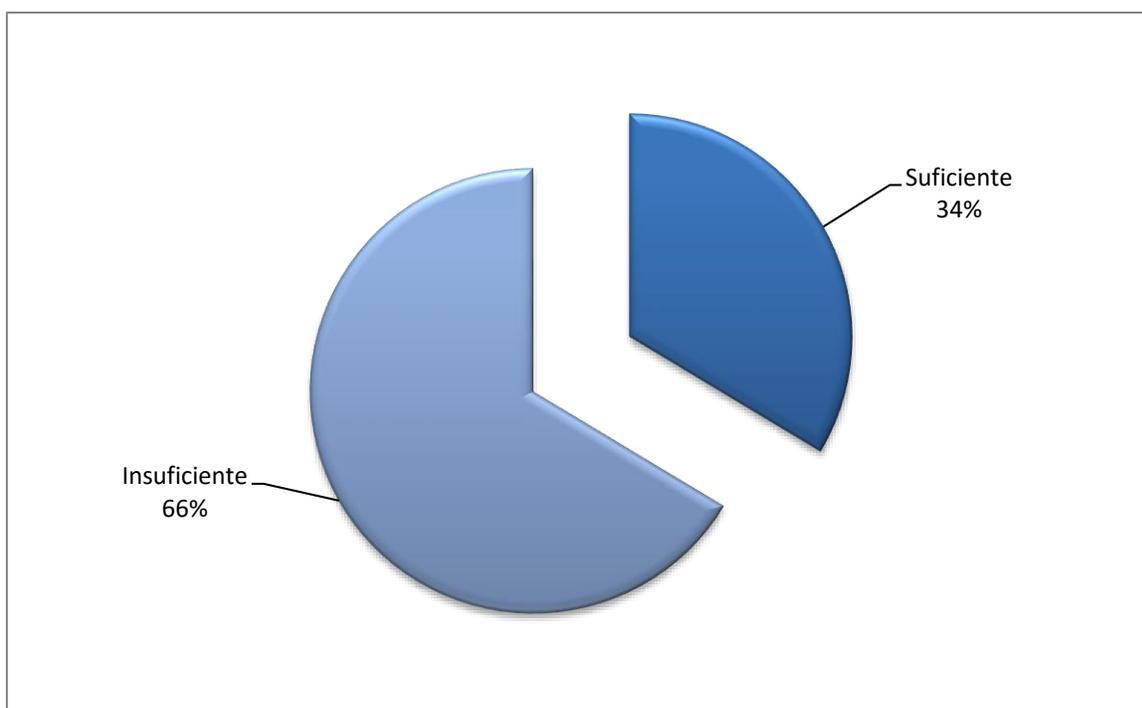
Gráfico 4. Porcentaje de Comorbilidades Reportadas



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia Diagnóstico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

En nuestro estudio se reportó la presencia de varias comorbilidades adjuntas a la lumbalgia, la más reportada fue la presencia de Hipertensión Arterial sistémica 32.2% (48 pacientes), seguida de: Trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, trastorno bipolar) 24.8% (37 pacientes), Diabetes Mellitus 15.4% (23 pacientes) osteoartrósis 12.8% (19 pacientes), otros 6% (9 pacientes) osteoporosis 4% (6 pacientes), radiculopatías 2% (3 pacientes) y cáncer 1.3% (2 pacientes)

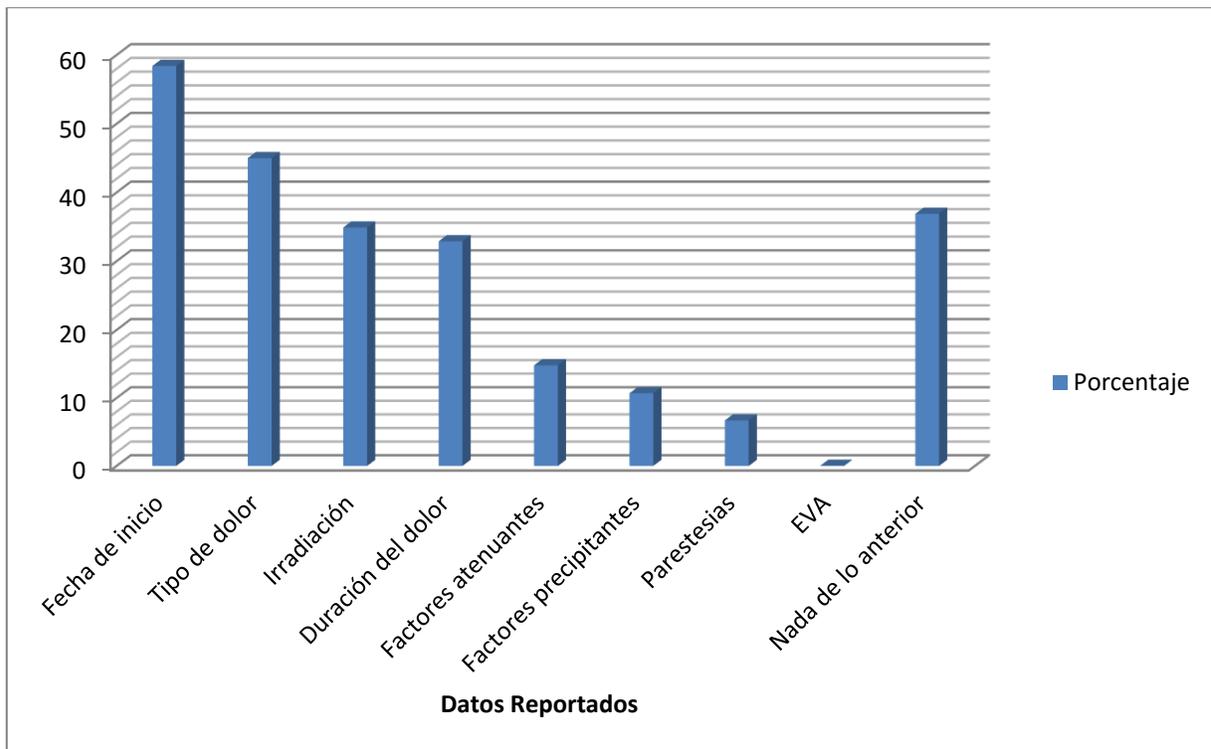
Gráfico 5. Porcentaje de notas con semiología suficiente



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia Diagnóstico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

En el gráfico 5 se observa el porcentaje de notas que reportaron semiología suficiente (cumplir al menos con 4 de los 8 mencionados en el instrumento utilizado en el presente estudio) en el 34% de las notas médicas (50 notas) mientras que el resto 66% (99 notas) reportaron menos de 4 datos de semiología, lo que se consideró como semiología insuficiente para realizar un diagnóstico adecuado.

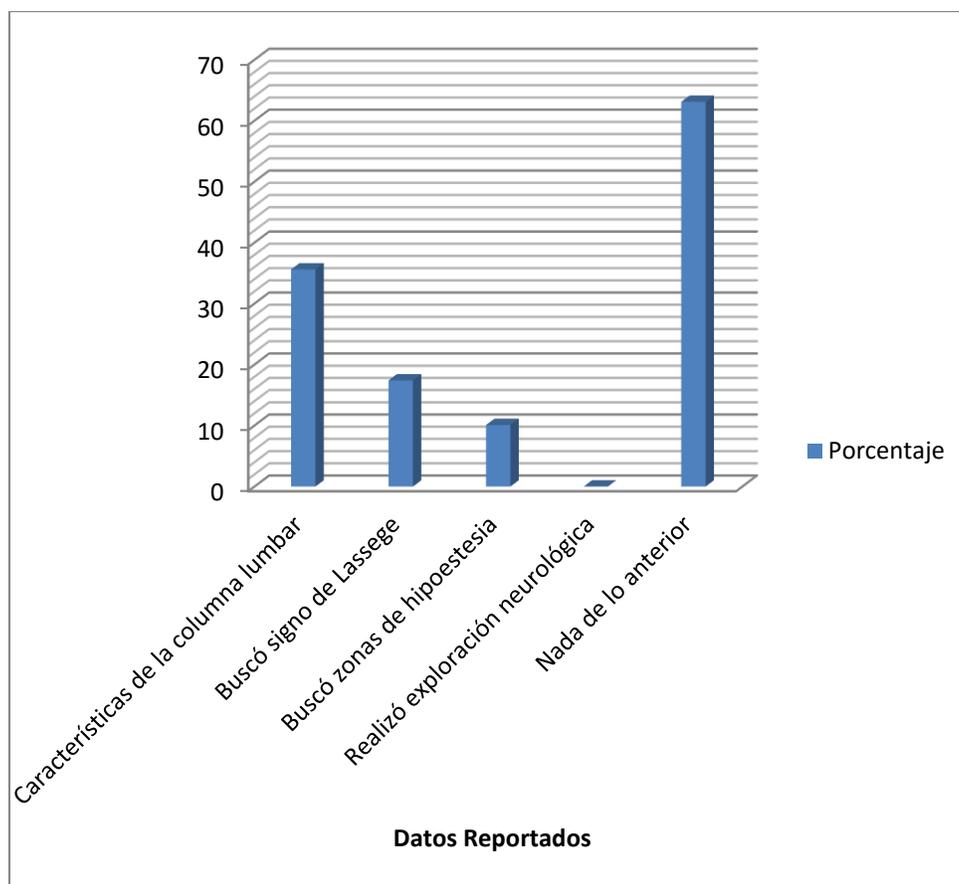
Gráfico 5.1 Porcentaje de datos de semiología específicos reportados en las notas



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia Diagnóstico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

En el gráfico 5.1 se observa de manera específica el porcentaje de cada dato reportado en las notas médicas incluyendo las notas que no reportaron ningún dato de semiología. Obteniendo los siguientes resultados: fecha de inicio del dolor 58.4% (87 expedientes), tipo de dolor 45% (67 notas), irradiación del dolor 34.9% (52 notas) duración del dolor 32.9% (49 notas) factores atenuantes 14.8% (22 notas) factores precipitantes 10.7% (16 notas), parestesias 6.7% (10 notas), escala visual análoga del dolor (EVA) 3.3% (5 notas) notas que no reportaron ningún dato de semiología 36.9% (55 notas). Cabe destacar que las guías refieren que para un adecuado manejo del dolor es necesario clasificar la intensidad del dolor, lo cual no sucedió en la mayoría de las notas, mismas que no reportaron escala visual análoga del dolor (EVA).

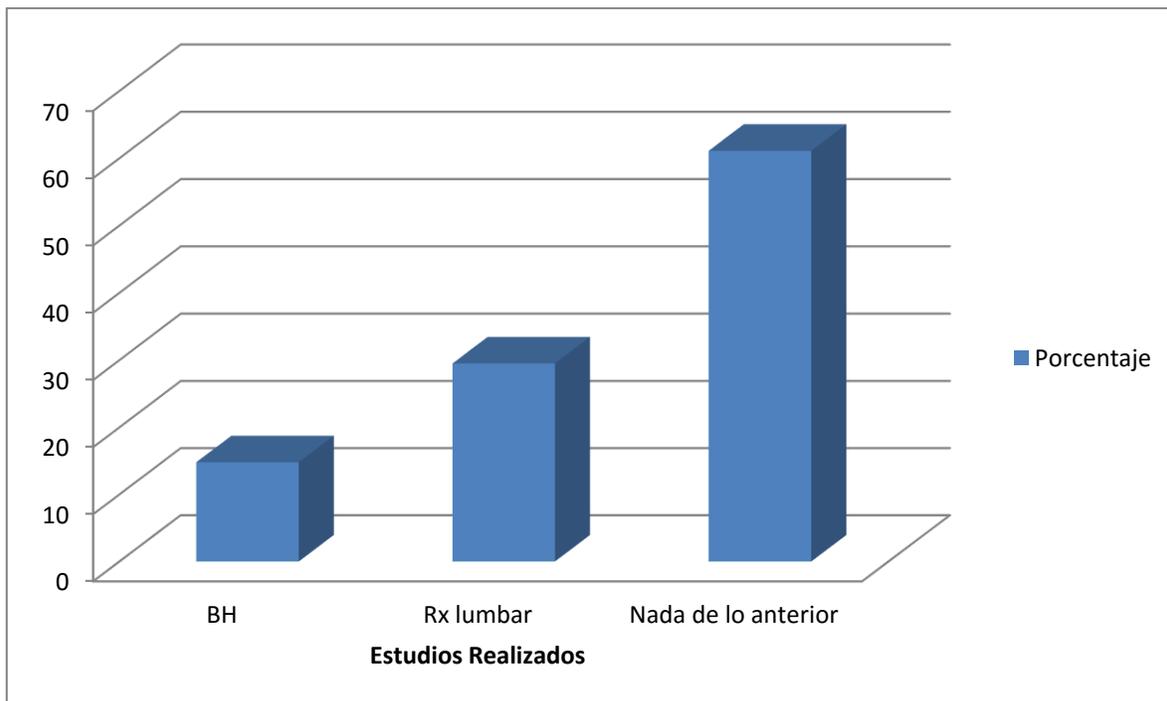
Gráfico 6. Porcentaje de datos de exploración física específicos reportados en las notas



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia
 Diagnostico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

De acuerdo al gráfico 6, en el 63.1% (94 notas) de los expedientes evaluados no se reportó ningún dato de la exploración física. Las características de la columna lumbar fueron reportadas en el 35.6% (53 notas), el 17.4% (26 notas) reportó signo de Lassege, el 10.1% (15 notas) reportó búsqueda de zonas de hipoestésia y en ninguna nota se reportó la exploración neurológica.

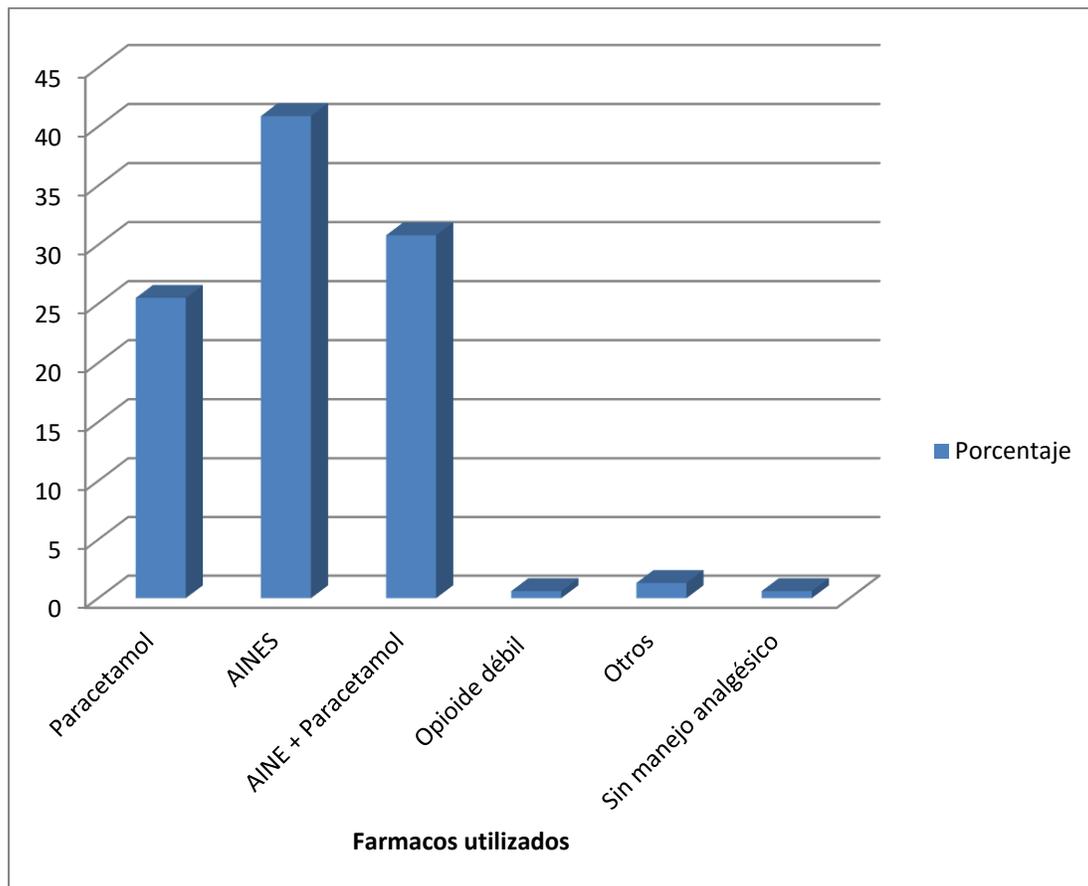
Gráfico 7. Porcentaje de datos de laboratorio y gabinete reportados en las notas



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia
 Diagnostico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

En el gráfico 7 se observan los porcentajes de los datos de laboratorio y gabinete reportados en las notas de los expedientes evaluados obteniendo los siguientes resultados: Se reportó realización y resultados de la biometría hemática en el 14.8% (22 notas) de los casos, se realizó radiografía de columna lumbar en el 29.5% (44 notas) de los expedientes valorados, mientras que en el caso del 61% (91 notas) no se reportó la realización ni solicitud de biometría hemática ni de radiografía de columna lumbar.

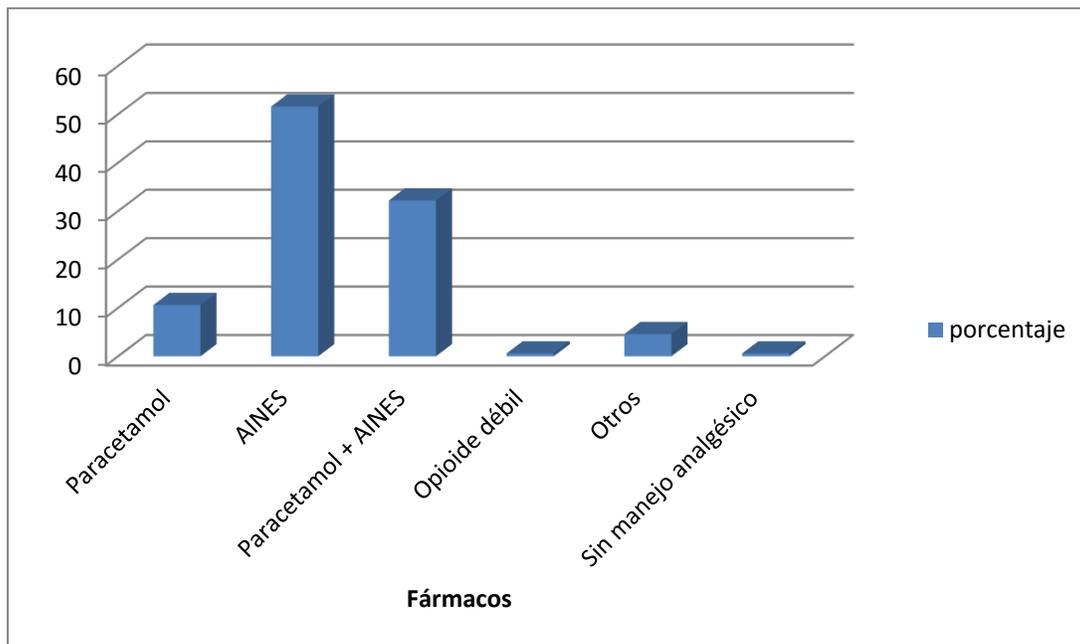
Gráfico 8. Porcentaje de fármacos indicados de manera inicial para el manejo de la lumbalgia



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia
 Diagnostico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

En el grafico 8 se muestra el porcentaje de fármacos indicados de manera inicial para el manejo de la lumbalgia, reportando lo siguiente: se usó paracetamol en el 25.5% de los casos (38 notas), AINES en el 40.9% (61 notas), AINE + Paracetamol 30.8% (46 notas) opioide débil 0.6% (1 nota), otros 1.3% (2 notas) y sin manejo analgésico 0.6% (1 nota).

Gráfico 8.1 Porcentaje de fármacos indicados de manera final/actual para el manejo de la lumbalgia



Fuente: Resultados de cuestionario obtenido del estudio: Congruencia
 Diagnostico- Terapéutica en dolor lumbar crónico en el adulto mayor.

En el grafico 8.1 se muestra el porcentaje de fármacos indicados de manera inicial para el manejo de la lumbalgia, reportando lo siguiente: se usó paracetamol en el 10.6% de los casos (15 notas), AINES en el 51.6% (77 notas), AINE + Paracetamol 32.2% (48 notas) opioide débil 0.6% (1 nota), otros 4.6% (7 notas) y sin manejo analgésico 0.6% (1 nota).

Es importante mencionar que se reportaron otro tipo de tratamientos en menor proporción que los descritos en el gráfico 8 y 8.1 como: manejo con complejo B, celecoxib, envío a traumatología y ortopedia en un 30.7% (20 notas) manejo conjunto traumatología, ortopedia y rehabilitación 28% (18 notas)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

TABLA 1. RAZÓN DE MOMIOS (ANÁLISIS BIVARIADO)

	Tratamiento Incongruente	Tratamiento Congruente	Total
Diagnóstico Incongruente	76	53	129
Diagnóstico Congruente	6	14	20
Total	82	67	149

Intervalo de confianza: 0.95

Tipo: =Odds Ratio

3.35 (95% CI 1.21 – 9.27)

En relación a la razón de momios, existe 3.35 veces más riesgo de recibir un tratamiento incongruente aquellos quienes tienen un diagnóstico incongruente, con significancia estadística al 95%

Chi cuadrada

Se realizó Chi cuadrada para comprobar la validez de la hipótesis nula obteniendo los siguientes valores:

Xi Calculada: 5.99308839

Xi Tabulada: 3.8415

Siendo el valor Xi cuadrada calculada mayor que el de Xi tabulada por lo que la hipótesis nula se rechaza aceptando la hipótesis alterna: “La congruencia diagnóstico-terapéutica será menor al 50% de las notas médicas evaluadas”

DISCUSIÓN

El estudio se llevó a cabo evaluando una cantidad de 149 expedientes de pacientes con diagnóstico de lumbalgia mediante la aplicación de un instrumento elaborado de acuerdo a lo encontrado en la literatura sobre el diagnóstico y terapéutica de la lumbalgia crónica.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través del estudio realizado, identificamos que el género de pacientes afectados por la lumbalgia presenta una mayor afectación para el sexo femenino en un 80% (119 pacientes), mientras que para el sexo masculino equivale al 20% (30 pacientes), contrario a nuestra investigación, en la literatura encontrada, se reporta que la lumbalgia afecta a ambos sexos en proporciones iguales^{15,16}.

La edad media de los pacientes en la literatura suele ser de 67 años, pero también ha aumentado la cantidad de pacientes jóvenes con dolor crónico y se relaciona a los estilos de vida sedentarios, tabaquismo y problemas sociales derivados de la crisis que conllevan un incremento de problemas psicológicos que aumentan la demanda en unidades de primer nivel,^{23,24} en nuestro estudio encontramos que el

grupo de edad mayormente afectado es el que concierne a las edades entre 60-65 años con un 40% (67 pacientes) y se identificó mayor prevalencia en pacientes con IMC normal 34.8% (52 pacientes), a pesar de que dentro de la literatura se asocia el sobrepeso y obesidad a la lumbalgia

La etiología del dolor lumbar es muy amplia y por ello amerita un estudio adecuado para identificar diagnósticos diferenciales, en el caso de nuestra muestra, se incluyen grupos de edad desde los 60 años hasta los 80 dentro de los cuales, las comorbilidades con mayor prevalencia fueron: Hipertensión arterial 32.2% (48 pacientes) seguida de trastornos psiquiátrico, en la literatura consultada se reportan como factores de riesgo de importancia la presencia de problemas emocionales, estrés, ansiedad y depresión ^{16,21} Lo anterior coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio, pues identificamos que en el 28.4% (37 pacientes) se reportó la presencia de trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y trastorno bipolar, cabe destacar que un porcentaje escaso de los pacientes con presencia de dolor lumbar crónico recibió manejo con fármacos antidepresivos mismos que de acuerdo a la literatura están indicados tanto en el manejo del dolor como en el manejo de trastornos del estado del ánimo como depresión y ansiedad. Para dar un adecuado manejo, es necesario elaborar de manera correcta el diagnóstico, y para ello se debe realizar una buena semiología⁵. En nuestro estudio se consideró semiología adecuada aquellas notas que reportaron por lo menos 4 de los 8 datos de semiología del dolor, considerados por la literatura consultada (fecha de inicio del dolor, tipo de dolor, irradiación del dolor, duración del dolor, factores atenuantes, factores precipitantes, presencia de parestesias, EVA). De acuerdo a las referencias

citadas, la intensidad del dolor es la característica más reportada de éste, refiriendo que la adecuada valoración del dolor está altamente relacionada a una analgesia correcta, contrario a nuestro estudio, sólo el 3.3% (5 notas) reportó la escala visual análoga del dolor, y del total de la muestra sólo el 34% (50 notas) reportaron una semiología suficiente. Es importante destacar que del total de la muestra 36.9% (55 notas) no reportaron ningún dato de semiología.

En cuanto a la exploración física, la literatura nos refiere la importancia de realizar la exploración visual para investigar lesiones cutáneas, características de la columna, destacando la importancia de la realización de la exploración neurológica para fortalecer un buen diagnóstico diferencial y asegurar un manejo adecuado²¹. En nuestro estudio, se tomaron en cuenta 4 datos de la exploración física encontrados en la bibliografía revisada; características de la columna lumbar, signo de Lasegge, búsqueda de zonas de hipoestesia, realización de exploración neurológica. Para decir que la nota presentaba exploración física suficiente debía contar con por lo menos 2 datos de la exploración física de los 4 encontrados en la literatura. A pesar de la importancia de la realización adecuada de la exploración física para realizar un diagnóstico correcto y con él un manejo terapéutico eficiente, en nuestro estudio 63.1% (94 notas) no reportó ningún dato de la exploración física en sus notas, el dato más reportado fue la característica de la columna lumbar en un 35.6% (53 nota). Es importante destacar que la realización de una biometría hemática es importante ante la sospecha clínica fundamentada de lumbalgia inflamatoria o sistémica en el caso de los pacientes que presenten antecedente de cáncer, infección, fracturas o artropatías inflamatorias¹⁶ En nuestro estudio, sólo 2

pacientes (1.3%) fueron registrados con diagnóstico de cáncer (gástrico y próstata), sin embargo no contaban con registro de solicitud o resultados de una biometría hemática. De acuerdo a la literatura, la realización de placa de rayos X lumbar es importante para determinar las características de la columna, presencia de listesis, datos de artrosis entre otros, por lo anterior, es de suma importancia la realización de éste estudio para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia^{16,21}. Sin embargo, nuestro estudio reveló, que del total de la muestra, sólo el 29.5% (44 notas) reportó las características del estudio mencionado.

El manejo de la lumbalgia dependerá del diagnóstico etiológico preciso y debe iniciarse con un tratamiento preventivo y conservador, como educación al paciente, manejo postural, todo lo anterior dentro de un programa de educación para la columna²¹, sin embargo, durante la revisión de expedientes con diagnóstico de lumbalgia, no se encontró ninguna nota médica que indicara lo anterior. Luego del manejo conservador, las guías nos refieren que el siguiente paso a seguir es el tratamiento farmacológico, el cual sigue la escalera analgésica de la OMS, la cual inicia con el uso de paracetamol ó paracetamol y ANES, si éste manejo no resulta, a lo anterior debe agregarse el uso de un opioide débil, si éste manejo no fuera suficiente para controlar el dolor debe iniciarse el manejo con opioides potentes y referencia a clínica del dolor¹². Es importante mencionar, que durante el manejo debe de contarse con la participación conjunta del servicio de ortopedia y rehabilitación, claro está que para un manejo adecuado tuvo que existir un diagnóstico correcto, pues de éste dependerá el manejo y la referencia a los servicios pertinentes. En nuestro estudio, la primera medida farmacológica utilizada

fueron los medicamentos tipo AINES en un 40.9% (61 notas) mientras que el paracetamol fue utilizado en un 25.5% (38 notas), de manera subsecuente el paracetamol continuó siendo utilizado en un 10.6% (15 notas) mientras que los medicamentos tipo AINES continuaron siendo utilizados en un 51.6% (77 notas). Es importante mencionar que en la literatura consultada se recomienda el uso de AINES durante periodos cortos y en la menor dosis posible, pues si hablamos de adultos mayores, el riesgo que generar sangrado de tubo digestivo alto se incrementa con el uso de éste tipo de fármacos¹⁶. En nuestro estudio se detectó el abuso de éstos fármacos, puesto que en el 57% (85 notas) se inició con éstos medicamentos y en el 51.6% (77 notas) se persiste con éste manejo a pesar de que no se ha logrado el control de la lumbalgia en éstos pacientes, sin olvidar mencionar que sólo el 30.7% (20 notas) reportan el envío al servicio de traumatología y ortopedia y el 28% (18 notas) reportan el tratamiento conjunto con los servicios de rehabilitación y ortopedia.

En nuestro estudio se corroboró que no existe congruencia diagnóstico terapéutica en el manejo de la lumbalgia crónica en el adulto mayor, existe un abuso importante en el uso de los medicamentos tipo AINES, no hay educación de higiene de columna para los pacientes con éste tipo de patologías y en su gran mayoría no son derivados a los servicios de traumatología y ortopedia, dando como resultado pacientes que persisten con dolor lumbar y que actualmente se encuentran manejados con AINES por periodos prolongados, sin avanzar en la escalera analgésica de la OMS.

CONCLUSIONES

- En nuestro medio, la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda en el Primer Nivel de Atención, constituye una herramienta útil para llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento de la patología en el IMSS.
- Se encontró un porcentaje predominantemente mayor entre las pacientes del género femenino del 80%, en cuanto a grupos de edad, se reportó mayor prevalencia en grupo de edad correspondiente a 60-65 años de edad, respecto a estado nutricional, el 34.8% de los expedientes consultados presentó IMC de 18-25 (normal).
- Las 3 comorbilidades mayormente reportadas fueron Hipertensión Arterial Sistémica con 32.2% seguida de trastornos psiquiátricos con 24.8% posteriormente Diabetes Mellitus con 15.4%
- Del total de la muestra, sólo 34% de las notas reportaron semiología suficiente, dentro de los 4 datos mayormente reportados en las notas médicas encontramos fecha de inicio del dolor 58.4%, tipo de dolor 45%,

irradiación 34.9%, duración del dolor 32.9%, es importante destacar que sólo en el 3.3% de los casos se reportó la escala visual análoga del dolor y 36.9% no reportaron ningún dato de la semiología del dolor.

- Respecto a la exploración física, del total de la muestra 63.1% no reportó ningún dato de la misma, los 2 antecedentes mayormente reportados en las notas médicas fueron: características de la columna lumbar 35.6% y 17.4% reportó búsqueda del signo de Lasegge.
- En cuanto a la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete reportados, del total de la muestra 14.8% solicitó biometría hemática, 29.5% solicitó radiografía lumbar mientras que 61% no solicitó nada de lo anterior.
- Es importante destacar que en el 40.9% de los casos se inicia el manejo con medicamentos tipo AINES y en el 51.6% se continúa utilizando éste tratamiento sin indicación de medicamentos coadyuvantes y sin remisión de los síntomas reportados en las notas médicas.
- Sólo en el 30.7% se reportó envío al servicio de traumatología y ortopedia, mientras que el 28% reportó manejo conjunto entre medicina familiar, rehabilitación y traumatología y ortopedia.
- En la Unidad de Medicina familiar Número 21 entre el 2014 y 2015, de los pacientes adultos mayores diagnosticados con lumbalgia crónica, hubo una congruencia diagnóstico-terapéutica del **9.3%**, el 35.5% de las notas reportaron un diagnóstico incongruente con tratamiento congruente mientras que el **51%** de las notas indicó un diagnóstico incongruente con tratamiento incongruente y el 4% mostró dx congruente con tratamiento incongruente.

SUGERENCIAS

Algunos de los factores predisponentes de la enfermedad, salen de la intervención del Médico Familiar, sin embargo los factores modificables por medio de la detección temprana tienen un impacto, modifica el curso de la enfermedad y favorece a su recuperación; por consiguiente es indispensable reforzar las medidas de detección, de pronóstico y orientación de las posibles complicaciones.

Se ha documentado que el uso de antidepresivos como manejo coadyuvante del dolor de difícil control es efectivo para el tratamiento de éste, se reporta también en la literatura documentada, que los factores emocionales intervienen de forma importante en la percepción del dolor y en un decremento del umbral a la sensibilidad del mismo, por lo que el adecuado control de trastornos del estado del ánimo derivaría en el menor manejo del dolor, por lo que sugerimos un correcto diagnóstico y tratamiento de trastornos como ansiedad y depresión

Se entregarán los resultados del estudio a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21, La directora de la Unidad, Jefes de Departamento y demás autoridades para encontrar un apoyo y seguir algunas acciones como:

- El conocimiento integral de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia en el Primer Nivel de Atención, por parte del sector médico, así como el dar a conocer la escalera analgésica de la OMS, apoyándolos con sesiones académicas en donde se hable de esta y Guías de Práctica Clínica, así como apoyo material para tener al alcance inmediato los documento para su revisión y capacitación continua.
- Una vez dada a conocer la guía y tener una evaluación del correcto conocimiento por parte del personal médico, crear comisiones de supervisión para verificar su adecuado empleo y aplicación.
- Fomentar la comunicación y el desarrollo de una relación médico paciente, basada en empatía, que favorezcan a la comprensión, detección y manejo de la enfermedad.
- Evaluar al paciente de una manera física, psicológica y social para poder identificar qué factores están influyendo en la aparición, recaída y falta de recuperación en la patología
- Fomentar el autocuidado como medida preventiva para su salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ McQuay H, Moore A, Justine D. Fortnightly review: treating acute pain in hospital. *BMJ* 1997;314:1531-1535.
- ² Idvall E, Berg K, Unosson M, Brudin L. Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. *J Eval Clin Pract* 2005;11:444-451.
- ³ Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy pain 1979;6:249-252
- ⁴ Turk DC, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser JD, ed. *Bonica's Management of Pain*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins;2001. pp. 17-24.
- ⁵ Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Ochoa-Carrillo F, Fernández-Orozco A, Bernal-Sahagún R. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en cáncer. *Cir Ciruj* 2006;74:381-396.
- ⁶ Ferrante FM, Bedder M, Caplan RA, Task Force on Pain Management. Practice guidelines for cancer pain management: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Cancer Pain Section. *Anesthesiology* 1996;84:1243-1257.
- ⁷ Ducharme J. Acute pain and pain control: state of the art. *Ann Emerg Med* 2000;35:592-603.
- ⁸ Uriah Guevara López: *Manual de Cuidados Paliativos* editorial Corinter México 2011 pp 11-51
- ⁹ Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Hernández-Ortiz A. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Cir Ciruj* 2005;73:393-404
- ¹⁰ Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Delille-Fuentes R, Hernández-Ortiz A, Carrillo-Esper R, Moyao-García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cir Ciruj* 2005;73:223-232.
- ¹¹ National Health and Medical Research Council. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. NHMRC, Canberra, Australia;1999.
- ¹² American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2004;100:1573-1581
- ¹³ Praemer A, Furnes S, Rice D (1992). Musculoskeletal conditions in the United States. *American Academy of Orthopedic Surgeons Rosemont*.: 23-33.
- ¹⁴ Cassidy JD, Cote P, Carroll LJ, et al (2005). Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine*. 30: 2817-2823.
- ¹⁵ Kroenke K, Bair M, Damush T, et al (2009). Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 301 (20): 2099-2110.
- ¹⁶ Hayden J, van Tulder MW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. 2011
- ¹⁶ Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2009
- ¹⁷ López Roldan V, Oviedo Mota M, Guzmán González JM, Ayala García Z, Ricardez Santos G, Burillo Bauret E, et al. Guía clínica para la atención del síndrome lumbar doloroso. *Rev Med IMSS*. 2003;41(supl):S123-S130.
- ¹⁸ Buil Cosiales P, Gurpegi Resano JR, Pascual Pascual P, Gimeno Aznar A, Lizaso Bacaicoa J, Loayssa Lara R, et al. La lumbalgia en atención primaria: Guía de actuación. Navarra: Servicio Navarro de Salud; 2000.
- ¹⁹ Salazar A, Muñoz J (2005). Tratamiento de la lumbalgia en el primer y Segundo nivel de atención. *Revista Cochrane*.:1-7.

- ²⁰ Jeison Aguilar Rivera :Manejo inicial del paciente con lumbalgia revista médica de Costa Rica y Centro América LXX (607) 483 - 489, 2013
- ²¹ Uriah Guevara López: medicina del dolor y paliativa segunda edición editorial Corinter México 2008 pp 363-403
- ²² <http://www.spine-health.com/espanol/lumbalgia/la-lumbalgia-en-los-adultos-mayores> consultado el día 5 de mayo del 2015
- ²³ Revisión Bibliográfica: Antidepresivos, sus indicaciones en dolor y cuidados paliativos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” Departamento de Medicina del dolor y Paliativa, disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/art38.asp> consultado en julio 2015
- ²⁴ F. Torre-Mollinedo, J.J. Azkue, A. Callejo-Orcasitas, *et. Al*: Analgesicos coadyuvantes en el tratamiento del dolor. Gac Med Bilbac. 2007; 104: 156- 164.
- ²⁵ Cruz-Medina, E., Coronado-Zarco, R., Arellano-Hernandez A., Nava-Bringas, T., Rodriguez-Leyva, J., & Esparza-Ramos, S.. (2014). Adaptación al español para la población mexicana con radiculopatía lumbar de la Escala de Evaluación Estandarizada del Dolor (StEP). Julio-Agosto, 2014, de Acta Ortopedica Mexicana Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2014/or144f.pdf>
- ²⁶ Ruiz, J., Reyes, E., Muñoz, F., & Perez, J.. (2014). Conocimientos y Actitudes Sobre Lumbalgia de Médicos Basados en la Guía de Practica Clínica . 2014, de Hospital Angeles Tijuana Sitio web: http://www.plataformainteractiva2.com/coluna/html/revistacoluna/volume13/coluna_v13n2_p116-119.pdf
- ²⁷ Peydro MF, López J. Cortes A, Vivas MJ, Garrido JD, Tortosa L. Análisis cinético y cinemático del gesto «levantarse de una silla» en pacientes con lumbalgias. Rehabilitación 2011; 42(2): 99-105.
- ²⁸ Casazza BA. Diagnosis and Treatment of Acute Low Back Pain. Am Fam Physician 2012; 85(4): 343-350
- ²⁹ Lamar DR. Low Back Pain: An Approach to Diagnosis and Management. Prim Care Clin Office Pract 2010; 37: 729-41.
- ³⁰ Corwell BN. The Emergency Department Evaluation, Management, and Treatment of Back Pain. Emerg Med Clin N Am 2010; 28: 811-39
- ³¹ Lawry GV. The Regional Musculoskeletal Examination of the Low Back. En Lawry. Systematic Musculoskeletal Examinations. [En línea].United States of America: McGraw-Hill; 2012. [Fecha de acceso 29 de Junio de 2015]. URL disponible en: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aid=55741860>.
- ³² Beth Smith ME, Chou R, Devo R. Low Back Pain. En Henderson M, Tierney L. Smetana G. The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis. [En línea]. United States of America: McGraw-Hill; 2012. [Fecha de acceso 05 de Julio de 2015]. URL disponible en: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aid=56856507>

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE NOTAS MÉDICAS PARA LA
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO**

**“CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICA EN DOLOR
LUMBAR CRÓNICO EN EL ADULTO MAYOR”**

Nombre del paciente:

FOLIO: _____

NSS

Sexo _____ edad _____ peso _____ talla _____ IMC _____

Fecha de la nota _____ Signos Vitales TA ___/___ FC _____ FR _____ T _____

APP: DM _____ HAS _____ CA _____ radiculopatías _____ Ciática _____ AR _____ OA _____
osteoporosis _____ retención urinaria _____ otro _____

¿Presenta dolor lumbar? Si _____ No _____ ¿la nota presenta Semiología del dolor?: si _____ no _____

¿La nota presenta los siguientes datos de semiología del dolor?: fecha de inicio del dolor _____ tipo de dolor (opresivo, ardoroso, quemante, lacerante) _____ irradiación del dolor _____ duración del dolor _____ factores atenuantes _____ factores precipitantes _____ ¿Se preguntó por la presencia de parestesias?

¿La nota presenta los siguientes datos de exploración física? Características de la columna lumbar _____ ¿se buscó el signo de lassege? _____ ¿se buscaron zonas de hipoestesia o anestesia? _____ ¿se describe la exploración neurológica?

¿se realizaron los siguientes estudios de laboratorio y gabinete?: Placa de rayos X lumbar AP y lateral _____ BHC _____

Diagnostico final : lumbalgia: aguda_____ subaguda _____ crónica_____ no se clasificó_____

Tratamiento inicial del paciente: paracetamol_____ AINES_____ Opioides débiles_____ envío a clínica del dolor_____ relajantes musculares_____ reposo_____ otro_____

Tratamiento Actual del paciente: paracetamol_____ AINES_____ Opioides débiles_____ envío a clínica del dolor_____ relajantes musculares_____ reposo_____ otro_____

OBSERVACIONES: _____

ESCALERA (ESCALA) ANALGESICA DE LA OMS

TABLA II			
Escala analgésica de la O.M.S.			
Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
-----	Escalón I	-----	
Paracetamol AINE Metamizol	- Codeína Tramadol	-- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

TABLA III

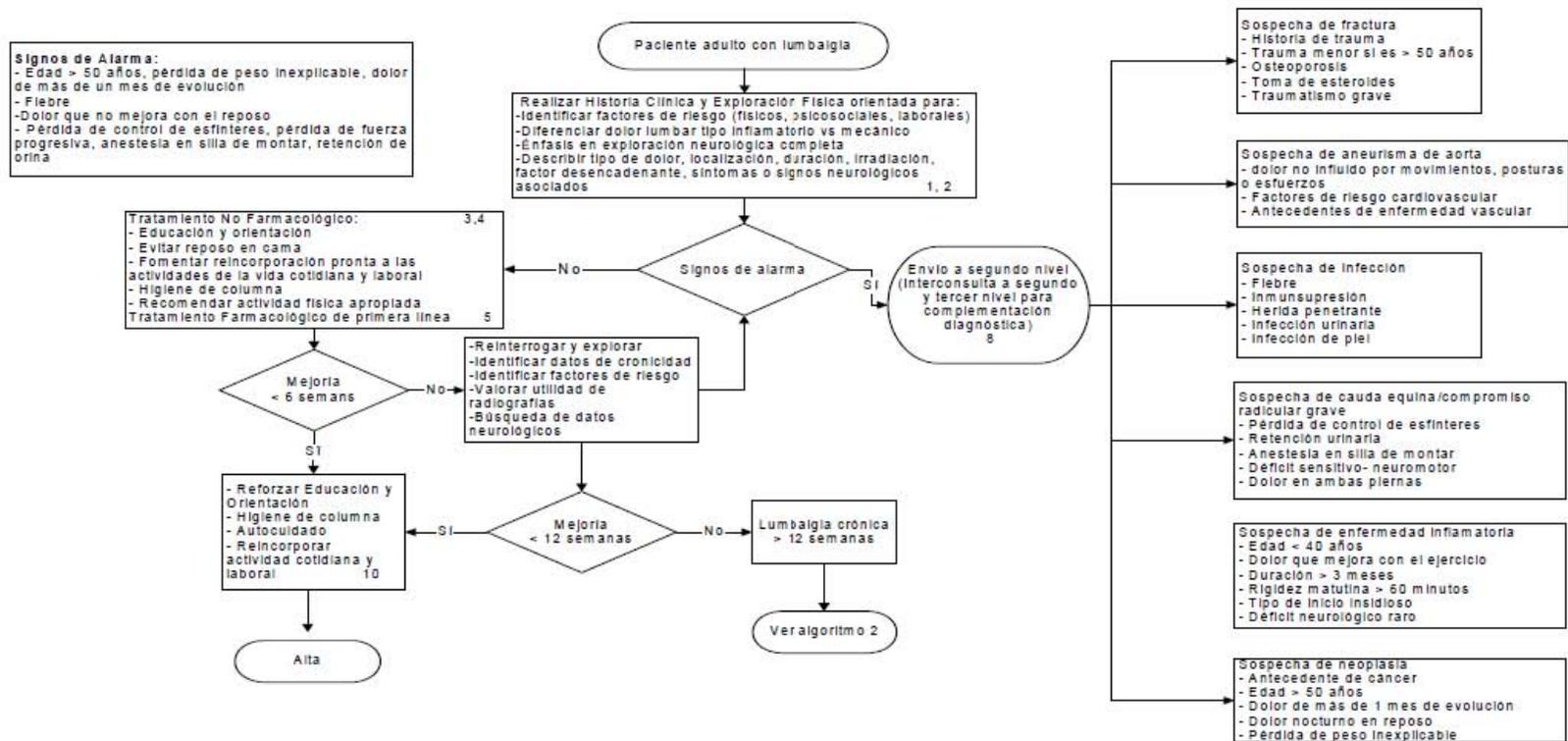
NCI common toxicity criteria (CTC) version 2.0

Toxicity	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
pain due to radiation	none	mild pain not interfering with function	moderate pain: pain or analgesics interfering with function, but not interfering with activities of daily living	severe pain: pain or analgesics severely interfering with activities of daily living	disabling

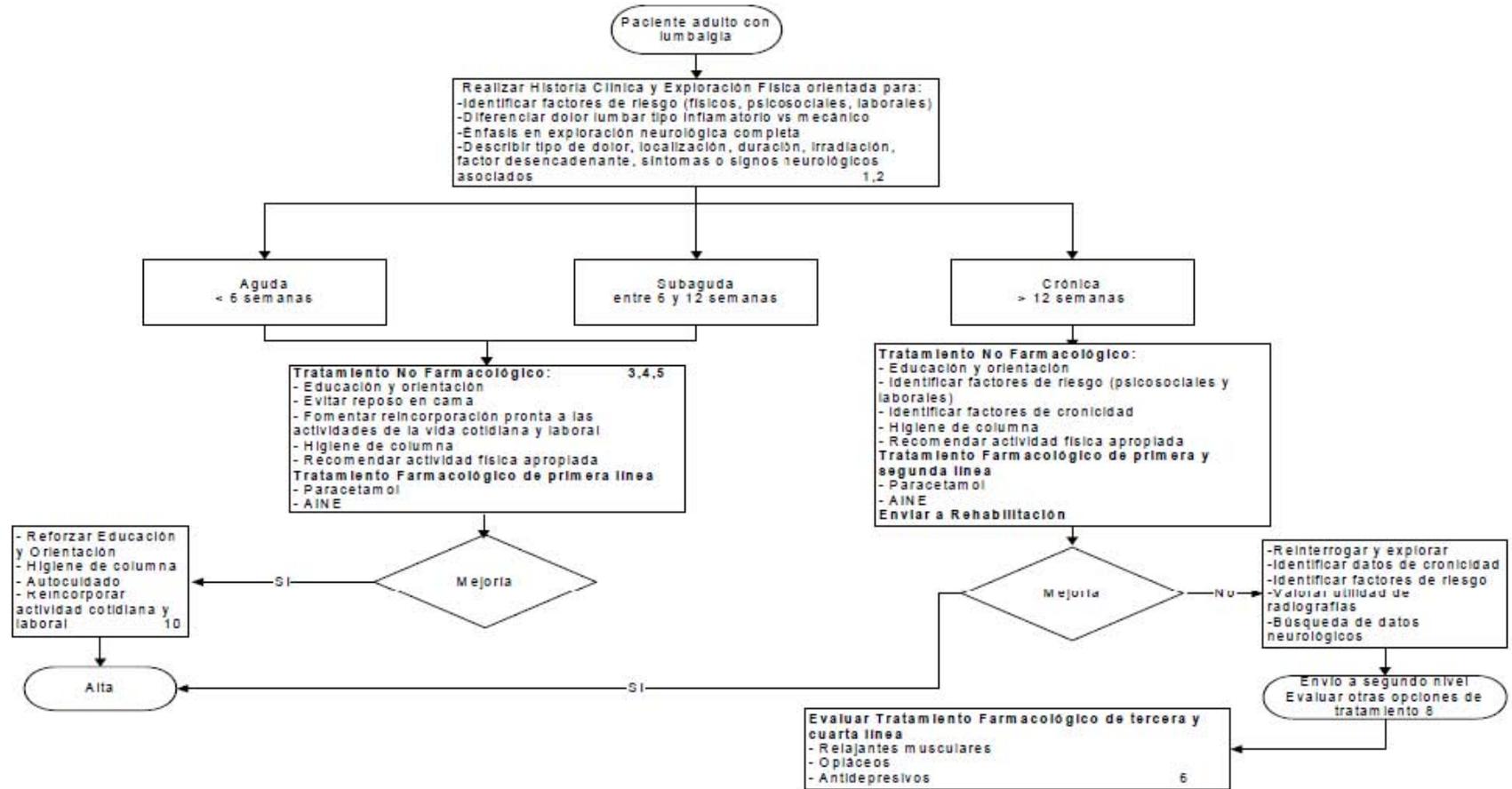
ALGORITMOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA SOBRE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCION DE LA LUMBALGIA AGUDA Y CRONICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

ALGORITMOS

ALGORITMO EVALUACIÓN INICIAL Y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE ADULTO CON LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA



ALGORITMO TRATAMIENTO DE LUMBALGIA AGUDA, SUBAGUDA Y CRÓNICA



CRONOGRAMA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

Elaborado por:

Dr. Jorge alejandro Alcalá Molina* Dra. Leonor Campos Aragón** Dra. Danae Sofía Gómez Lamont***

ACTIVIDADES		Marzo 2015	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016
Identificación del problema	P	X										
	R	X										
Elaboración de marco teórico	P	X	X									
	R	X	X									
Elaboración de hipótesis	P	X	X									
	R	X	X									
Elaboración de objetivos	P		X									
	R		X									
Definición de variables	P	X	X									
	R	X	X									
Elección del método de estudio	P			X								
	R			X								
Identificación de la población	P			X								
	R			X								
Solicitud y acceso a base de datos	P				X							
	R				X							
Búsqueda y acceso a expedientes, selección de casos	P					X						
	R											
Evaluación de expedientes							X	X				
Captura de información	P								X	X		
	R											
Análisis de información y resultados	P									X	X	
	R											
Publicación y entrega de trabajo	P											X
	R											

