



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO  
DE MEXICO Y MUNICIPIOS

**IDENTIFICACION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO  
ACERCA DE LA LUMBALGIA Y SU MANEJO EN  
MEDICOS DE LAS CLINICAS ALFREDO DEL MAZO  
VELEZ Y SANTIAGO TIANGUISTENCO.**

TRABAJO DE TESIS QUE PARA OPTAR POR EL  
GRADO DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

***MC. CONSUELO SILVIA ARELLANO  
FLORES***

**ISSMym**

TOLUCA, MEXICO, 2019



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.

IDENTIFICACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO  
ACERCA DE LA LUMBALGIA Y SU MANEJO EN LOS  
MÉDICOS DE LAS CLINICAS ALFREDO DEL MAZO  
VELEZ Y SANTIAGO TIANGUISTENCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**MC. CONSUELO SILVIA ARELLANO FLORES**


AUTORIZACIONES



**M.ESP. M.F. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY**  
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR ADJUNTO DEL  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
SEDE HOSPITAL MATERNO INFANTIL



**M. ESP. M.F. MARTHA BERENICE HERNANDEZ  
MIRANDA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR SEDE  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL




FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO  
CARRANZA DE MEDICINA FAMILIAR

**IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO  
ACERCA DE LA LUMBALGIA Y SU MANEJO EN LOS  
MÉDICOS DE LAS CLINICAS ALFREDO DEL MAZO  
VELEZ Y SANTIAGO TIANGUISTENCO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**MC. CONSUELO SILVIA ARELLANO FLORES  
AUTORIZACIONES**



**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN  
SALUD**



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

RESUMEN

**IDENTIFICACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO  
ACERCA DE LA LUMBALGIA Y SU MANEJO EN LOS  
MÉDICOS DE LAS CLINICAS ALFREDO DEL MAZO  
VELEZ Y SANTIAGO TIANGUISTENCO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**MC. CONSUELO SILVIA ARELLANO FLORES**

AUTORIZACIONES




**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MÉDICA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**INTRODUCCION:** En la población el 84% de las personas padecerán lumbalgia en algún momento de su vida, se presenta entre los 20- 59 años, con mayor frecuencia a los 30 años de edad, limitando la actividad física diaria a los 45 años de edad, y ocasionando incapacidad laboral importante, es un padecimiento mal diagnosticado en su etapa aguda y por lo tanto mal tratado en primer nivel de atención, de ahí la importancia de determinar el nivel de conocimiento de esta patología en las clínicas de consulta externa.

**MATERIAL Y METODOS:** es un estudio descriptivo, transversal y observacional, con la población de médicos generales de las clínicas Alfredo del Mazo y Santiago Tianguistenco del ISSEMyM, utilizando un instrumento propio validado por médicos familiares tras la prueba piloto.

**RESULTADOS:** De la CRST participaron 15 médicos (60%) y de la CCE AMV 10(40%) si bien el (56%) de los médicos entrevistados sabe el primer abordaje del padecimiento y exploración física, es preocupante saber que existe desconocimiento en las indicaciones para realizar el primer abordaje clínico y radiológico, así también como el manejo de primera línea donde únicamente el 64% lo identifica, y el 52% utiliza los ejercicios de prevención y rehabilitación.

**CONCLUSIONES:** se evidencia una realidad del primer nivel de atención ya que a pesar de que la lumbalgia es un padecimiento muy frecuente, la mayoría de los médicos que atienden esta enfermedad no cuentan con conocimientos bien cimentados y claros a cerca del manejo que deben llevar los pacientes para evitar cronicidad.

**INTRODUCTION:** in the population 84% of people will endure back low pain in some moment of his life, it presents to itself between the 20- 59 years old, the majority to the 30 years old, limiting the daily physical activity to 45 years old, it is a suffering evil diagnosed and therefore bad agreement in his initial stages in the first level of attention, for this the importance to determinate the level of knowledge of this pathology in the practice of extern consultation.

**MATERIAL AND METHODS:** this a descriptive, transverse and observacional study, with the population of interviewed doctors know the first clinical collision about back low pain and the physical exploration.

**RESULTS:** is worrying to know that exist ignorance in the indications to tfirts clinical diagnosis and radiology diagnosis, and the treatment the first line where only the 64% can identificate it, and the 52% use the prevent exercises and rehabilitation.

**CONCLUSIONS:** is evident the reality in the first clinical attention, because the back low pain is a frequently illness, the majority doctors don`t have the basic knowledge about the treatment to avoid chronic illness.

## INDICE

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 1      | MARCO TEORICO   | 1  |
| 1.1.   | LUMBALGIA   | 1  |
| 1.2    | DATOS DE LABORATORIO  | 4  |
| 1.3    | ESTUDIOS DE IMAGEN  | 4  |
| 1.4    | MEDIDAS HIGIENICAS Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO                    | 6  |
| 1.5    | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA  | 11 |
| 1.6    | JUSTIFICACION   | 13 |
| 1.7    | OBJETIVOS   | 14 |
| 1.7.1  | OBJETIVO PRINCIPAL  | 14 |
| 1.7.2  | OBJETIVOS SECUNDARIOS   | 14 |
| 2      | MATERIAL Y MÉTODOS  | 14 |
| 2.1    | TIPO DE ESTUDIO   | 14 |
| 2.2    | DISEÑO DE ESTUDIO   | 14 |
| 2.3    | POBLACION, LUGAR Y TIEMPO   | 15 |
| 2.4    | TIPO DE MUESTRA   | 15 |
| 2.6    | DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES                    | 15 |
| 2.7    | DISEÑO ESTADÍSTICO  | 16 |
| 2.8    | INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS                               | 16 |
| 2.9    | MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS                                    | 16 |
| 2.10   | MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS                          | 16 |
| 2.10.1 | SESGOS DE INFORMACIÓN   | 16 |
| 2.10.2 | SESGOS DE SELECCIÓN   | 17 |
| 2.10.3 | SESGOS DE MEDICIÓN  | 17 |
| 2.11   | PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS                                       | 17 |
| 2.12   | CRONOGRAMA  | 17 |
| 2.13   | RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO | 18 |
| 2.14   | CONSIDERACIONES ÉTICAS  | 18 |
| 3      | RESULTADOS  | 19 |
| 4      | DISCUSION   | 25 |
| 5      | CONCLUSION  | 29 |
| 6      | REFERENCIAS   | 32 |
| 7      | ANEXOS  | 34 |

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1 LUMBALGIA

La lumbalgia es conceptualizada como el dolor localizado en la parte baja de la espalda o columna lumbar, el segmento constituido por cinco vértebras lumbares y la musculatura regional con o sin irradiación a una o ambas piernas, comprometiendo estructuras ligamentarias y osteomusculares; dado que la región lumbar tiene mayor capacidad de movimientos (flexión, extensión, flexión lateral y rotación) esto la hace más vulnerable a la limitación funcional que engloba el ausentismo laboral. Se puede clasificar de diferentes maneras: por su fisiopatología puede ser no radicular y radicular, de acuerdo con el tiempo de evolución en aguda que generalmente es de origen mecánico y crónica que se debe a la carga y no al aumento del movimiento. <sup>1</sup>

Dentro de la Fisiopatología tenemos que de acuerdo a la Revista Española de Reumatología, es importante destacar la biomecánica de la columna lumbar que está compuesta por la Unidad Funcional Espinal de la Espalda y a su vez la integran: dos vértebras adyacentes, un disco intervertebral y sus segmentos de unión en donde se emplea mayor esfuerzo o carga al realizar diferentes movimientos o posiciones que pueden desencadenar el dolor en esta área de la columna, comenta también que hay principales movimiento generadores de esta sintomatología y son los siguientes: movimientos en flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico duro con repetición, trabajo en un medio con vibraciones y trabajo en posturas estáticas. <sup>2</sup>

La lumbalgia aguda: cuando el dolor dura menos de 6 semanas, se define como un cuadro doloroso agudo que cursa con rigidez vertebral local, acompañada de contractura muscular paravertebral.

La lumbalgia subaguda: cuando el dolor dura de 6-12 semanas.

La lumbalgia crónica: más de 12 semanas con dolor, posterior a episodio agudo, es un cuadro recurrente, estacional, con dolor vago y difuso y que aumenta con esfuerzos y sedestación prolongada. <sup>3</sup>

Otra clasificación para la lumbalgia es: de acuerdo a la etiopatogenia.

Lumbalgia mecánica:

-alteraciones estructurales: discales (no irradiado, irradiado), facetario, estenosis del canal, espondilólisis y espondilolistesis, escoliosis y síndrome de la cauda equina.

-sobrecarga funcional y postural.

Lumbalgia no mecánica:

-inflamatoria: espondiloartropatías.

-infecciosa

-tumoral: óseos benignos y malignos, metástasis vertebrales, tumores intrarraquídeos.

Se considera a esta patología como un problema de salud pública, por lo que afecta entre 80 y 90% de la población en algún momento de la vida, debido a esto es causa importante de ausentismo laboral e incluso incapacidad permanente, no discrimina entre géneros y la edad de presentación más frecuente es de 30 a 50 años. <sup>4</sup>



La Organización Mundial de la Salud ha informado que 10% de la población general presenta algún grado de discapacidad, donde el 7% corresponde a padecimientos neuromusculoesqueléticos, en especial por lesión lumbar afecta a 30% de los trabajadores activos. <sup>5</sup>

En las sociedades occidentales, la incidencia de lumbalgia varía entre el 60 y el 90% (2) y los datos advierten que entre el 55 y el 80% de las personas se verán incapacitadas al menos una vez en la vida debido al dolor lumbar. <sup>6</sup>

En España según el Instituto de Rehabilitación de Madrid el 25% de los accidentes de trabajo desencadenan el diagnóstico de lumbalgia por esfuerzo, en Estados Unidos representa el 14% y en Gran Bretaña el 26%.<sup>7</sup>

En México las patologías lumbares son la séptima causa de ausentismo laboral y 13% de la población acude a consulta por esta patología. A pesar de ser una enfermedad frecuente en nuestro país existe escasa información epidemiológica de su sintomatología y sus consecuencias.

Se conocen factores de riesgos para desarrollar afecciones a columna lumbar, entre ellos: la edad, género, peso, tabaquismo, grado de actividad física, fuerza muscular, mobiliario escolar y manera de sentarse, uso de mochila, factores psicosociales como estrés y depresión.

La lumbalgia como patología frecuente en el medio laboral, de manera aguda se considera un padecimiento meramente clínico para su diagnóstico y de acuerdo a esto es su manejo, ya en la patología crónica, la clínica sigue siendo la piedra angular para su determinación pero dependiendo del tiempo de cronicidad serán necesarios estudios complementarios para la valoración del tratamiento.

Alrededor del 90% de los casos el dolor lumbar dura menos de 6 semanas y es autolimitado, pero es probable que el porcentaje de casos crónicos o recurrentes sea bastante mayor, y que en realidad lo que suceda es que el paciente deja de acudir al médico aunque el dolor no desaparezca por completo. Una revisión sistemática, realizada en 2003, concluyó que el nivel de dolor y discapacidad disminuye claramente el primer mes, y que a lo largo de este periodo la mayoría de los pacientes (82%) vuelven al trabajo, aunque el riesgo de recurrencia llega al 26% en los 3 primeros meses y alcanza incluso el 84% en los estudios a 12 meses.

La lumbalgia es el dolor crónico más frecuente, así como la patología que produce mayor incapacidad en términos de «años vividos con discapacidad», y la sexta en cuanto a carga total de la enfermedad expresada en «años de vida ajustados por discapacidad». <sup>8</sup>

Dentro de la semiología de lumbalgia es importante destacar el origen del dolor y discernir el área en específico que lo ocasiona, ya que de esto depende el tipo de dolor que ocasione, además se debe identificar la duración para tomar en cuenta la cronicidad, la irradiación del dolor nos especifica si la lesión es a nivel de L5-S1 esta será a la parte posterior del muslo, la pierna y zona glútea que generalmente es unilateral, por lo tanto es importante distinguir si el dolor proviene de afección neuropática o vascular. Las situaciones exacerbantes de la lumbalgia radican a la marcha, al toser o estornudar y además este disminuye al flexionar la extremidad afectada, regularmente la lumbalgia se puede acompañar de trastornos sensitivos y debilidad muscular.

El dolor mecánico se encuentra en más del 90% de los pacientes, definido como dolor de carga y al movimiento, exacerbado con esfuerzos y determinadas posturas, disminuido con la descarga y

reposo, este dolor también se puede irradiar a las nalgas, inglés y cara posterior de los muslo, mientras que el dolor irradiado inicia en el miembro inferior y precede a lumbalgias recidivantes, se acompaña de trastornos sensitivos y en ocasiones motores.

El dolor no mecánico se caracteriza por su aparición diurna y nocturna, persistente y se incrementa a lo largo de la noche, y el dolor miofascial lumbar comienza gradualmente después de acostarse o sentarse, se agrava con el frío y mejora con el calor y movimiento

Cabe destacar que la parte fundamental del seguimiento, diagnóstico y tratamiento de esta patología radica en el examen físico que se le realiza al paciente, el cual se debe de realizar con miembros inferiores descubiertos, verificando hemicinturas al mismo nivel, además evaluando los arcos de movimiento, flexionando la columna hacia adelante y al lado, extendiendo y rotándola para verificar que no haya limitaciones al movimiento, se debe realizar la evaluación neurológica de miembros inferiores verificando fuerza, reflejos, signo de Babinski y sensibilidad.

Dentro de la exploración y la diferenciación de la sintomatología de origen lumbar y de origen de cadera, se deben de realizar las siguientes Maniobras:

**Patrick:** con el muslo y la pierna flexionados a 90 grados, el examinador rota interna y externamente la cadera del paciente, que al producir dolor o restricción del movimiento se diagnostica enfermedad de cadera.

**Percusión del talón:** el examinador percute el talón del paciente con el puño mientras se mantiene la pierna extendida, al producir dolor se realiza diagnóstico de afección de cadera.

Discriminación de valoración para hernia discal:

**Naffziger:** el paciente localiza el área dolorosa, luego se comprimen las venas yugulares por cerca de 10 segundos hasta que la cara de la persona comience a enrojecer, en ese momento se le pide que tosa y si esta tos causa dolor, se diagnostica patología intratecal por hernia discal.

**Valsalva:** se pide que se haga fuerza como si fuera a defecar, lo que ocasiona dolor por aumento intratecal.

Evaluación del dolor sacroilíaco:

**Signo de Gaenslen:** con el paciente acostado se le pide que junte las piernas, que las flexione y trate de pegarlas al tórax, el examinador lleva al borde de la camilla al paciente a modo que el glúteo afectado quede sin soporte, en ese momento el paciente extiende el miembro inferior, el examinador hace presión hacia abajo sobre el muslo, si se identifica dolor hay compromiso sacroiliaco.

Evaluación de radioculopatía lumbosacra:

**Signo de Lasègue:** paciente acostado en la camilla con el miembro inferior a evaluar extendido, el examinador flexiona pasivamente la cadera del paciente entre 30 y 60 grados, es positivo se en este momento el paciente presenta dolor debajo de la rodilla.

Existen maniobras vertebrales como la compresión axial, maniobra de Soto Holl-Neri, maniobra de Godhwait, maniobra de Lewin, aunque todas estas son inespecíficas.

Tabla 1.

| NERVIO | SINTOMAS  | SIGNOS   | REFLEJO OSTEOTENDINOSO |
|--------|---|--|------------------------|
| L2-L4  | Dolor agudo lumbar e irradiado a cara anterior de muslo hasta la rodilla, cara anterior de pierna hasta maléolo interno | Disminución con flexión de cadera, extensión de rodilla y abducción de pierna            | Déficit rotuliano      |
| L5     | Dolor lumbar e irradiado a cara anterolateral de pierna, dorso de pie a dedo gordo                                      | Disminución dorsiflexión de pie, inversión y eversión de pie<br>Extensión de dedo gordo  |                        |
| S1     | Dolor irradiado a cara posterior de pantorrilla y cara lateral de pie a dedos   | Disminución de flexión plantar, extensión de pierna, inversión de pie y flexión de dedos | Déficit aquileo        |
| S2-S4  | Dolor sacro y zona perineal, cara posterior de pierna   | Disfunción vesical e intestinal  |                        |

Según la Sociedad Venezolana de Reumatología el diagnóstico de lumbalgia se puede apoyar en diferentes auxiliares dependiendo del origen pensado, en esta se establecen los siguientes auxiliares diagnósticos:

1.2 DATOS DE LABORATORIO: Su positividad en algunos casos tiene valor diagnóstico, sin embargo, su negatividad no excluye la existencia de enfermedad.

- Lumbalgia mecánica: Los datos de laboratorio generalmente carecen de interés.
- Lumbalgia inflamatoria: Los reactantes de fase aguda suelen estar elevados y el HLA B 27 es positivo en la mayoría de los casos de espondiloartropatías.
- Lumbalgia infecciosa: La leucocitosis, elevación de los reactantes de fase aguda, la positividad de los cultivos y/ o de la serología para diferentes gémenes pueden ser de notable ayuda diagnóstica.
- Lumbalgia visceral: Pruebas a determinar según la víscera afectada.
- Lumbalgia tumoral: El hemograma, los reactantes de fase aguda, la bioquímica y los marcadores tumorales pueden orientar el diagnóstico.

1.3 ESTUDIOS DE IMAGEN: generalmente no son necesarios en los pacientes con dolor lumbar agudo, pues los hallazgos encontrados no suelen correlacionarse con los síntomas. Los estudios de coste efectividad demuestran que realizar estudios radiológicos en la visita inicial está asociado con un costo excesivo y una irradiación innecesaria para los escasos beneficios que aportan. En todo

caso, estos estudios siempre deben realizarse de forma secundaria y dirigida, una vez se ha llevado a cabo una correcta anamnesis y exploración física.

En los pacientes con dolor crónico los estudios radiológicos no están asociados con la mejoría de la función lumbar, con la severidad del dolor ni con el estado de salud; en todo caso los pacientes se encontrarán más satisfechos al realizarles radiografías. Con la realización de estudios de imagen intentaremos realizar un diagnóstico etiológico, hecho que solamente conseguiremos en un 20% de los casos. <sup>9</sup>

**Radiología simple:** debe ser el primer paso en los estudios de imagen a realizar, en proyecciones anteroposterior y lateral, en carga. Este estudio será útil en los siguientes procesos: Alteraciones estáticas de la columna y anomalías del desarrollo, Discopatías degenerativas, Espondilólisis y espondilolistesis, en tumores se utiliza como estudio inicial y Fracturas osteoporóticas.

La radiografía estándar de la columna lumbosacra con el paciente de pie constituye la base y punto de partida del estudio radiológico. Los hechos demuestran que los estudios radiológicos en los pacientes con dolor lumbar atendidos en el primer nivel de atención no están asociados con mejoría funcional del dolor o de la salud general; en cambio sí con un incremento en las cargas de trabajo del médico. Por tal razón deben ser realizados solamente en aquellos pacientes con indicaciones específicas.

Indicaciones del estudio radiográfico simple:

- Historia de traumatismo severo.
- Déficit neurológico.
- Temperatura mayor a 38 °C.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Historia personal de cáncer.
- Uso de corticosteroides.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Sospecha de espondilitis anquilosante.

Además dependiendo de la cronicidad y la sintomatología asociada con la patología tiene que ver con qué tipo de estudio se requiere, y estos van encaminados a la etiología que se piensa descartar, yendo desde la tomografía computada, la resonancia magnética y hasta la punción lumbar y gammagrafía ósea, sin embargo las Guías de Práctica Clínica colocan como el único estudio justificado a la Radiografía tomando en cuenta que las patologías lumbares tienen amplio ámbito de estudio a nivel clínico.

La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) deben usarse no como una prueba diagnóstica, sino como confirmatoria de la sospecha clínica. La primera juega un papel importante en la evaluación del componente óseo del raquis mientras que la RMN es el método de elección cuando se sospecha anomalías discales, ligamentarias, tumores, infecciones, problemas de la médula espinal y otros trastornos de los tejidos blandos.

*Indicaciones de la TAC y la RMN*

- Dolor radicular, topográficamente bien definido, que no mejora tras un periodo de reposo absoluto entre 15 y 30 días.

- Dolor radicular recidivante e incapacitante.
- Existencia de síntomas compatibles con claudicación neurógena.
- Lumbalgia mecánica subaguda o crónica con radiografía simple no diagnóstico y con sospecha de que la causa sea una alteración estructural como estenosis del canal, espondilolistesis, anomalías congénitas.<sup>10</sup>

El tratamiento se encamina a la disminución de la sintomatología, así como la corrección de la contractura muscular adyacente pero sobre todo a fortalecer dicha musculatura y evitar más daño para tener una pronta recuperación e introducción a labores rutinarias lo antes posible. Existen tratamientos conservadores que se centran en los padecimientos agudos y tratamientos quirúrgicos que se delegan para patologías crónicas.

El tratamiento del paciente se basa en la educación, ya que se ha constatado que la falta de información, así como la poca confianza en la recuperación, es uno de los factores de mal pronóstico en la evolución de las lumbalgias agudas.

Es necesario explicarle al paciente qué le pasa, cuál es el tratamiento y cuál será la evolución más probable, junto con las medidas posturales y los ejercicios recomendados así como otras medidas higiénicas por ejemplo perder peso.

#### 1.4 MEDIDAS HIGIÉNICAS Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

##### *Fase aguda. 1ro.- 4to. día*

- Reposo absoluto en cama 2 o 3 días. El paciente solo se levantará para ir al baño. Permanecerá en posición semifetal o en decúbito supino con una almohada fina en la cabeza y las piernas flexionadas con un almohadón debajo de las rodillas. Llevar a cabo estimulación de piernas y pies para evitar problemas vasculares.
- Crioterapia si el inicio del dolor es menor de 48 h. La indicación es introducir hielo en una bolsa de plástico y mantenerla en movimiento sobre la región afectada, por períodos de 10 min, 3 o 4 veces al día.
- Calor local en el área dolorosa. Es utilizado frecuentemente para reducir el dolor después de las primeras 48 h. La recomendación es aplicar calor húmedo por 15 a 20 min, cada 2 horas. El calor no debe ser aplicado directamente a la piel porque puede producir quemaduras.
- Analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares.

De acuerdo a lo especificado en la Guía de Práctica Clínica para Lumbalgia aguda y crónica: Recomienda para el control del dolor agudo y subagudo, el uso de Paracetamol como primera elección, como segunda opción recomienda el uso de un AINE a dosis bajas tomando en cuenta que al AINE de menor complicación gastrointestinal es el Ibuprofeno.

Para el tratamiento de lumbalgia crónica se recomienda de primera intención la asociación de paracetamol con un AINE sin que este último se extienda por más de 4 semanas. En ambos casos y que los síntomas sean refractarios al tratamiento se considera el uso de opiáceos menores en periodos cortos de tiempo, se evalúa la indicación de relajante muscular de tipo no benzodiazepínico si los síntomas continúan o persiste el espasmo muscular asociado.

Incluso durante el tratamiento se continua con antidepresivos tricíclicos o heterocíclicos cuando los tratamientos convencionales fracasan siempre tomando en cuenta el beneficio por encima del perjuicio del paciente.<sup>1</sup>

Si hay afectación radicular prolongar el reposo hasta 7 días y realizar consulta de seguimiento donde se reevaluará al paciente y se le indicará radiografía simple:

- Rx sin alteraciones valorables: prolongar el reposo 15-20 días, insistir en el tratamiento con analgésicos-AINES, relajantes musculares, vitaminoterapia y medicina natural y tradicional.
- Rx con alteraciones radiológicas: actuar según causa.
- Consulta de seguimiento si afectación radicular a los 15-20 días.
- Si hay mejoría: pasar a la fase de recuperación.
- Si no hay mejoría: reevaluar al paciente y solicitar una TAC:
- TAC con compresión radicular congruente con el cuadro clínico: remitir a ortopedia y traumatología.
- TAC sin compresión radicular: reevaluar al paciente (historia y exploración completa) y si no hay nuevos datos clínicos significativos realizar valoración psicosocial básica.

*Fase de recuperación. 4to.-10mo. día*

- Durante esta etapa, salvo excepcional buena evolución, el paciente no se incorporará a su vida habitual sino que realizará un reposo relativo.
- Paseos de 20 a 30 min 3 veces al día.
- Si hay afectación radicular: se evitarán esfuerzos especiales (levantar pesos, postura mantenida, viajes largos, entre otros), durante 1 mes.
- Si hay mejoría: pasar a la fase de prevención de recidivas.
- Si no hay mejoría: solicitar una radiografía lumbar y tratar al paciente como una lumbalgia persistente.

Ante esta patología la importancia del tratamiento y el seguimiento del paciente depende de la causa de la enfermedad, sin embargo también es importante delimitar la verdadera causa originaria de la lesión, si bien el tratamiento recomendado es sintomático y paliativo en la mayoría de los casos, existen diversos tratamiento encaminados a disminuir o revertir el daño ocasionado a nivel de columna lumbar, las Guías de Práctica clínica de Osakidetza, 2007 mencionan que es parte fundamental para la recuperación la información y orientación al paciente a cerca de su enfermedad, dando a conocer las siguientes características de la misma:

Naturaleza benigna de la Lumbalgia, valor limitado de la radiografía, buen pronóstico y curso autolimitado de la patología, frecuencia de las recurrencias, permanecer activo y reincorporarse lo antes posible a sus áreas de trabajo, y promoción de actitudes positivas ante el dolor.

Esto con la finalidad de ofrecerle una mejor comprensión a los pacientes a acerca de su patología cuando es de manera aguda y así un mejor pronóstico; por lo tanto aunado a el tratamiento farmacológico sintomático también se establecen ciertas medidas que ayudan a disminuir la sintomatología de la enfermedad en paciente con padecimiento agudos y crónicos así como ciertas indicaciones que establecen las Guías de práctica Clínica Australianas que toman como evidencia que el reposo en cama no se recomienda, solo si la intensidad del dolor lo amerita entonces se

recomienda el mínimo posible, así como se recomienda continuar con actividades de la vida diaria y mantener la actividad como la incorporación al área laboral, siempre y cuando el dolor lo permita. Las Guías de Paris Task Force señalan que en Lumbalgias agudas no es recomendado introducirse a actividades físicas a corto plazo, sin embargo para la Lumbalgia Subaguda y en la Crónica se recomienda la realización de ejercicio físico tomando en cuenta la actividad y preferencias de cada persona para una mejoría mayormente marcada.<sup>11</sup>

Los tratamiento farmacológicos aprobados para el seguimiento tanto de Lumbalgia, Aguda, Subaguda y Crónica re presenta en su gran mayoría medicamentos que tiene ciertos efectos secundarios a largo plazo o cierta resistencia de los pacientes a dichos tratamientos, por lo que la mayoría de los casos requieren de indicaciones adicionales para su mejoría, incluso antes de que esta patología se presente se ha visto en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2014 que 6 de cada 10 pacientes que llegan a consulta para este dolor de espalda se debe principalmente a malas posturas o cargas, motivo por el cual desde hace 12 años ha surgido el Concepto de Higiene de Columna para reforzar la Salud Preventiva por medio de la educación en Salud.<sup>12</sup>

#### *Fase de prevención de recidivas*

El primer episodio de lumbalgia aguda tiende a la recuperación espontánea, no obstante recidiva en la mayoría de los casos. Por ello en el tratamiento se debe hacer tanto hincapié en las medidas dirigidas a evitar recidivas como en las curativas.

Se debe instruir al paciente en:

#### - Normas de higiene postural

a) en posición sentada, la persona debe mantener la espalda recta haciendo un ángulo recto desde la espalda, cadera y formándolo con los glúteos, a su vez las piernas deben conservar de igual manera los muslos forman un ángulo recto con las piernas y los pies descansan sobre el piso o una superficie plana sin que estos queden colgando.

b) en el momento en que la persona quiere recoger un objeto del piso o de una superficie baja que quede lejos de su alcance, este debe doblar las rodillas y mantener la espalda recta haciendo una sentadilla y alzando el objeto con la fuerza de los brazos para así incorporarse poco a poco junto con el objeto y evitando únicamente agachar la espalda con las rodillas rectas.

c) la posición más correcta para dormir es en donde la persona se acuesta del lado derecho o izquierdo de su cuerpo, sobre uno de sus hombros y sobre una cadera, colocando una almohada discretamente alta que no ocasiona tensión a cuello, y se coloca una almohada de menor grosor en medio de las dos piernas que se encuentran flexionadas ligeramente hacia enfrente.

d) la mejor manera para levantarnos de una cama, se realiza colocándose de uno de los lados del cuerpo, después enderezar el tórax e ir bajando las piernas al mismo tiempo para incorporarse completamente.

- Ejercicios de fortalecimiento de los músculos estabilizadores de la columna lumbar (psoas ilíaco, transverso abdominal, multifidos y erector espinal), como ejercicios aerobios de forma regular: andar, pasear, trotar o montar bicicleta.

a) colocarse en una superficie plana con la espalda pegada a la superficie boca arriba y con las piernas flexionadas, colocando la planta de los pies sobre la misma superficie, se colocan las manos

al lado de la cadera y se realiza una elevación de la misma hasta lograr una línea diagonal entre las rodillas, la cadera y el tórax, contrayendo los glúteos y se repite el ejercicio 15 veces, de manera pausada y sin dejar caer la cadera al piso.

b) colocarse en una superficie plana con la espalda pegada a la superficie boca arriba y con las piernas flexionadas, colocando la planta de los pies sobre la misma superficie, se lleva una de las rodillas hasta el abdomen jalando con ambas manos hasta lograr estirar completamente la espalda y el glúteo, y alternando con cada rodilla en 15 ocasiones.

c) colocarse en una superficie plana con la espalda pegada a la superficie boca arriba y con las piernas flexionadas, colocando la planta de los pies sobre la misma superficie, se colocan las manos al lado de la cadera y se eleva una pierna completamente estirada a la altura de la rodilla doblada, y posteriormente en esa posición se eleva la cadera del piso, contrayendo los glúteos y se alterna con la otra pierna.

El 7% de los pacientes con lumbalgia prolongaron los síntomas por más de 6 meses a pesar del tratamiento, 1-2% requerirán tratamiento quirúrgico para alivio del dolor,<sup>12</sup> por lo tanto las Guías de Práctica clínica mencionan ciertos ejercicios enfocados a la prevención y ayuda al tratamiento del síndrome doloroso lumbar, estos ejercicios son conocidos como Ejercicios de Williams; los cuales desde 1937 que al ser descritos, tenían ciertas implicaciones tomadas en cuenta por el investigador, entre ellas, se desarrollaron para personas menores de 50 años, y mujeres menores de 40 años para hiperlordosis lumbar, y tenían como objetivo reducir el dolor y proporcionar la estabilidad de la región lumbar y la de activar la región abdominal, consiguiendo de esta manera un equilibrio apropiado entre el grupo de los muscular flexores y extensores del tronco.

Los ejercicios de Williams en flexión en la actualidad han sido una piedra angular en el tratamiento del dolor lumbar durante muchos años así como para tratar una variedad amplia de problemas de espalda.

A continuación se describen los ejercicios descritos por Williams:

Ejercicio 1: Posición de Williams: Acostado decúbito supino, brazos al lado del cuerpo y piernas con rodillas flexionadas apoyadas en el piso, formando un ángulo de 45°.

Ejercicio 2: Abarquillamiento, llevar el tronco arriba con brazos extendidos al frente, útil para fortalecimiento de la musculatura abdominal.

Ejercicio 3: Inclinación pélvica, elevar caderas (pelvis) arriba (anteropulsión); este desarrolla el fortalecimiento del glúteo mayor.

Ejercicio 4: Levantar rodillas hacia el tronco, con ayuda o no de los brazos: sostener contando hasta tres y regresar a la posición inicial; van encaminados a relajar el músculo erector espinal y todas las estructuras posteriores al centro superior de gravedad a este nivel.

Ejercicio 5: En la posición de sentado, llevando los brazos extendidos al frente; estiramientos de los tendones de las curvas, aspira a restaurar la flexión lumbosacra y relajar flexores del muslo contracturado (tocarse los tobillos).



Ejercicio 6: Estiramiento de los muslos en posición baja de asalto al frente; su objetivo principal es relajar el músculo de la fascia lata y el ligamento ileofemoral, así como los flexores de la cadera.

Ejercicio 7: Agacharse con apoyo completo del talón en el suelo: facilita restaurar la flexión lumbosacra y desarrollar activamente los músculos glúteos y los cuádriceps. <sup>14</sup>

## 1.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México según reportes del Instituto Mexicano del Seguro Social, un 13% de la población en el rango de edad de 20 a 59 años, sin distinción de sexo, acuden a revisión médica por dolor crónico, lo anterior sugiere que 2 de cada 10 pacientes acuden a atención primaria por este tipo de dolor de acuerdo a la Revista Mexicana de Anestesiología año 2003; dentro del dolor crónico se engloban como causas más comunes: la lumbalgia, la cefalea, la artritis, el dolor oncológico y el dolor neuropático.<sup>1</sup> Por lo tanto sabemos que estas causas tienen repercusión tanto a nivel de salud Pública como a nivel de económico dentro de los sistemas de salubridad, aterrizando en esto tenemos que para el año 2015 se reporta que la lumbalgia como parte del dolor crónico se convirtió en México en la séptima causa de ausentismo laboral.<sup>14</sup>

Citando las Guías de Manejo del Dolor de Espalda Baja o lumbalgia propuestas por la Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología, 84% de las personas padecerán lumbalgia en algún momento de su vida, de los cuales prevalecen con una lumbalgia crónica entre un 15-36%, dicha patología presenta causas multifactoriales, predominando el origen postraumático con un 90.1%, aunque la de origen degenerativo tiene una frecuencia de 43.7% y sólo 10% son de origen artrósico, síndrome radicular, secundario a hernia de disco, estenosis de canal lumbar y cambios degenerativos, además la mayoría de estas causas van directamente relacionadas con la actividad laboral del paciente y estilo de vida.<sup>15</sup>

La lumbalgia tiene un pico de presentación entre los 20- 59 años, alcanzando su mayor frecuencia a los 30 años de edad, limitando la actividad física diaria a los 45 años de edad, y ocasionando incapacidad laboral importante en esta etapa de la vida donde los paciente se encuentran en la vida media de su etapa laboral.

Más del 50 % de las personas que padecen dolor crónico tardan al menos 2 años en recibir un tratamiento adecuado para su dolor<sup>16</sup>, en el caso de la lumbalgia crónica se reporta que a nivel institucional llega a ser multitratada, ya que los eventos agudizados son a los que les delegan mayor tratamiento antiinflamatorio para contrarrestar el síntoma principal, pero al llegar a disminuir el cuadro agudo, el evento crónico continua siendo este el que en el proceso de tratamiento conlleva mayor grado de dificultad para su control, de ahí que existan tanto terapias farmacológicas, como alternativas e integrales para contrarrestar los eventos producidos por dicha patología, todas las terapias incluyen medidas necesarias de higiene de columna para su mayor efectividad y para evitar recaídas de la misma enfermedad, por lo tanto se destaca que es de suma importancia que tanto médicos como personal de salud conozcan, promuevan y prevengan el daño de columna con medidas de higiene de la misma.

En México no existe información veraz sobre la incidencia de la lumbalgia; sin embargo, en 2003, médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) publicaron una encuesta del Hospital General Regional número 6 de Ciudad Madero, Tamaulipas que arrojó que más de 50 por ciento de las personas laboralmente activas sufrieron algún episodio clínico de lumbalgia; de ellas, 31 por ciento recibió incapacidad laboral, con promedio de 12.2 días por cada caso, lo que empata con la estadística del Hospital de Ortopedia Dr. Victorio de la Fuente Narváez del IMSS, Ciudad de México

<sup>17</sup>. No existen estudios publicados acerca del conocimiento de los médicos sobre la lumbalgia y su manejo, y como se ha mencionado anteriormente los pacientes tardan años en recibir un tratamiento adecuado, por lo cual surge la pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de la lumbalgia y su manejo en los médicos generales y familiares en dos clínicas de consulta externa del ISSEMyM?

## 1.6. JUSTIFICACION

La lumbalgia dentro de la salud a nivel institucional representa una patología de frecuente diagnóstico, con tratamiento y seguimiento constante que significa para la consulta familiar y general una estadística mayor, tomando en cuenta que esta forma parte de los porcentajes del dolor crónico, la mayoría de los pacientes se encuentran multitratados, así como tratados con terapias alternativas, lo que condiciona a la Institución de Salud un alto costo que se desglosa de los gastos sanitarios, pruebas diagnósticas, medicación, hospitalizaciones, o intervenciones quirúrgicas.

Además representa un gasto indirecto que atañe al ámbito laboral, como horas de trabajo perdidas, productividad disminuida o indemnizaciones. Por lo tanto y por lo anteriormente descrito, la lumbalgia es un problema de Salud Pública que repercute a cualquier nivel, no solo institucionalmente hablando, sino también genera para el paciente y para la armonía familiar un desequilibrio importante, ya que como se mencionó, esta patología tiene un grupo de edad vulnerable que representa la etapa laboral de cualquier persona y que en su presentación crónica puede generar también incapacidad permanente.

La lumbalgia en sus niveles de presentación cuenta con programas de prevención establecidos a nivel primario y secundario que son importantes de mencionar como la higiene de columna, que no solo ayuda al paciente que ya cuenta con la patología sino también a personas que se encuentran físicamente activas, o laboralmente establecidas, ya que las medidas de higiene de columna aplican para la prevención de lesiones en todas las personas que tengan actividades frecuentes que impliquen: una postura constante, un esfuerzo físico frecuente, sobrecarga lumbar, actividades de alto impacto, estrés constante, etc.

Es la tercera causa de intervención quirúrgica, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos.

Por lo que resulta de importancia que el servidor de salud tenga conocimiento de la patología, así como de las áreas de promoción de la higiene de columna, pero sobretodo se considera un tema esencial que el sistema de Salud realice la divulgación adecuada y necesaria a todos los grupos vulnerables de estos métodos de higiene para evitar las consecuencias del tratamiento de enfermedades crónicas.

Con los resultados obtenidos se sabrá el nivel de conocimiento acerca del manejo de la lumbalgia que tienen los médicos de consulta externa de la CCE Alfredo del Mazo Vélez y de la CR Santiago Tianguistenco, los cuales servirán para detectar la necesidad de implementar programas de capacitación y asimismo implementar las medidas necesarias a fin de que se implemente un foro adecuado para la promoción del tratamiento integral de la lumbalgia y las medidas de higiene de columna.

## 1.7 OBJETIVOS

### 1.7.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar el nivel de conocimiento acerca de la lumbalgia y su manejo en los médicos de la CCE Alfredo del Mazo Vélez y la CR Santiago Tianguistenco

### 1.7.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

Identificar la edad de los médicos adscritos a la CCE Alfredo del Mazo Vélez y Santiago Tianguistenco

Identificar el género de los médicos adscritos a la CCE Alfredo del Mazo Vélez y Santiago Tianguistenco.

Identificar el tiempo dando consulta de cada uno de los médicos adscritos a la CCE Alfredo del Mazo Vélez y Santiago Tianguistenco.

Identificar si han ocupado cargos administrativos los médicos adscritos de la CCE Alfredo del Mazo Vélez y Santiago Tianguistenco.

Identificar la categoría de los médicos adscritos a la CCE Alfredo del Mazo Vélez y Santiago Tianguistenco.

Identificar la Universidad de procedencia de los médicos adscritos a la CCE Alfredo del Mazo Vélez y Santiago Tianguistenco.

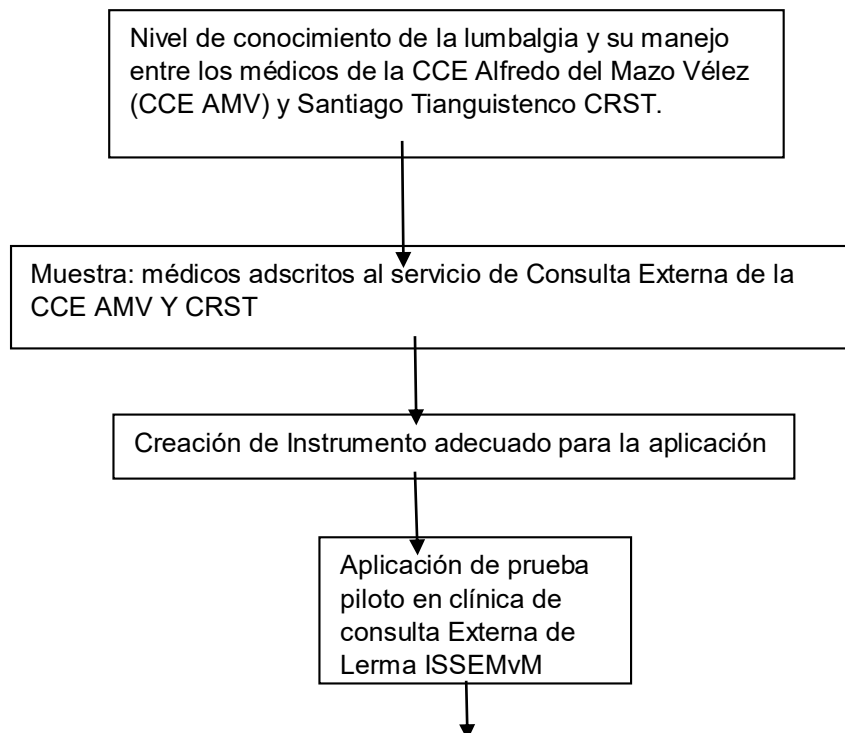
Identificar si existe capacitación en el área de traumatología y ortopedia en los últimos 5 años para los médicos adscritos a la CCE AMV y Santiago Tianguistenco.

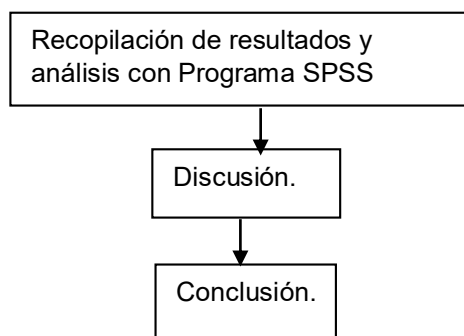
## 2. MATERIAL METODOS

### 2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional.

### 2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO





### 2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Población, lugar y tiempo: universo compuesto por médicos generales y familiares de la CCE “Alfredo del Mazo Velez” y la clínica Regional de Santiago Tianguistenco durante el mes de Noviembre del 2018.

### 2.4 TIPO DE MUESTRA

Si bien no es una muestra estadísticamente significativa, si es una muestra representativa para los médicos generales y familiares de estas clínicas ya que se trabajó con todo el universo del total de médicos generales y familiares de estas clínicas. Asimismo esta muestra es representativa para este grupo de estudio.

### 2.5 CRITERIOS

-Criterios de inclusión

Médicos generales y familiares adscritos a la CCE “Alfredo del Mazo Vélez” y la CR Santiago Tianguistenco del ISSEMyM que acepten participar en el estudio.

Que aceptaron el Consentimiento de Participación Voluntaria.

- Criterios de exclusión

No aceptar participar en el estudio.

- Criterios de eliminación

Cuestionarios mal llenados, incompletos e ilegibles.

### 2.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES

Tabla 2.

| VARIABLE   | TIPO        | DEFINICION CONCEPTUAL   | DEFICION OPERATIVA                              |
|--|-------------|---|---|
| Sección 1<br>Ficha de identificación                                     | Cualitativa | Expresión de los datos del paciente   | Se revisa en la ficha de identificación         |
| Sección 2<br>Nivel de conocimiento de lumbalgia y su manejo de acuerdo a | Cualitativa | Se refiere al nivel de conocimiento que tiene el medico sobre la Guía de Práctica Clínica | Son las preguntas que conforman el cuestionario |

|                                |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|
| la Guía de Práctica<br>Clínica |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|

## 2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito estadístico de la investigación fue conocer el nivel de conocimiento de la lumbalgia y su manejo que tienen los médicos generales y familiares de la CCE “Alfredo del Mazo Vélez” y Santiago Tianguistenco del ISSEMyM. Se realizó una prueba piloto en la CCE Lerma a médicos usadas preguntas abiertas y de opción múltiple y se decidió usar el de preguntas abiertas, El cuestionario fue validado por dos médicos familiares.

- Se investigó un grupo.
- Se realizó una medición.
- Las variables que se midieron son de tipo nominal (evaluación de conocimientos).
- El tipo de muestra investigada fue no aleatoria representativa para este grupo de estudio.

## 2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento consto de dos secciones.

Numero de variables por sección.

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Sección 1 | Ficha de identificación  | 6  |
| Sección 2 | Cuestionario sobre el nivel de conocimiento a acerca de Lumbalgia basado en Guía de Práctica Clínica | 25 |

## 2.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Previa autorización de las autoridades para realizar este estudio se les invito a participar a los médicos generales y familiares de la CCE “Alfredo del Mazo Vélez” y Santiago Tianguistenco del ISSEMyM.
- El autor de este trabajo se presentaba personalmente con cada médico.
- Se les leía el consentimiento de participación voluntaria si aceptaban se aplicaba el cuestionario.
- Una vez que finalizaba la aplicación del cuestionario se les daba las gracias por su participación.
- La información se almacenó en una base de datos diseñada en el programa estadístico SPSS versión 10.

## 2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

### 2.10.1 SESGOS DE INFORMACIÓN

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda a expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas. Se trató de controlar informándole del anonimato de las mismas para que expresen sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

## 2.10.2 SESGOS DE SELECCIÓN

Se reconoce que lo hubo, ya que la participación fue voluntaria.

## 2.10.3 SESGOS DE MEDICIÓN.

Las encuestas fueron realizadas por el mismo investigador para evitar durante la toma de datos sesgo interobservador.

## 2.11 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Para la codificación de los datos en la base electrónica, se asignaron códigos alfanuméricos para su almacenamiento.

## 2.12 CRONOGRAMA

Ver anexo

| CRONOGRAMA                          |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Etapa de planeación (trimestres)    | 0<br>1 | 0<br>2 | 0<br>3 | 0<br>4 | 0<br>5 | 0<br>6 | 0<br>7 | 0<br>8 | 0<br>9 | 1<br>0 | 1<br>1 | 1<br>2 |
| Etapa de planeación de proyecto.    | X      | X      | X      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Marco teórico                       |        | X      | X      | X      | X      |        |        |        |        |        |        |        |
| Material y Métodos                  |        |        |        | X      | X      |        |        |        |        |        |        |        |
| Registro y autorización de proyecto |        |        |        |        | X      |        |        |        |        |        |        |        |
| Etapa de ejecución de proyecto      |        |        |        |        | X      | X      | X      |        |        |        |        |        |
| Recolección de datos                |        |        |        |        |        |        |        | X      | X      |        |        |        |
| Almacenamiento de datos.            |        |        |        |        |        |        |        | X      | X      |        |        |        |
| Análisis de datos                   |        |        |        |        |        |        |        |        |        | X      |        |        |
| Descripción de los resultados       |        |        |        |        |        |        |        |        |        | X      | X      |        |
| Discusión de los resultados         |        |        |        |        |        |        |        |        |        | X      | X      |        |



|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|
| Conclusiones del estudio      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |   |
| Integración y revisión final  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | X |
| Autorizaciones                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | X |
| Impresión del trabajo final   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | X |
| Solicitud de examen de tesis. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | X |

### 2.13 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Se requirieron hojas blancas, impresiones, fotocopias, computadora, dispositivos USB, paquete informático OFFICE 2013 y SPSS versión 22 financiado totalmente por el autor del presente trabajo.

### 2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

- Se tomará la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos ,adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.
- Así como se seguirán las disposiciones en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud que establece en el artículo 13 que en toda Investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En el Artículo 16 que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice así como en el Artículo 17 en que la Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta <sup>18</sup>.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 EDAD

En lo referente a la edad de los médicos entrevistados, la edad mínima fue de 28 años, la máxima de 60 años, con una media de 42.48 y una desviación estándar de 10.615.

#### 3.2 GENERO

En lo referente al género de los médicos que se entrevistaron 12 fueron hombres (48%) y 13 (52%) mujeres.

#### 3.3 AÑOS DE SERVICIO

En lo referente a los años de servicio el mínimo fue de 1 año, el máximo de 25, con una media de 11.32 y una desviación estándar de 7.988.

#### 3.4 CARGO ADMINISTRATIVO

En lo referente a si han ocupado algún puesto administrativo siete médicos (18%) lo han tenido y 18 no (72%).

#### 3.5 TIEMPO CON UN CARGO ADMINISTRATIVO

En lo referente al tiempo en el cargo administrativo el tiempo mínimo fue de 1 año y el máximo fue 12 con una media de 1 y una desviación estándar de 1.7.

#### 3.6 UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA

En lo referente a la Universidad de procedencia los resultados se muestran en el cuadro

Tabla 3. Universidad de procedencia de los médicos adscritos a las CCE AMV y CR ST

| Universidad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| UAEM        | 13         | 52%        |
| UNAM        | 2          | 8%         |
| IPN         | 2          | 8%         |
| UAM         | 1          | 2%         |
| UMSNH       | 4          | 16%        |
| WEST HILL   | 2          | 8%         |
| ULA         | 1          | 4%         |
| TOTAL       | 25         | 100%       |

Fuente: Encuestas aplicadas n=25

#### 3.7 CAPACITACION EN ORTOPEDIA

En lo referente a si han tenido un curso de capacitación en ortopedia en los últimos 5 años, 4 médicos (16%) lo han tenido, y 21(84%) no.

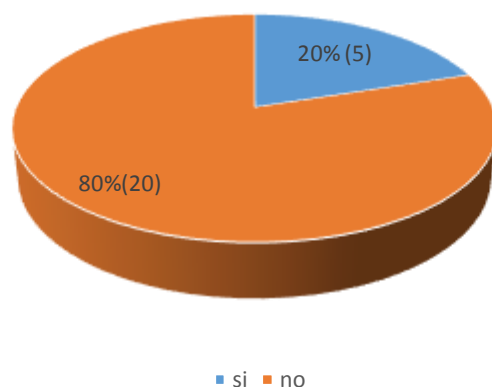
#### 3.8 CLINICA DE ADSCRIPCION

De la CR ST participaron 15 médicos (60%) y de la CCE AMV 10(40%).

#### 3.9 DEFINICIÓN DE LUMBALGIA

En lo referente a la Definición de Lumbalgia, los resultados se muestran en gráfico 1.

Gráfica 1. Conocimiento de la definición de lumbalgia de acuerdo a la GPC



Fuente: Encuestas aplicadas n=25

### 3.10 RELACIÓN ENTRE SOBREPESO Y OBESIDAD Y RIESGO DE LUMBALGIA.

En lo referente a si el sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de lumbalgia, los 25 médicos (100%) encuestados contestaron correctamente esta pregunta.

### 3.11 SITUACIONES FÍSICAS, EMOCIONALES Y LABORALES ASOCIADAS CON LA LUMBALGIA

En lo referente a describir las situaciones físicas, emocionales y laborales asociadas con la lumbalgia, 17 médicos (68%) contestaron correctamente y 8 (32%) incorrectamente.

### 3.12 CAUSAS DE LUMBALGIA

De acuerdo a la pregunta: ¿Cuáles son las principales causas de lumbalgia?, 16 médicos (64%) contestaron correctamente y 9 (36%) incorrectamente.

### 3.13 ABORDAJE CLÍNICO DE UN PACIENTE CON LUMBALGIA

En lo referente a la pregunta: ¿Cuál sería el primer abordaje clínico de un paciente con lumbalgia?, 14 médicos (56%) contestaron correctamente y 11 (44%) incorrectamente.

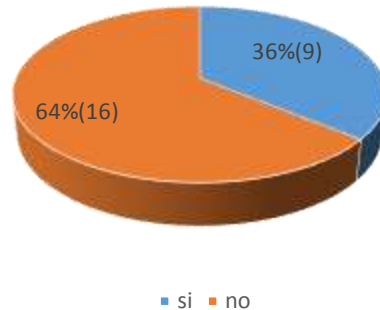
### 3.14 SOSPECHA DE NEOPLASIA

De acuerdo a la pregunta: En un paciente mayor de 50 años con lumbalgia crónica, ¿Qué sintomatología asociada se debe tomar en cuenta para sospechar de neoplasia?, 8 médicos (32%) contestaron correctamente y 17 (68%) incorrectamente.

### 3.15 CLASIFICACIÓN DE LUMBALGIA DE ACUERDO A SU TIEMPO DE EVOLUCIÓN

En lo referente a la pregunta: ¿Cuál es la clasificación de lumbalgia de acuerdo a su tiempo de evolución?, los resultados se muestran en el gráfico 2.

Gráfica 2 Conocimiento adecuado de la clasificación de lumbalgia de acuerdo al tiempo de evolución



Fuente: Encuestas aplicadas n=25

### 3.16. TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN LUMBALGIA

De acuerdo al reactivo: "De acuerdo al tiempo de evolución en lumbalgia, describa que tiempo se considera para denominar a cada una", 8 médicos (32%) contestaron correctamente y 17 (68%) incorrectamente.

### 3.17 EXPLORACIÓN FÍSICA DE COLUMNA

En lo referente a la pregunta: ¿Cuáles son los aspectos a evaluar en la exploración física de lumbalgia?, 15 médicos (60%) contestaron correctamente y 10 (40%) incorrectamente.

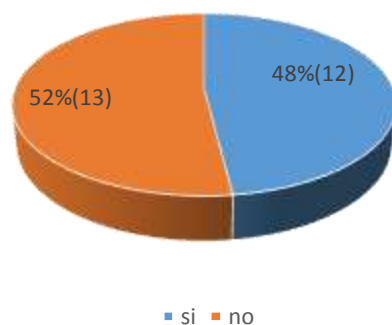
### 3.18 INDICACIONES DE RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBAR

De acuerdo a la pregunta: ¿Cuáles son las indicaciones de radiografía de columna lumbar en pacientes con lumbalgia?, 13 médicos (52%) contestaron correctamente y 12 (48%) incorrectamente.

### 3.19 PRUEBA DE LASEGUE

En lo referente al reactivo: "Describa la prueba de Lasegue y para que se utiliza", 12 médicos (48%) contestaron correctamente y 13 (52%) incorrectamente.

Gráfica 3. Conocimiento de la prueba de Lasegue en los medicos entrevistados de la CR ST y la CCE AMV



Fuente: Encuestas aplicadas n=25

### 3.20 PRESENCIA DE PARESTESIA

De acuerdo al reactivo: "La presencia de parestesias en pacientes con Lumbalgia obliga a sospechar en", 23 médicos (92%) contestaron correctamente y 2 (8%) incorrectamente.

### 3.21 CAUDA EQUINA

En lo referente a la pregunta: ¿Cuáles son los datos clínicos en lumbalgia que nos hacen sospechar Cauda Equina?, 3 (12%) médicos contestaron correctamente y 22 (88%) incorrectamente.

### 3.22 ANALGÉSICO DE PRIMERA LÍNEA

De acuerdo a la pregunta: ¿Cuál es el analgésico de primera línea para el tratamiento del dolor agudo y subagudo lumbar?, 16 médicos (64%) contestaron correctamente y 9 (36%) incorrectamente.

### 3.23 AINE CON MENOS COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES

En lo referente al reactivo: "AINE utilizado en dolor lumbar que reporta menos complicaciones gastrointestinales", 14 médicos (56%) contestaron correctamente y 11(44%) incorrectamente.

### 3.24 MANEJO CON MEDICAMENTOS OPIACEOS

De acuerdo a la pregunta: ¿En qué momento se considera necesario iniciar con medicamento opiáceos o relajantes musculares en el tratamiento de lumbalgia?, 22 médicos (88%) contestaron correctamente y 3 (12%) incorrectamente.

### 3.25 INFILTRACIONES CON ESTEROIDES

En lo referente a la pregunta: ¿De acuerdo a la GPC es recomendable utilizar infiltraciones con esteroides en lumbalgia subaguda o crónica?, 18 médicos (72%) contestaron correctamente y 7 (38%) incorrectamente.

### 3.26 ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA B

De acuerdo a la pregunta: ¿Se considera como parte del tratamiento de lumbalgia la administración de Vitamina B?, 13 médicos (52%) contestaron correctamente y 12 (48%) incorrectamente.

### 3.27 MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL

En lo referente al reactivo: "Mencione las medidas de higiene postural", 16 médicos (64%) contestaron correctamente y 9 (36%) incorrectamente.

### 3.28 DÍAS DE REPOSO

De acuerdo a la pregunta: ¿Cuántos días de reposo se recomiendan en el dolor agudo lumbar?, 14 médicos (56%) contestaron correctamente y 11 (44%) incorrectamente.

### 3.29 ENVIÓ DE LOS PACIENTES A REHABILITACIÓN

En lo referente al reactivo: "Menciona las 2 indicaciones para el envío de los pacientes a Rehabilitación", 12 médicos (48%) contestaron correctamente y 13 (52%) incorrectamente.

### 3.30 OBJETIVO DE LOS EJERCICIOS DE WILLIAMS

De acuerdo a la pregunta: ¿Cuál es el objetivo de los ejercicios de Williams para el dolor agudo lumbar?, 13 médicos (52%) contestaron correctamente y 12 (48%) incorrectamente.

### 3.31 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MANEJO DE LUMBALGIA EN LOS MEDICOS EN LA CR SANTIAGO TIANGUISTENCO Y EN LA CCE ALFREDO DEL MAZO VELEZ

Tabla 4.

| NIVEL DE CONOCIMIENTO   | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|------------|------------|
| SUFICIENTE              | 3          | 12%        |
| MEDIANAMENTE SUFICIENTE | 7          | 28%        |
| NO SUFICIENTE           | 15         | 60%        |
| TOTAL                   | 25         | 100        |

Fuente: Encuestas aplicadas n=25

Se hicieron los siguientes datos cruzados

### 3.32 RELACION ENTRE EL GÉNERO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA LUMBALGIA

Tabla 5.

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | SUFICIENTE | MEDIANAMENTE SUFICIENTE | NO SUFICIENTE |
|-----------------------|------------|-------------------------|---------------|
| MASCULINO             | 3          | 4                       | 5             |
| FEMENINO              | 0          | 3                       | 10            |

Fuente: Encuestas aplicadas n=25

### 3.33 RELACION ENTRE LA UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA LUMBALGIA

Tabla 6.

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | SUFICIENTE | MEDIANAMENTE SUFICIENTE | NO SUFICIENTE |
|-----------------------|------------|-------------------------|---------------|
| UAEM                  | 0          | 3                       | 10            |
| UNAM                  | 0          | 0                       | 2             |
| IPN                   | 1          | 1                       | 0             |
| UAM                   | 1          | 0                       | 0             |
| UMSNH                 | 1          | 3                       | 0             |
| WEST HILL             | 0          | 0                       | 2             |
| ULA                   | 0          | 0                       | 1             |

Fuente: Encuestas aplicadas n=25

### 3.34 RELACION ENTRE LA CAPACITACION EN ORTOPEDIA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA LUMBALGIA

Tabla 7.

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | SUFICIENTE | MEDIANAMENTE SUFICIENTE | NO SUFICIENTE |
|-----------------------|------------|-------------------------|---------------|
|-----------------------|------------|-------------------------|---------------|

|                                     |   |   |    |
|-------------------------------------|---|---|----|
| CON<br>CAPACITACION EN<br>ORTOPEDIA | 0 | 0 | 4  |
| SIN CAPACITACION<br>EN ORTOPEDIA    | 3 | 7 | 11 |

Fuente: Encuestas aplicadas n=25

### 3.35 RELACION ENTRE LA CLINICA DE ADSCRIPCION Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA LUMBALGIA

Tabla 8.

| NIVEL DE<br>CONOCIMIENTO     | SUFICIENTE | MEDIANAMENTE<br>SUFICIENTE | NO SUFICIENTE |
|------------------------------|------------|----------------------------|---------------|
| CR SANTIAGO<br>TIANGUISTENCO | 3          | 7                          | 5             |
| CCE ALFREDO DEL<br>MAZO      | 0          | 0                          | 10            |

Fuente: Encuestas aplicadas n=25

#### 4. DISCUSION

De acuerdo a la investigación que se llevó a cabo y la participación de los Médicos de las clínicas CCE AMV Y CR ST, se encontró que la edad laboral mayormente predominante se está dentro de la década de los 28 a los 38 años de edad, sin embargo este dato contradice a las estadísticas nacionales del INEGI en Octubre de 2014 quienes aseguran que la edad media laboral del médico se encuentra en 43.3 años <sup>19</sup>.

En lo referente al género se corrobora la tendencia a que hay un mayor número de médicas que de médicos lo cual es acorde con el Observatorio Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el INEGI y la información de la OMS. <sup>19</sup>

El ISSEMyM presenta dentro de su plantilla laboral en estas dos clínicas a Médicos egresados tanto de escuelas particulares como escuelas públicas entre las que destacan: Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad West Hill y Universidad Latinoamericana.

Dentro del ámbito académico del médico en México, se hace énfasis y se implementa en cada etapa la capacitación continua en todas las áreas, además en las clínicas de consulta externa donde se encuentran la mayor parte de los Médicos Generales, se realizan revisiones frecuentes de las guías de práctica clínica, con la finalidad de mantener dentro de las jornadas laborales la actualización de médicos y personal de Salud, sin embargo cabe destacar que en los médicos encuestados se observa que durante los últimos 5 años no ha habido una capacitación formal en Lumbalgia, ya que solo 4 de los 25 médicos encuestados refieren haber tenido algún curso de actualización en este tema lo cual al realizar las demás estadísticas relacionadas al nivel de conocimiento y manejo de esta patología no denota el impacto que estas capacitaciones han tenido.

En las clínicas antes mencionadas como área de estudio se realizaron 10 encuestas en la CCE AMV y 15 en la CR ST, así como también se invitó a los médicos participantes a no consultar guías de práctica clínica o de referencia de la patología para la aplicación de la encuesta, con la finalidad de evitar sesgos en dichas evaluaciones y tener resultados lo más cercano al conocimiento del médico. Considerando que la Lumbalgia, su diagnóstico y manejo es un tema que debe conocer de manera general la mayoría de los médicos y tomando en cuenta que las Guías actuales se encuentran disponibles a todo el personal de Salud, se analizaron ciertos cuestionamientos basados en la Guía de Práctica clínica de la CENETEC y del IMSS actualizada en Septiembre de 2009, realizando preguntas abiertas que dan al médico encuestado la oportunidad de explicar cada una de ellas, se consideraron 22 preguntas en las cuales abarca el conocimiento de la definición de Lumbalgia, en esta pregunta a pesar de que todos los médicos tienen el conocimiento de la localización de la lumbalgia no todos definieron a esta con sus características fundamentales como son las estructuras comprometidas y la repercusión funcional.

En relación a las preguntas 2, 3 y 4 que son relacionadas con los factores de riesgos y causas de Lumbalgia podemos concluir que la mayoría de los médicos encuestados tiene el conocimiento mínimo necesario para poder enfrentar los factores de riesgo que la población que trata puede presentar y con ello poder dar un adecuado manejo, sin embargo en la mayoría de las respuestas



no se toma en cuenta las alteraciones psicosociales dentro las causas de lumbalgia situación que día a día va incrementando de acuerdo al estilo de vida actual de la población, y se hace mayormente evidente las causas mecánicas, traumáticas y posturales.

Dentro de abordaje clínico del paciente con dolor lumbar, es importante realizar énfasis que si bien la mayoría (56%) de los médicos entrevistados sabe el primer abordaje del padecimiento, así como la exploración física en un primer contacto con el paciente con dicha patología, lo cual es interesante considerar ya que esta es parte fundamental para dar el adecuado manejo al padecimiento y con ello lleva a tener un mejor tratamiento, seguimiento y pronta rehabilitación, sin embargo aún los médicos encuestados muestran cierta confusión en las indicaciones para realizar el primer abordaje que debe ser clínico y no radiológico.

Además de la presentación clínica de esta patología y su amplia gama de signos que puede presentar es indispensable que el médico puedan correlacionar la sintomatología que presenta el paciente con algún padecimiento neoplásico asociado a la lumbalgia ya que ha ido en aumento el cáncer en la población y por lo tanto se necesita que estos conocimientos en los médicos de primer contacto y que sea parte esencial del interrogatorio hacia el paciente, sin embargo dentro de esta pregunta en las encuestas realizadas la mayoría de los médicos no son capaces de sospechar de sintomatología de alarma relacionada con neoplasias.

A pesar de que la Lumbalgia tiene diferentes clasificaciones de acuerdo a su etiopatogenia, de acuerdo a tiempo de evolución, la Guía de Práctica clínica actualizada al 2012 la clasifica en 3: Aguda, Subaguda y Crónica, lo cual se diferencia con algunas bibliografías actuales del 2014 en Revistas Médicas de Ortopedia en Costa Rica y Centroamérica en donde solo la clasifican en Aguda y Crónica<sup>20</sup>, pero esto tiene relevancia a la práctica clínica del Médico de primer contacto ya que dependiendo de esta evolución en cada paciente será necesario iniciar ciertos tratamientos acorde a la etapa en que se presente el paciente a consulta, por lo tanto cabe destacar que para los médicos encuestados la mayoría tiene el conocimiento de la clasificación, sin embargo al establecer el tiempo de cada etapa de evolución, la mayoría no tiene claro en que parte de la evolución se encuentran los pacientes.

En lo referente al diagnóstico que abarca la exploración física de la patología en el paciente, así como los estudios complementarios que se pueden emplear como apoyo al diagnóstico el presente estudio analizó diferentes cuestionamientos entre los cuales tenemos de manera abierta la manera de evaluar clínicamente la exploración física de este padecimiento, a pesar que la mayoría (60%) de los médicos entrevistados respondió las características básicas de exploración, no así ocurrió con la descripción de la prueba de Lassegue en donde la mayoría (52%) no pudo explicar concretamente la técnica adecuada y su finalidad, además con relación a los estudios de gabinete complementarios, casi la mitad de los médicos entrevistados (48%) no reconocen las indicaciones absolutas de solicitar este tipo de apoyo diagnóstico, por lo que con esto podemos analizar que desde el primer nivel de atención a la salud muchas características clínicas se pasan por alto y se siguen solicitando estudios complementarios sin necesidad de estos para el diagnóstico certero y para el tratamiento adecuado.

Cabe resaltar que dentro del abordaje de la Lumbalgia debemos realizar diagnósticos diferenciales que nos lleven a dar el mejor seguimiento de la patología, por lo que la Guía de Práctica Clínica toma en cuenta dos enfermedades que comúnmente se confunden con la Lumbalgia, entre las cuales se encuentra la compresión radicular y el presencia de cauda equina, por lo que dentro de las preguntas realizadas a los médicos entrevistados hubo dos reactivos con relación a lo antes descrito, donde el 92% contestaron correctamente al cuestionar sobre compresión radicular pero no así al contestar sobre cauda equina, ya que solo el 12% contestó correctamente, lo que nos lleva establecer que los médicos de primer contacto en estas unidades tienen mayor conocimiento de padecimientos comunes pero al realizar diagnóstico diferencial no realizan un enfoque de riesgo a patologías más complejas.

El tratamiento descrito específicamente para las lumbalgias agudas en las Guías de Diagnóstico se basa de primera intención en analgésicos y de estos a su vez el de primera línea es el paracetamol en dosis habituales, siguiendo con algunos AINES de los cuales el mejor efecto obtenido ha sido por parte del Ibuprofeno el cual ha reportado menor daño gastrointestinal, por lo que son medicamentos que se encuentra al alcance de la mayoría de los pacientes y que se encuentran dentro del cuadro básico del ISSEMyM por lo tanto el médico de primer contacto tiene estos tratamientos para dar un adecuado manejo antes de emplear medicamentos más sofisticados, y con esta finalidad se realizaron las preguntas encaminadas al empleo de dicha terapéutica, la mayoría de los médicos (64%) contestaron correctamente, sin embargo aún hay médicos que no realizan el primer manejo que se recomienda. Además en la actualidad y de acuerdo a las investigaciones basadas en evidencia que se encuentran disponibles se sugiere evitar la administración de vitamina B para el tratamiento de la Lumbalgia y a pesar de ello solo el 52% de los médicos encuestados contestó acertadamente, evidenciando que el resto de los médicos continúan usando ese complejo para la mejora de la sintomatología aun y con la evidencia de no tener mayor respuesta ni menor tiempo de recuperación en pacientes anteriormente empleado.

A parte del tratamiento medicamentoso una de las grandes vertientes indispensables para el tratamiento de la Lumbalgia son las medidas de higiene postural y los ejercicios de Williams que en primer nivel de atención médica son conocimientos básicos de recomendación a los pacientes que presentan esta patología y que representan una herramienta terapéutica fundamental por lo tanto el conocimiento de los mismos es obligado para un buen manejo del paciente, así que dentro de los cuestionamientos aplicados se encontró que el 64% conoce y aplica las medidas de higiene postural pero solo un 52% reconoce como parte del tratamiento los ejercicios de Williams, aunado a esto cabe destacar que el médico de primer contacto debe tener conocimiento amplio basado en la Guía de Práctica Clínica y de los protocolos de estudios que el paciente requiere en cuanto a Lumbalgia, y es necesario que pueda distinguir en que momento de la terapéutica empleada el paciente necesita del apoyo de un segundo o nivel de atención médica, en lo cual dentro de la investigación aplicada corroboramos que el 52% de los médicos encuestados no tienen el conocimiento exacto del momento de referencia al servicio de Rehabilitación.

Dentro del trabajo de investigación, anteriormente se ha referido que la Lumbalgia Aguda y Crónica es uno de los padecimientos que más se atienden dentro de las instituciones de Salud, esto

corroborado en el 2017 por el Instituto Mexicano del Seguro Social donde reportan que solo en este año hubo más de 300 mil consultas por esta patología, y en el 2007 en el Instituto de Seguridad Social del Estado y Municipios en el Centro Médico de Ecatepec, ocupó el cuarto lugar de atención en servicios como acupuntura para el tratamiento de la misma <sup>21</sup>, además que es una enfermedad que en ocasiones representa para los pacientes un estado incapacitante que repercute directamente en su área laboral y en su calidad de vida, en la lumbalgia aguda de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, es importante no exceder los días de reposo recomendados ya que esto puede generar en el paciente mayor dolor y con ello complicaciones de su padecimiento actual, lo cual conlleva a un mal manejo de los pacientes, por lo tanto en el cuestionario empleado se realizó dicho análisis y se corrobora que solo el 56% de los médicos encuestados tienen conocimiento adecuado de cuantos días son los requeridos de incapacidad en lumbalgia aguda para que el paciente obtenga una franca mejoría.

Al realizar un análisis cruzado de las diferentes interrogantes que se presentaron en el instrumento empleado, podemos deducir que la Clínica Regional Santiago Tianguistenco obtuvo el mayor número de médicos con el conocimiento suficiente y medianamente suficiente para el manejo de la Lumbalgia, además dentro de la diversidad de Médicos procedentes de las diferentes universidades, se encontró que los médicos procedentes del Instituto Politécnico Nacional, de la Universidad Autónoma Metropolitana y de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo obtuvieron el porcentaje más alto en las evaluaciones realizadas, además el 52% de los médicos encuestados fueron del sexo femenino y de este porcentaje solo el 23% de ellas obtuvieron resultados medianamente suficientes para el manejo de lumbalgia, el resto (77%) no tiene el suficiente conocimiento de acuerdo a la Guía de Práctica clínica, el 48% de los médicos encuestados fueron del sexo masculino y de este porcentaje el 58% se encuentran con los conocimientos suficientes y medianamente suficientes para el manejo de Lumbalgia y solo el 42% no cuentan con los conocimientos adecuados.

## 5. CONCLUSION

Siguiendo lo establecido a cerca del Diagnóstico, tratamiento, manejo y seguimiento de lo establecido en las Guías de Práctica Clínica tanto nacionales como internacionales, objetamos que es de suma importancia el abordaje temprano de esta patología para evitar complicaciones, evitar cronicidad de la enfermedad y evitar malos manejos de la misma, la lumbalgia es un padecimiento que al detectar de manera temprana conlleva una tasa alta de remisión casi en su totalidad y una tasa baja de cronicidad, pero la falta de diagnóstico temprano lleva a que actualmente este padecimiento tenga mayor atención en su periodo crónico cuando el tratamiento deja de ser curativo y se convierte en un tratamiento paliativo de la misma enfermedad y sus complicaciones, cuestión que es importante corregir desde los primeros niveles de atención a la salud, por lo que es en este sector donde debe haber capacitaciones y certificaciones en el tema mencionado así como en múltiples enfermedades que llevan el mismo curso y se necesita afrontar desde el consultorio del Médico General y Familiar para un mejor desenlace.

En este trabajo de investigación se asoma una realidad en las clínicas de primer nivel en cuanto a los médicos que en ellas laboran, se demostró que a pesar de que la lumbalgia es un padecimiento muy frecuente en las instituciones, la mayoría de los médicos que atienden esta enfermedad no cuentan con conocimientos bien cimentados y claros a cerca del manejo que deben llevar los pacientes para evitar cronicidad, y secuelas o consecuencias que puedan poner en peligro su estabilidad física, profesional, económica y hasta familiar. Existen rubros en los que se debe trabajar con este grupo de médicos para tener las bases necesarias de tratamiento y seguimiento a los derechohabientes que presentan estas patologías, uno de los principales parámetros en los que se debe trabajar y capacitar es el área de la exploración física y la clínica del padecimiento, la semiología correcta de la patología para que el médico sea completamente capaz de diagnosticar de manera oportuna las fases iniciales de la Lumbalgia y evitar el uso inadecuado de los estudios de gabinete ya que no ha tenido ninguna relevancia clínica el sobreuso de estudios de imagen en esta patología a comparación de la adecuada exploración del paciente que determina las pautas para continuar con el manejo inicial y la posible remisión sin secuelas de la enfermedad, así también en la Lumbalgia Crónica de acuerdo a la evolución y las pruebas clínicas a realizar se debe continuar el tratamiento más apropiado o si es necesario como lo puntualizan en las Guías de manejo el posible envío oportuno a un segundo nivel en caso de no contar con el tratamiento apropiado en un primer nivel.

Se observó que de acuerdo a los diferentes manejos medicamentosos que existen para la Lumbalgia, cierto porcentaje de los médicos encuestados no inician con los medicamentos establecidos como primera línea, esto quizá desencadenado del momento en el que se consulta a cada uno de ellos y que probablemente no es el primer médico que se está consultando para la patología, sin embargo el uso de opiáceos, complejo b y relajantes musculares de primera intención sigue actualmente en la práctica médica continua de médicos en estas unidades, incluso las infiltraciones en primer nivel continúan siendo manejo de primera línea lo que conlleva a que el padecimiento no lleve la evolución que requiere así como el tiempo de rehabilitación y reposo no sea el apropiado de acuerdo a la cronicidad de la patología.

Se considera que en cuanto a las medidas de higiene postural y de prevención de lesión en columna, así como la higiene postural debe ser parte fundamental y que el médico de primer debe manejar puntualmente en cada paciente con esta patología, por lo tanto es indispensable que al tener el conocimiento puedan transmitirlo en sus consultas diarias para así proporcionar mejoría clínica, evitar riesgos, complicaciones y cronicidad de la enfermedad, ya que se observó que estos rubros aún tienen área de oportunidad para la mejoría en ambas clínicas de consulta externa.

Considerando que la Lumbalgia es una de las principales causas de incapacidad laboral en la atención de primer nivel y de urgencias, el médico de primer contacto debe tener claro el tiempo de incapacidad y delimitar en que paciente es necesaria dicha indicación para beneficio del paciente y en que pacientes es necesario no dar un reposo mayor que contribuya a aumentar la contractura muscular adyacente y por consiguiente el aumento de la sintomatología asociada, además teniendo en cuenta que a nivel institucional se cuenta con apoyo del área de Rehabilitación, es necesario que el personal de salud delimite y personalice a cada paciente que requiera el envío a este servicio para su oportuno manejo.

De acuerdo a los objetivos de este trabajo de investigación se encontró que el nivel de conocimiento de esta patología en los médicos encuestados (25 médicos) únicamente fue suficiente en un porcentaje mínimo, la mayoría de los médicos no cuentan con un conocimiento adecuado para el manejo de la misma, se realizaron comparaciones entre las clínicas que participaron y se encontró que el nivel más alto de conocimiento se encuentra en la clínica Regional Santiago Tianguistenco. Por lo tanto concluimos que estas áreas de oportunidad de mejora tendrían mejor resultado si se llevaran a cabo las siguientes propuestas:

- 1.- Capacitación del personal de primer contacto a acerca de las patologías que predominan en la consulta externa y de las diferentes especialidades que existen así como actualizaciones continuas de las mismas con autoevaluaciones y evaluaciones continuas, tomando en cuenta los manejos adecuados y de primera línea que se encuentran disponibles en las clínicas de consulta externa.
- 2.- Orientación y capacitación por medio de especialistas tanto de traumatología como de radiología para el envío adecuado de estudios de gabinete en el momento oportuno que evite el uso inapropiado y exagerado de dichos recursos.
- 3.- Establecer en cada clínica de consulta externa con todos los médicos involucrados los criterios de Referencia tanto a Traumatología como a Rehabilitación y el envío adecuado para las diferentes áreas, adecuadamente requisitado y habiendo cumplido con el manejo de primer nivel acorde a las Guías de práctica clínica nacionales.
- 4.- Vigilar que se cumpla con el manejo adecuado de la prevención de lesión de columna en las diferentes consultas de primer nivel, y con ello formar grupos de prevención de acuerdo a la patología para instruir tanto a enfermería como a Médicos a cerca de la adecuada indicación de medidas de higiene postural y prevención de lesiones.
- 5.- Ofrecer Diplomados avalados por Consejos Mexicanos de Especialidad por parte de los directivos de las unidades para las patologías Ortopédicas y traumáticas más frecuentes y que pueden ser manejadas en primer nivel para evitar el envío innecesario de los pacientes a otro nivel de atención.

- 6.- Brindar seguimiento en expediente clínico y con programas de prevención a los pacientes que ya se saben con la patología crónica y a la par con el médico tratante para que tenga continuidad de su paciente con citas subsecuentes.
- 7.- Capacitar a los médicos a cerca de terapias alternativas disponibles en las instituciones para que de manera integral puedan ser valorados los pacientes que se tienen con esta patología.
- 8.- Fomentar en los médicos de primer nivel en ambas clínicas la prevención en pacientes que tienen factores de riesgo para dichas patologías, con la formación programas específicos.
- 9.- Sesiones académicas en cuanto a actualizaciones continuas y discusiones de casos en las clínicas ya mencionadas para fortalecer el aprendizaje y conocimiento continuo.

## 6. REFERENCIAS

1. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención, IMSS, (2009, 19 julio 2017) Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/045\\_GPC\\_Lumbalgia/MSS\\_045\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/045_GPC_Lumbalgia/MSS_045_08_GRR.pdf)
2. JL. Peña Sagredo<sup>a</sup>, C. Peña<sup>a</sup>, P. Brieve<sup>a</sup>, M. Pérez Núñez<sup>a</sup>, A. Humbría Mendiola<sup>b</sup>, Fisiopatología de la Lumbalgia, Revista Española de Reumatología (Internet), 2002, (06, Marzo, 2019); Volumen 9, Num. 10, Pag 469-505. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-fisiopatologia-lumbalgia-13041270>
3. ABC (Internet). Distrito Federal: ABC, De Andrade María Paz, 2015 (20 julio 2017), Disponible en: <https://www.definicionabc.com/salud/lumbalgia.php>
4. F.Pérez Torres, C. Nuñez-Cornejo Piquer, C. Juliá Mollá, T. Buades Soriano, R. Ruiz de la Torre, D Ybáñez García, et I, Lumbalgia, SVReumatología (Internet), 2008, (07, septiembre, 2017); Volumen 23, Pag. 403, 404. Disponible en: <http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-23-Lumbalgia.pdf>
5. EUROPEAN COMMISSION COST (INTERNET), Guía de práctica clínica, lumbalgia inespecífica, 2005, (citado Octubre 19 del 2011), (17 junio 2017). Disponible en: [www.kovacs.org/imagenes/guia%20lumbalgia.pdf](http://www.kovacs.org/imagenes/guia%20lumbalgia.pdf)
6. Duque Vera Iván Leonardo, A.A, (Internet), PREVALENCIA DE LUMBALGIA Y FACTORES DE RIESGO EN ENFERMEROS Y AUXILIARES DE LA CIUDAD DE MANIZALES, 2011 (22 mayo 2017), Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a02.pdf>
7. M. SAUNÉ CASTILLO, R. ARIAS ANGLADA, I. LLEGET MAYMÓ, À. RUIZ BASSOLS, J. M. <sup>a</sup> ESCRIBÀ JORDANA, (2017), Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad, Elsevier (Internet), 2017 (02 agosto 2017), Disponible en: [http://www.elsevier.es,day03/08/2017/C:/Users/Administrador/Downloads/S004871200373326X\\_S300\\_es.pdf](http://www.elsevier.es,day03/08/2017/C:/Users/Administrador/Downloads/S004871200373326X_S300_es.pdf)
8. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C. (2014), The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014; 73: 968-974. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/73/6/968.full.pdf+html>
9. Rafael Rivas Hernández; Carlos A. Santos Coto, Manejo del síndrome doloroso lumbar, Rev Cubana Med Gen Integr (Internet), 201 (10 Agosto 2017); Volumen 26, Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100013)
10. Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de Goicoechea Fuentes AJ., et al, (2007), Guías de práctica clínica de Osakidetza (GPC 2007/1), Vasco), Guía de práctica clínica sobre Lumbalgia, Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publicaciones/juntos/guias/guiaLumbalgia.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicaciones/juntos/guias/guiaLumbalgia.pdf)
11. Ballinas Ordoñez, (2016), Recomendaciones para una buena higiene de columna vertebral y reforzar nuestra salud preventiva, México, Disponible en:

- <http://plenilunia.com/prevencion/recomendaciones-para-una-buena-higiene-de-columna-vertebral-y-reforzar-nuestra-salud-preventiva/41271/>
12. Rafael Rivas Hernández; Carlos A. Santos Coto, (2010), Manejo del síndrome doloroso lumbar, La Habana, Cuba; Rev. Cubana Med Gen Integr (Internet), v.26 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2010, Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100013) Revista Cubana de Medicina General Integral, versión On-line ISSN 1561-3038
  13. Williams y Charriere Dr. Bismarck Martín Piñero, I Dra. Carmen Rosa Chelala Friman, II Dr. Walter del Río Ricardo, III Lic. Odalys Roja Proenza, I Lic. Victor Hugo Lamarque Martínez, (2014), Una controversia en el tiempo: ejercicios de Williams y Charriere (Internet), Cuba, Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología, Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ort/v28n2/ort10214.pdf>
  14. Covarrubias-Gómez, A.A, (2010), Lumbalgia: un problema de Salud Pública (Internet), Distrito Federal, México: Medigraphic. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-210/cmas101y.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-210/cmas101y.pdf)
  15. Scielo (Internet) Soto-Padilla, A.A, Espinosa-Mendoza, B.B (ene/feb 2015), Acta Ortopédica Mexicana, México: Disponible en: [www.scielo.org.mx/scielo.php](http://www.scielo.org.mx/scielo.php)
  16. Epresspack (Internet), Boston: epresspack, julio 2012 (18 julio 2017), Dolor crónico. Disponible en: [www.epresspack.net/mnr/dynamic/2013/01/835567.pdf](http://www.epresspack.net/mnr/dynamic/2013/01/835567.pdf)
  17. Cvoed. (Internet). México, D.F: cvoed (Sept 2013). Disponible en: <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/04%20Traumatolog%C3%ADa%20y%20ortopedia-Interiores.pdf>
  18. Apendice F. Declaracion de Helsinki. Disponible en URL: [http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion\\_helsinki.pdf](http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf).
  19. INEGI (Internet). Aguascalientes: INEGI; 2014 (20 Oct 2014; 03 mar 2019). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/medico0.pdf>
  20. Aguilera, Ana; Herrera, Arturo. LUMBALGÍA: UNA DOLENCIA MUY POPULAR Y A LA VEZ DESCONOCIDA. Redalyc (Internet). 2013 (10 marzo 2019); 11(2): 81-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3757/375740253010.pdf>.
  21. Gob.mx (Internet). México: IMSS; (03 Oct 2018; 10 Mar 2019). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201810/246>.



## 7. ANEXOS

Edad: \_\_\_\_\_ femenino / masculino

Tiempo de laborar en la consulta externa: \_\_\_\_\_

¿Ha ocupado algún cargo administrativo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Universidad de procedencia: \_\_\_\_\_

¿Ha cursado algún diplomado o capacitación en traumatología y ortopedia con valor curricular los últimos 5 años? \_\_\_\_\_

**CONTESTE LAS PREGUNTAS DE ACUERDO A LO PUBLICADO EN LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA, FAVOR DE NO CONSULTAR LA GPC ANTES DE CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO (este cuestionario es solo un instrumento de tesis y no pretende ningún tipo de evaluación personal)**

1.- Definición de Lumbalgia

2.-¿El sobrepeso y obesidad incrementa el riesgo de lumbalgia?

3.-Describe las situaciones físicas, emocionales y laborales asociadas con la lumbalgia

4.-Cuales son las principales causas de lumbalgia:

5.-¿Cuál sería el primer abordaje clínico de un paciente con lumbalgia?

6.- En un paciente mayor de 50 años con lumbalgia crónica, ¿Qué sintomatología asociada se debe tomar en cuenta para sospechar de neoplasia?

7.-Clasificación de lumbalgia de acuerdo a su tiempo de evolución:

8.- De acuerdo al tiempo de evolución en lumbalgia, describa que tiempo se considera para denominar a cada una:

9.-Aspectos a evaluar en la exploración física de lumbalgia:

10.-Indicaciones de radiografía de columna lumbar en pacientes con lumbalgia:

11.-Describa la prueba de Lassegue y para que se utiliza:

- 12.- La presencia de parestesias en pacientes con Lumbalgia obliga a sospechar en:
- 13.- ¿Cuáles son los datos clínicos en lumbalgia que nos hacen sospechar Cauda Equina?
- 14.- Analgésico de primera línea para el tratamiento del dolor agudo y subagudo lumbar
- 15.- AINE utilizado en dolor lumbar que reporta menos complicaciones gastrointestinales:
- 16.-¿En qué momento se considera necesario iniciar con medicamento opiáceos o relajantes musculares en el tratamiento de lumbalgia?
- 17.-¿De acuerdo a la GPC es recomendable utilizar infiltraciones con esteroides en lumbalgia subaguda o crónica?
- 18.-¿Se considera como parte del tratamiento de lumbalgia la administración de Vitamina B?
- 19.-Mencione las medidas de higiene postural
- 20.-¿Cuántos días de reposo se recomiendan en el dolor agudo lumbar?
- 21.-Menciona las 2 indicaciones para el envío de los pacientes a Rehabilitación:
- 22.-¿Cuál es el objetivo de los ejercicios de Williams para el dolor agudo lumbar?