



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15

TÍTULO DE LA TESIS:

**APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE
LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
LA UMF 15 DEL IMSS**

NÚMERO DE REGISTRO
R-2022-3701-045

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR:

PRESENTA:

TELLO JUÁREZ CARLOS EDUARDO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS :

DRA TELLO JUÁREZ MARTHA GUILLERMINA
DRA CAZARES RAMÍREZ GRISELDA
DRA GARCÍA CERVANTES NANCY



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

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE
LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
LA UMF 15 DEL IMSS**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR:**

PRESENTA:

**TELLO JUÁREZ CARLOS EDUARDO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES:



**DRA. LYDIA CRISTINA BARRIOS DOMÍNGUEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, PRADO
CHURUBUSCO**



**DRA. NANCY GARCÍA CERVANTES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, PRADO CHURUBUSCO**



**DRA. MARÍA YOLADA ROCHA RODRÍGUEZ
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, PRADO CHURUBUSCO**



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

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2023

**APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE
LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
LA UMF 15 DEL IMSS**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR:**

PRESENTA:

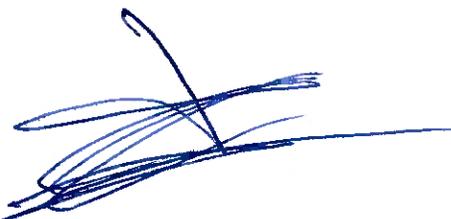
**TELLO JUÁREZ CARLOS EDUARDO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES:

ASESORES DE TESIS:



**DRA. TELLO JUÁREZ MARTHA GUILLERMINA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



**DRA GRISELDA CÁZARES RAMÍREZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD EN EL TRABAJO Y MEDICINA AMBIENTAL**



CIUDAD DE MÉXICO



**DRA NANCY GARCÍA CERVANTES
MEDICO FAMILIAR**



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

MARZO 2023

**APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE
LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
LA UMF 15 DEL IMSS**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR:**

PRESENTA:

**TELLO JUÁREZ CARLOS EDUARDO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES:



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE 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 MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA 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**

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3701**.
H GRAL ZONA NUM 1-A

Registro COFEPRIS **17 CI 09 014 056**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 018 2018100**

FECHA Jueves, 07 de julio de 2022

M.E. Nancy García Cervantes

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA UMF 15 DEL IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-3701-045

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. MARIA DE LOURDES GONZALEZ HERNANDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

Imprimir

INDICE	
RESUMEN.....	8
MARCO TEÓRICO	10
JUSTIFICACIÓN.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
OBJETIVOS.....	23
HIPÓTESIS	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
ASPECTOS ÉTICOS.....	30
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES.....	46
ANEXOS.....	47

RESUMEN

APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MARTHA GUILLERMINA TELLO JUÁREZ, MAESTRA EN CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS. GRISELDA CÁZARES RAMÍREZ, MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD EN EL TRABAJO. NANCY GARCÍA CERVANTES MEDICO FAMILIAR, MAESTRÍA EN EDUCACIÓN. CARLOS EDUARDO TELLO JUÁREZ, MEDICO RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR.

Introducción

En el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2018-2019, reportan que las dorsopatías se encuentran en el 6° lugar entre las diez principales motivos de consultas en Urgencias en el IMSS en el año 2018; y ocupa el 9° sitio de las patologías que son motivo de consulta externa de medicina familiar en el 2018 en el IMSS.

Esto concuerda con lo reportado por diversas series y estudios los cuales informan sobre una prevalencia de lumbalgia que varía del 15% hasta el 85% a lo largo de la vida. Afecta principalmente a pacientes del sexo femenino respecto al sexo masculino y a personas en edad laboral, esto condiciona repercusión tanto en ausentismo laboral, como en el pago de incapacidades laborales.

Objetivo

Se determinó el apego a la GPC para diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención en la UMF 15 del IMSS.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo. Se utilizó información correspondiente a número de seguridad social con la finalidad de tener acceso al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), para evaluación de las notas médicas de atención con la cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica.

Resultados

Se encontró que el grado de apego a la GPC en la UMF 15 no es el adecuado, siendo sólo del 6% de las notas médicas revisadas. Las recomendaciones con mayor apego fueron las de tratamiento farmacológico y no farmacológico con 85% de apego. La recomendación que menor apego tuvo fue la de diagnóstico.

Recursos e infraestructura.

Para esta investigación se utilizaron recursos propios del investigador como equipo de cómputo y papelería varia; así mismo se utilizó sistema de cómputo con acceso al sistema SIMF, propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social con la autorización de la dirección de la UMF 15 y de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 15, y fue realizada en las instalaciones de la UMF 15 en el horario de 8:00 a 20:00 de acuerdo al cronograma de actividades.

Palabras clave.

Lumbalgia, dorso lumbalgia, dolor lumbar, low back pain.

MARCO TEÓRICO

En 1978 el Subcomité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión”. En el año 2020 se hizo una revisión a la definición y esta definición fue modificada para ser conocida como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”. El dolor se debe considerar como una experiencia personal, la cual se ve influenciada por cuestiones biológicas, psicológicas y factores sociales. Esta definición de dolor propuesta por la IASP ha sido aceptada globalmente por profesionales de cuidado de la salud e investigadores en el campo del dolor, y ha sido adoptada por profesionales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) (2).

El dolor lumbar específicamente es una entidad patológica que se define como “aquel dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos, cuya intensidad varía en función de las posturas y de la actividad física. Es un dolor generalmente de carácter mecánico, suele acompañarse de limitación del movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado”, y se clasifica como crónico cuando persiste más allá de 12 semanas. Se diferencia el dolor lumbar en específico, cuando su origen se atribuye a una causa identificada y reconocible como proceso inflamatorio, tumor, infección, síndrome radicular, etc. Y como inespecífico cuando la condición que lo desencadena no es identificable. Múltiples estudios han demostrado que cerca del 90 % de los casos de lumbalgia no presentan algún tipo de lesión demostrable, razón por la que se cataloga como inespecífica (3)(4)(5)(6)(7).

De acuerdo con el tiempo de evolución, la presencia de dolor lumbar se puede clasificar en agudo, cuando su duración es menor a 6 semanas; sub agudo, cuando su duración es mayor de 6 semanas pero menor a 12 semanas; y crónico, cuando este dolor se ha presentado por más de 12 semanas. Y el recurrente, siendo una lumbalgia aguda en pacientes que han tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos asintomático de más de tres meses. Por su

etiopatogenia podemos clasificar a la lumbalgia en: Lumbalgia mecánica, lumbalgia no mecánica y dolor psicósomático (3)(5)(7).

La lumbalgia cónica es un proceso habitualmente discapacitante y reductor de calidad de vida relacionada con la salud, esta se presenta cuando el dolor lumbar supera los 3 meses o más, además, condiciona múltiples consecuencias en la esfera cognitiva y emocional para el paciente. El dolor lumbar ocupa la primera causa de consulta por dolor musculoesquelético en el primer nivel de atención. De acuerdo con datos publicados por la Secretaría de Salud en el 2019, la lumbalgia es la segunda causa más común de consulta de primer contacto (3)(5)(8).

Del mismo modo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reportó que en el año 2017 otorgó más de trescientas mil consultas por lumbalgia, y fue el padecimiento más frecuente en los trabajadores y fue la segunda causa de consulta en hospitales en la especialidad de traumatología y ortopedia (9).

Esto corresponde con lo reportado en 2015 por un hospital privado de la ciudad de México en donde este padecimiento ocupó el segundo lugar de ingresos hospitalarios en el servicio de traumatología y ortopedia (10).

En el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad de 2016, el cual recabó información sobre la patología en 188 países, la lumbalgia figuró con una alta prevalencia, siendo una de las 10 causas principales por las cuales las personas vivieron años con discapacidad (7).

El dolor lumbar es una de las principales causas de incapacidad temporal y de invalidez permanente. Se considera la principal causa de incapacidad temporal para el trabajo en personas mayores de 45 años y la patología musculoesquelética más sobresaliente en mayores de 65 años, sin embargo, puede afectar a cualquier edad. Por lo anterior, la lumbalgia tiene un predominio considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las cinco primeras causas de ausentismo laboral (3)(11).

La trascendencia e importancia de la lumbalgia tiene un impacto relevante tanto por la prevalencia de esta, y por los efectos que implica para la salud de los trabajadores y en la repercusión laboral por ausentismo y el costo de las incapacidades

temporales para el trabajo. Los elementos que intervienen como agravantes en la evolución del padecimiento son factores como: edad, sexo, eventos traumáticos, hábitos posturales, trastornos metabólicos, tabaquismo, obesidad, intoxicaciones, ocupación, entre otros (11).

De acuerdo con el indicador de años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA) la lumbalgia ocupa el noveno lugar como afección que causa mayor número de AVISA (12).

En el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2018-2019, reportan que las dorsopatías se encuentran en el 6° lugar entre las diez principales motivos de consultas en Urgencias en el IMSS en el año 2018; y ocupa el 9° sitio de las patologías que son motivo de consulta externa de medicina familiar en el 2018 en el IMSS (13).

Los padecimientos relacionados con la columna son de las principales causas de incapacidad temporal para el trabajo y discapacidad. En el año 2009 el sistema de información interna de Salud en el Trabajo del IMSS reportó que se realizó la calificación y dictamen de 68875 reportes de riesgo de trabajo que dieron lugar a 1462983 días de incapacidad temporal para el trabajo y 1142 pensiones por incapacidad permanente; y se originaron 1737 casos de invalidez. De 2009 a 2012 se produjeron 284225 riesgos de trabajo que derivaron en 7106020 días de incapacidad permanente y se emitieron 7973 dictámenes de invalidez por padecimientos relacionados con la columna (11).

Entre el 70 y 85% de las personas la padecen en algún momento de su vida, con mayor prevalencia entre los 49 a 59 años, pero sólo el 14% sufrirá un episodio que durará más de 2 semanas. Esto concuerda con lo reportado por diversas series y estudios los cuales informan sobre una prevalencia de lumbalgia que varía del 15% hasta el 85% a lo largo de la vida. En un 7.7% de los adultos puede persistir clínicamente como una lumbalgia crónica (3) (6)(10)(11)(14)(15)(16)(17)(18). Afecta principalmente a pacientes del sexo femenino respecto al sexo masculino y a personas en edad laboral, esto condiciona repercusión tanto en ausentismo laboral, como en el pago de incapacidades laborales. Ocasiona gran impacto económico,

es la causa más frecuente de ausentismo laboral en menores de 45 años y se encuentra entre los cinco diagnósticos primeros en consultas de nivel primario (14)(19)(20)(21)(22).

La lumbalgia es de etiología multifactorial. La presencia de la patología en población laboral está relacionada con el trabajo físico que es realizado de forma repetitiva, como en los trabajadores que realizan actividades de doblado, carga, vibración, torsión, jalar o empujar, trabajos repetitivos, posturas estáticas por largo tiempo, así como actividades laborales que exponen al trabajador a estrés psicológico, insatisfacción laboral, estrés y ansiedad. La realización de actividades manuales repetitivas que involucran levantar cargas pesadas, especialmente en posiciones incómodas con movimientos de giro y flexión, resultan en una sobre carga para la columna del trabajador. Otra exposición que condiciona sobre carga para la columna del trabajador es la actividad de jalar o empujar cargas pesadas. Además de otros factores de riesgo propios del paciente como disfunción cognitiva, depresión (6)(23).

En una revisión sistemática se identificaron factores que predisponen para la presencia del padecimiento y estos pueden ser modificables o no modificables, entre los cuales tenemos:

Edad: siendo más frecuente en la tercera década de la vida hasta los 55 años.

Sexo: la prevalencia fue mayor en mujeres en rangos de edad entre los 40 a 80 años.

Bajo nivel educativo: se encontró que existe una relación alta entre el bajo nivel educativo con el aumento de la incidencia de dolor lumbar y se considera un fuerte predictor en cuanto al pronóstico de la duración del dolor lumbar.

Talla: En investigaciones con trabajadores industriales, los más altos (talla igual o superior a 178 cm) presentaron dolores lumbares con menos frecuencia que los sujetos de estatura media (entre 166 y 177 cm de altura); y los más bajos (estatura igual o inferior a 164 cm) presentaron dolor lumbar con la misma frecuencia que los de estatura media.

Obesidad: existe una fuerte relación entre la prevalencia de dolor lumbar y un elevado índice de masa corporal (30 o más).

Factores hereditarios: la herencia genética tiene un papel importante en la degeneración del disco a nivel lumbar.

Factores psicosociales: la depresión y otros factores psicosociales influyen en la cronificación del dolor.

Factores laborales: las causas de dolor lumbar son múltiples, varios estudios han tratado de determinar la significación causal de diferentes factores en la producción del dolor. Entre las etiologías posibles se han citado factores físicos como el levantamiento de pesos, las cargas físicas elevadas, la vibración y el estrés postural. Este último ha sido considerado como el más comúnmente implicado, ya que incluye movimientos como inclinarse y girar que pueden ser frecuentes y repetidos, los cuales pueden conducir a degeneración discal y protrusiones discales de diversa magnitud, con dolor lumbar consecuente.

Tabaquismo: La incidencia de lumbalgia es más alta en fumadores que en aquellos que no fuman, reportando una alta correlación entre el hábito de fumar y el padecer dolor lumbar.

Flexibilidad: aunque los resultados revisados presentan resultados contradictorios, en diversos estudios han concluido que los trabajadores con musculatura fuerte y flexible resisten espasmos musculares, reportando así que las personas más flexibles informan menos dolor de región lumbar.

Práctica de ejercicios: En un estudio de cohorte sobre la incidencia de la actividad física en el dolor lumbar se demostró que la actividad física moderada se comportó como un protector del desarrollo de dolor lumbar, mientras que la actividad física intensa no constituye un modo de prevención en esta patología. Algunos autores han encontrado una relación directa entre la actividad física y la lumbalgia. No obstante, por otro lado, se encontró una asociación entre sedentarismo y lumbalgia.

Osteoporosis: estudios relacionan la disminución de la masa ósea a nivel lumbar con la incidencia de dolor a este nivel en hombres, mientras otros estudios asocian el dolor de espalda bajo con un aumento de la osteopenia y osteoporosis.

Episodios previos de dolor lumbar: el haber padecido antes de dolor lumbar es un factor de riesgo de lumbalgia. Además, en una revisión sistemática acerca de la epidemiología de la lumbalgia, dentro de los factores de riesgo estudiados el haber sufrido un episodio previo de dolor lumbar fue más influyente que los trabajos pesados y la práctica de deportes.

Embarazo: padecer dolor lumbar es el más común de los problemas músculo esqueléticos para las embarazadas, el cual se puede presentar desde periodo de embarazo temprano como es a las 16 semanas y con un incremento entre el quinto y séptimo mes del embarazo (14).

El dolor lumbar se puede clasificar de acuerdo con su etiología y a su tiempo de evolución. Por su etiología se clasifica en específica, inespecífica e inflamatoria; mecánica y no mecánica; también es clasificada de acuerdo al tiempo de evolución en la presentación del dolor como aguda cuando dura menos de 6 semanas, sub aguda cuando dura entre 6 y 12 semanas y crónica cuando dura más de 12 semanas (6)(23).

El diagnóstico de la lumbalgia se debe realizar iniciando con la historia clínica del paciente y un examen médico clínico minucioso. La semiología del dolor lumbar deberá incluir aspectos como inicio del dolor, localización e irradiación en caso de haberla padecido, tiempo de evolución, calidad e intensidad, patrones de dolor, eventos exacerbantes y atenuantes, duración del dolor y síntomas acompañantes: También deben de considerarse los aspectos psicosociales del paciente y sus condiciones laborales. Para el diagnóstico de lumbalgia no está recomendado el uso de estudios de imagen de manera rutinaria. Los aspectos a evaluar durante la exploración física incluyen la marcha y variantes de la marcha, arcos de movimiento, maniobras de exploración y la exploración neurológica para evaluar la fuerza y sensibilidad de acuerdo a los dermatomas (3)(5)(6)(24).

Con la finalidad de estandarizar el diagnóstico, diversos investigadores han propuesto un consenso de definiciones el cual se basa en la localización de síntomas, y su frecuencia, duración y severidad. Algunos de los factores que han sido asociados con la presencia de dolor lumbar en la población general se encuentran los siguientes: la prevalencia en todas las edades es mayor en mujeres; la prevalencia se incrementa con la edad hasta mediados de la edad adulta y posteriormente desciende; la prevalencia en países con ingresos altos es mayor que en países con ingresos medios o bajos. Estudios reportaron que la obesidad y el tabaquismo también fueron encontrados como asociación con el dolor lumbar (6).

El tratamiento de la lumbalgia se basa en diferentes estrategias, entre las que se integran el manejo farmacológico, siendo los fármacos de primera elección el paracetamol, seguido de antiinflamatorios no esteroideos (AINES); el regresar a la actividad de forma temprana y continuar con las actividades, también es parte del tratamiento, siendo recomendado guardar el menor tiempo posible de reposo. Se recomienda también realizar un programa estructurado de ejercicios, así como los ejercicios de la modalidad McKenzie, ejercicios de estabilización y de flexión del tronco, combinación de ejercicios de flexión y ejercicios de extensión del tronco, terapia conductivo conductual, y terapia combinada tanto conductivo conductual y terapia física, siendo esta la que muestra mejores resultados (2)(3)(10)(18)(20)(24)(25)(26)(27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34).

Las dorsopatías como la lumbalgia ocupan lugar dentro de las primeras 10 causas de consulta y de solicitud de atención médica en servicios de urgencias (13). Se ha informado que las enfermedades musculoesqueléticas se encuentran entre los problemas más importantes de salud en el trabajo y constituyen una de las principales causas de ausentismo laboral (35). Es importante reconocer el impacto que esta patología tiene en la vida de la población y la repercusión tanto en calidad de vida como en el costo institucional por atención e incapacidad para el trabajo. Esto se encuentra relacionado al hecho de que la mayor parte de la atención por esta patología se brinda en el consultorio de primer nivel, es a pacientes que se encuentran en edad productiva y la sintomatología le puede condicionar una

incapacidad temporal para el trabajo, con el costo económico que esto conlleva (19)(21)(36)(37)(38)(39)(40).

Para la unificación sobre el diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna del paciente con lumbalgia, se cuenta con fuentes de información que han sido establecidas como Guías de Práctica Clínica (GPC), encontrándose en la literatura mundial y recopilan la evidencia más reciente respecto a la patología tratada con la cual se cuenta al momento de su elaboración. Se puede definir una GPC como recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar en las decisiones del médico y el paciente sobre el cuidado apropiado de la salud en circunstancias clínicas específicas. Y estas se basan en revisiones sistemáticas de la evidencia disponible hecha por un panel de expertos multidisciplinarios (41).

En México se cuenta con las GPC IMSS-045-08 y GPC DIF-313-19, las cuales hablan del diagnóstico, tratamiento, prevención y manejo integral del dolor lumbar. Para la realización de estas guías se contó con la participación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento (42)(43).

Como el dolor lumbar inespecífico no tiene una causa anatomopatológica conocida, no existen tratamientos específicos que puedan proporcionarse, por lo que el objetivo es reducir el dolor y sus consecuencias. Los pacientes con dolor lumbar generalmente experimentan una reducción de la intensidad del dolor en las primeras seis semanas de seguimiento, sin embargo, cerca de 40% desarrollará dolor crónico que persiste por meses o años; e inclusive en quienes se recuperan rápidamente de un episodio agudo, la recurrencia en 12 meses es muy común (43).

Las evidencias y recomendaciones que se expresan en la GPC Manejo integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico son muy claras, el manejo del dolor lumbar no debe realizarse de forma generalizada, sino que dependerá de las características específicas de cada paciente, siendo así que no recomienda el uso rutinario de paracetamol para el manejo del dolor, sino el identificar los posibles

factores de riesgo en el paciente y utilizar de forma racional los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), tampoco recomienda el uso de pregabalina ni de gabapentina para el dolor lumbar inespecífico, ya que deberán ser utilizadas sólo en los casos de radiculopatía; así mismo sugiere que el uso de opioides deberá ser iniciado con tramadol antes que opioides fuertes y esto será en pacientes que no respondan al manejo con AINES o paracetamol. El uso de relajantes musculares se deberá realizar en pacientes en los cuales se identifique presentar espasmo muscular. Y los pacientes que presenten dolor lumbar con un componente psicoafectivo deberán ser manejados de forma integral con apoyo de un experto en salud mental (43).

Por otro lado, la GPC Diagnóstico Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención, si recomienda el uso de paracetamol como analgésico de primera elección sobre los AINES, dejando a estos sólo en caso de que el paracetamol sea insuficiente para el manejo del dolor. Concuerta en el uso de opiáceos menores en los casos en que el paracetamol y AINES no sean efectivos para el manejo del dolor. También recomienda el uso de relajantes musculares en caso de espasmo muscular y no ser usados por más de dos semanas.

También hace la recomendación de uso de antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos en pacientes con lumbalgia crónica en quienes hayan fracasado los tratamientos convencionales (42).

Ambas guías coinciden en no recomendar el uso de esteroides para el manejo del dolor lumbar (42)(43).

Se recomienda también disminuir el tiempo de reposo al mínimo y la incorporación temprana a la actividad diaria y en la medida que el dolor lo permita a la vida laboral. Parte del tratamiento integral es la realización de un programa de ejercicios los cuales deberán ser explicados y supervisados por un profesional certificado para este fin (42)(43).

Brindar intervenciones oportunas y eficaces para esta condición de salud, no solo impactará en la calidad de vida de la persona, además, disminuirá los costos de atención a la salud y los debidos a días no laborados. Para lograr esta meta las

guías ponen a disposición del personal de los tres niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con el objetivo de estandarizar las acciones acerca de:

- Identificar las intervenciones farmacológicas, de terapia física, de terapia ocupacional y psicosociales en adultos de 18 a 59 años con dolor lumbar inespecífico, con mayor eficiencia para disminuir el dolor, mejorar la función y prevenir recaídas
- Disminuir los costos de atención médica y la cantidad de días de trabajo perdidos (43)

JUSTIFICACIÓN.

Dado que el dolor incluye tanto el componente orgánico como uno emocional, el paciente que presenta dolor como causa de consulta representa un reto para el médico tratante.

El dolor lumbar, independientemente de su etiología, es una de las causas frecuentes de consulta en el primer nivel de atención y en los servicios de urgencias, es causa de años vividos con discapacidad y una de las patologías comunes por las cuales se expiden certificados de incapacidad temporal para el trabajo; por ello es importante que el médico tratante tenga apego a la guía de manejo referente a esta patología para proporcionar diagnóstico y manejo adecuados; así como referencia oportuna y medidas higiénico dietéticas necesarias para la atención del paciente.

La existencia de guías de práctica clínica, orientan a los profesionales sobre los elementos mínimos necesarios que se deben implementar al enfrentar una patología, por lo que su adecuado cumplimiento es importante llevarlo a cabo con apego a ellas. Así mismo, el tener un registro de su aplicación y apego por parte de los médicos tratantes es necesario, para que, a través de estos ejercicios, se estandarice la atención de los pacientes que acuden al servicio médico. Es conveniente que se realice de forma constante el ejercicio de evaluación del apego a estas guías por parte del personal médico que las aplica, con la finalidad de disminuir las omisiones en las recomendaciones propuestas por las guías.

El realizar la revisión de expedientes es un ejercicio que ayuda en la formación del médico, ya que, a través de la experiencia de otras personas, el médico en formación se puede dar cuenta de las áreas de oportunidad en las cuales se puede intervenir de alguna manera, capacitar el ojo clínico, refinar el interrogatorio, contrastar terapias de tratamiento, y valorar la oportuna referencia de un paciente para tratamiento especializado.

Con esta finalidad se realizó la presente tesis como instrumento para auxiliar la formación del médico residente, ya que, utilizando la experiencia de los médicos

tratantes plasmada en las notas médicas del expediente electrónico, con la revisión de mas de 300 notas médicas, se conjuntan las experiencias de diversos médicos en un corto periodo de tiempo y retroalimenta al médico residente, pudiendo así identificar las áreas de oportunidad en las que deba mejorar su práctica profesional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de este padecimiento radica en el hecho de ser una de las 10 causas principales de solicitud de atención médica en los servicios de salud de las UMF, afecta a personas en edad laboral y repercute en el ausentismo en centros de trabajo, así como motivo de expedición de incapacidad temporal para el trabajo y una causa de pensión prematura en derechohabientes en edad laboral; ocasionando un alto costo para los servicios de salud.

Por ello es importante que el médico conozca el manejo oportuno y adecuado de esta entidad nosológica. Surgiendo así la pregunta de esta investigación:

¿Cuál es el porcentaje de apego a la GPC para manejo de lumbalgia en el primer nivel de atención en la UMF 15 del IMSS?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Se identificó el grado de apego a la GPC para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia en el primer nivel de atención, en la UMF 15 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se identificó el apego a las recomendaciones para el diagnóstico por el médico familiar.

Se identificó las medidas higiénico-dietéticas que recomienda el médico familiar al paciente con lumbalgia.

Se identificó los manejos farmacológicos de mayor uso por el médico familiar tratante.

Se identificó el apego a la vigilancia y seguimiento por los médicos familiares.

HIPÓTESIS

H0: En la UMF 15 hay apego a la GPC para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia en el primer nivel de atención.

H1: En la UMF 15 no hay apego a la GPC para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia en el primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo. Previa autorización de la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar #15, se recolectó información del departamento de archivo electrónico y estadística (ARIMAC), correspondiente al periodo enero 2020 a diciembre 2020, sobre los pacientes que hayan sido atendidos con el diagnóstico CIE10 M54.4 (lumbago, lumbalgia). Se utilizó información correspondiente a número de seguridad social con la finalidad de tener acceso al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), para evaluación de las notas médicas de atención con la cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica. La recolección de datos se basó en obtener edad, índice de masa corporal (IMC), peso, talla, actividad laboral, tiempo de evolución, manejo farmacológico y no farmacológico, medidas higiénico dietéticas y recomendaciones médicas realizadas a los paciente. En ningún momento se utilizó nombre u otro dato personal asociado al número de seguridad social. Esta información obtenida en la revisión de notas médicas del sistema SIMF. El instrumento de verificación de apego utilizado fue la Cédula de Verificación de Guía de Práctica Clínica para determinar el grado de apego a la GPC Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención IMSS-045-08, el cual no se encuentra validado, dicho instrumento de evaluación fue proporcionado por el Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEF).

POBLACIÓN

Pacientes de la UMF 15 del IMSS que fueron atendidos por dolor lumbar en el periodo enero 2020 a diciembre 2020.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes en rango de edad de 18 a 65 años, que cuyo motivo de atención médica fue dolor lumbar.

Notas médicas del expediente SIMF de pacientes que recibieron atención médica por lumbalgia

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de dolor lumbar de origen inflamatorio.

Pacientes que contaban con valoración previa por el servicio de traumatología y ortopedia.

Pacientes ya valorados por el servicio de reumatología.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expedientes incompletos.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Con información proporcionada por el servicio ARIMAC de la UMF 15, a partir de todos los casos que cumplan con los criterios de selección, se calculará tamaño de muestra para proporción en población finita y se realizó una selección con método para muestra aleatoria simple.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó cálculo de muestra para población finita utilizando la siguiente fórmula:

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

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (valor= 0.5. Se selecciona este valor para maximizar tamaño de muestra ya que no se ha descrito previamente la proporción)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (se desea un 5%).

$$n = \frac{3048 * 1.96^2 * .5 * .5}{.05^2 * (3048 - 1) + 1.96^2 * .5 * .5} = 342.296$$

VARIABLES

Por tratarse de un estudio descriptivo no se cuenta con variables dependiente e independiente. Se evaluó la presencia o ausencia de apego a GPC utilizando el instrumento Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica. Sin embargo con fines académicos se considera como variable dependiente el apego a la guía y la referencia a segundo nivel; y como variables independientes el sexo, edad, IMC, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico,

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	CODIFICACIÓN
APEGO A LA GUÍA	% de cumplimiento de recomendaciones de la cédula	Cuando se cumple con al menos 80% de las recomendaciones hay apego.	Categoría	1.- Si 2.- No
SEXO	El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Condición de hombre o mujer de acuerdo al registro en nota médica del SIMF	Categoría	1.- Hombre (H) 2.- Mujer (M)
EDAD	Número de años cumplidos desde el nacimiento	Años cumplidos por el paciente registrados en nota médica del sistema SIMF	Numérica	DISCRETA
Índice de Masa Corporal (IMC)	Peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros	REPORTADO EM SIMF	Numérica	CONTINUA
Referencia a segundo nivel de atención	Documento de referencia para manejo especializado o complementación diagnóstica en hospitales.	EXPEDICIÓN DE 4308 EN SIMF	Categoría	1 SI 2 NO
Tratamiento farmacológico	Uso de fármacos para el tratamiento de la lumbalgia	Fármacos expedidos en receta registrados en sistema SIMF	Categoría	1 Paracetamol 2 AINE 3 Esteroides 4 COMPLEJO B

Tratamiento farmacológico	no	Aquellas medidas no relacionadas con el uso de fármacos para el tratamiento de la lumbalgia	Registro de recomendaciones farmacológicas registradas en sistema SIMF	de no en	Categoría	1 SI 2 NO
---------------------------	----	---	--	----------	-----------	--------------

Elaborado por Tello Juárez Carlos Eduardo

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobres los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de**

la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. **Confidencialidad:** Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del estudio de investigación, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. **Consentimiento Informado:** Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrase en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos

asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.

3. Justicia: La invitación a participar será a todos los derechohabientes de la UMF, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio son determinar el Apego a la GPC, diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención en la UMF 15 del IMSS. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con carta de no inconveniente por la Dirección de la UMF 15.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación

Conflictos de Interés

Para la realización de este estudio no se recibió financiamiento institucional o externo; y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RESULTADOS

Las características de la población estudiada se muestran en el cuadro 1. Se encontró que el predominio de los pacientes fue de sexo femenino 58.02% y sexo masculino 41.98%. Las edades fueron entre los 19 años como mínimo y 65 como máximo. El IMC mínimo fue de 21.09 y el máximo fue de 58.2, con predominio de obesidad grado 1 en ambos grupos.

CUADRO 1. Características demográficas de la población de estudio.

Características de la población y estado nutricional			
Características	Hombres n=144	Mujeres n=199	Total n=343
	% o Mediana (RIC)	% o Mediana (RIC)	% o Mediana (RIC)
Edad (años)	41.5 (19.5)	49 (19)	47.00 (19)
Talla (m)	1.70 (0.09)	1.58 (0.08)	1.62 (0.13)
Peso (kg)	79.50 (20)	72 (20)	74.00 (21)
IMC	32.17 (8.9)	34.41(7.87)	33.71 (8.5)
Estado Nutricional			
Eutróficos	13.89	3.02	7.58
Sobrepeso	26.39	12.56	18.37
Obesidad			
Obesidad I	27.08	39.70	34.4
Obesidad II	20.14	23.12	21.87
Obesidad III	12.50	21.61	17.78

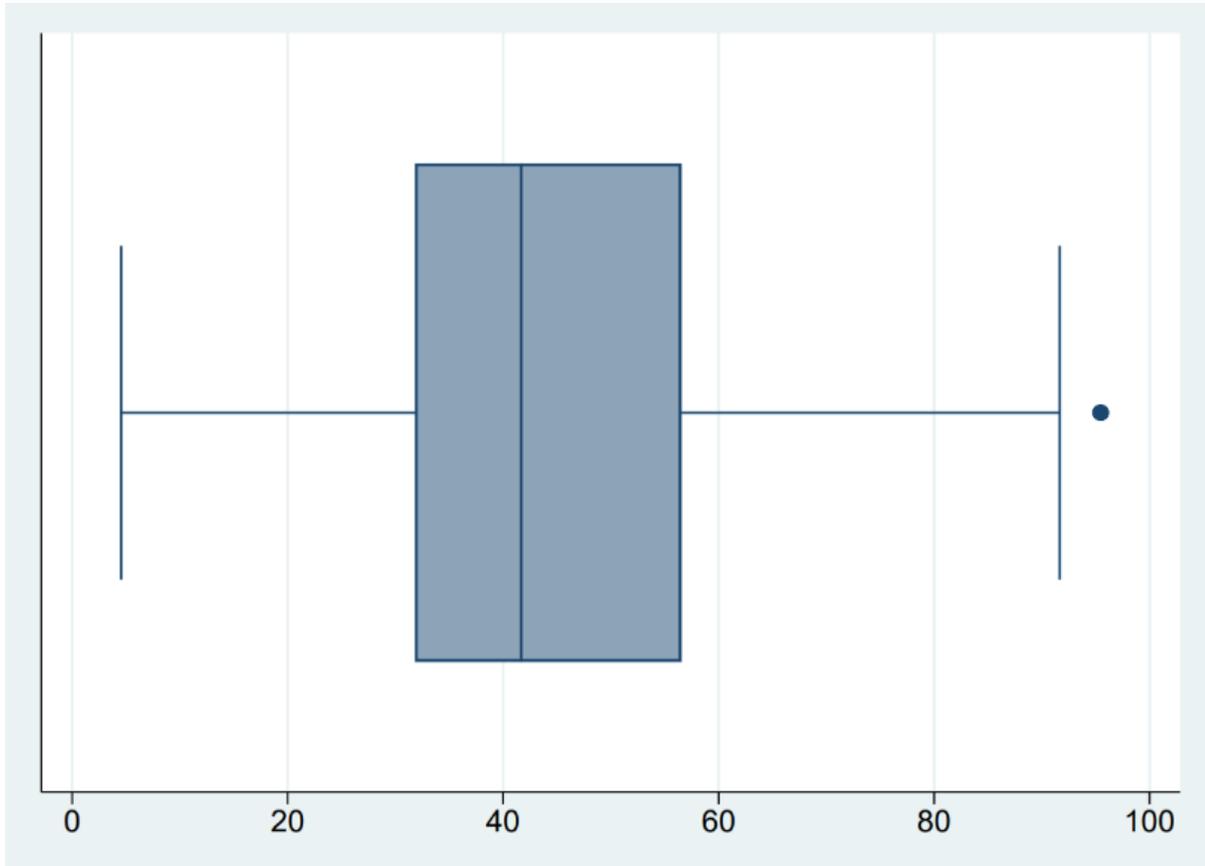
Se realizó cruce de variables, como se muestra en el cuadro 2, usando los grupos de estudio, demostrando que en el grupo de apego no hubo diferencia en cuanto al sexo, la mediana de edad fue de 48 años, con un peso y talla promedio de 74kg y 1.63 m respectivamente, con un índice de masa corporal de 33.7. Lo que clasifica a la población en un estado nutricional de obesidad, mayoritariamente grado II. En el grupo de no apego si tuvimos diferencia en los sexos con una población mayormente de mujeres con una mediana de peso y talla en 74kg y 1,62m respectivamente. Clasificando a la población con un estado nutricional de obesidad grado I con un IMC de 33.7.

CUADRO 2. Características demográficas por apego

		NO APEGO N=322	APEGO N=21
SEXO	Masculinos	133	11
	Femeninos	189	10
Edad (años)		47	48
Talla (m)		1.62	1.61
Peso (kg)		74	74
IMC		33.7	34
Estado Nutricional			
Desnutrición		0	0
Eutróficos		23	3
Sobrepeso		60	2
Obesidad			
Obesidad I		112	6
Obesidad II		68	8
Obesidad III		59	2

Se encontró que 21 notas médicas cumplieron el apego a la GPC y 322 no cumplieron apego. La mediana de cumplimiento fue 45%, con rango intercuartil entre el 30% y 55%.

GRÁFICO 1. Grado de apego a GPC.

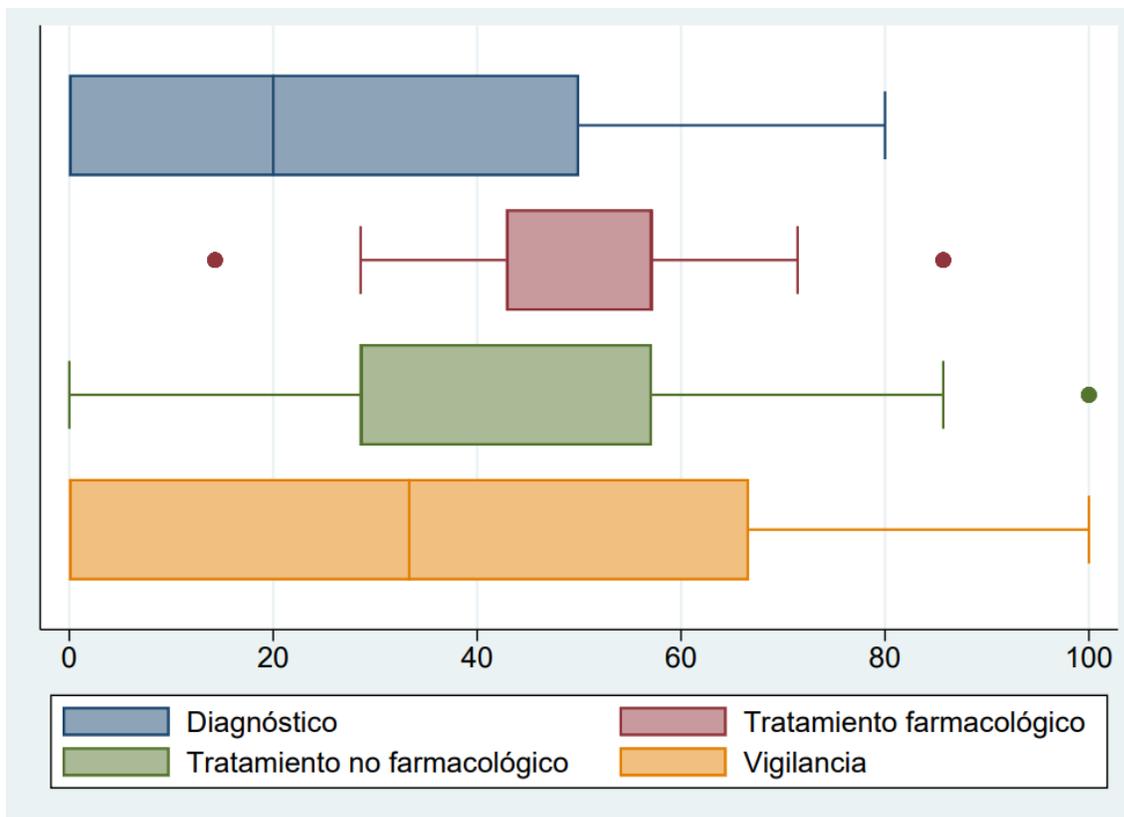


Las recomendaciones que menos cumplimiento tuvieron fueran las relacionadas al diagnóstico de la patología. En ninguno de los casos se logró un apego del 100%, teniendo como máximo el 80% de cumplimiento en tres expedientes (0.8%) y una mediana del 20%. Se encontró que hubo casos los cuales tuvieron 0% de cumplimiento a las recomendaciones.

Las recomendaciones de tratamiento farmacológico como máximo cumplimiento fue del 85%.

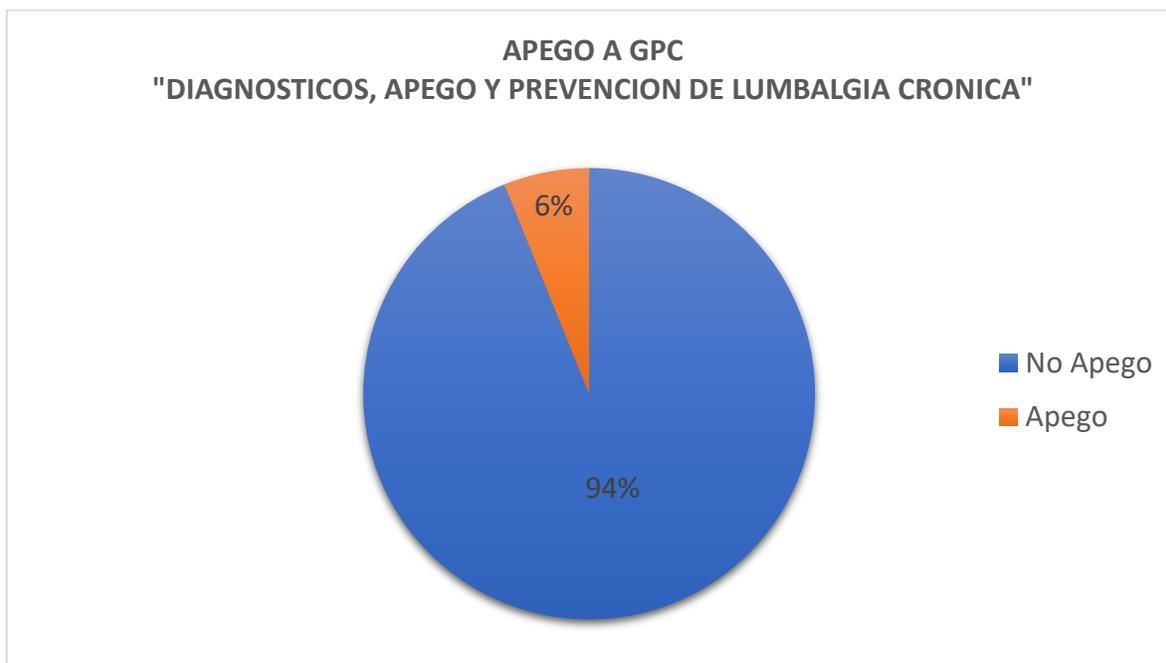
El apego a recomendaciones de tratamiento no farmacológico tuvo cumplimiento de hasta el 85%, con rango intercuartil entre el 30% y el 55%.

Acerca de las recomendaciones de vigilancia podemos observar que hubo casos con apego del 100%, obteniendo una mediana del 35% y rango intercuartil desde 0% hasta 65%.



De los 343 casos estudiados, el 6% (21 casos), tuvieron al menos el 80% de apego a la GPC y el 94% (322) no tuvo apego a la GPC.

GRÁFICO 3. Porcentaje de apego a GPC.

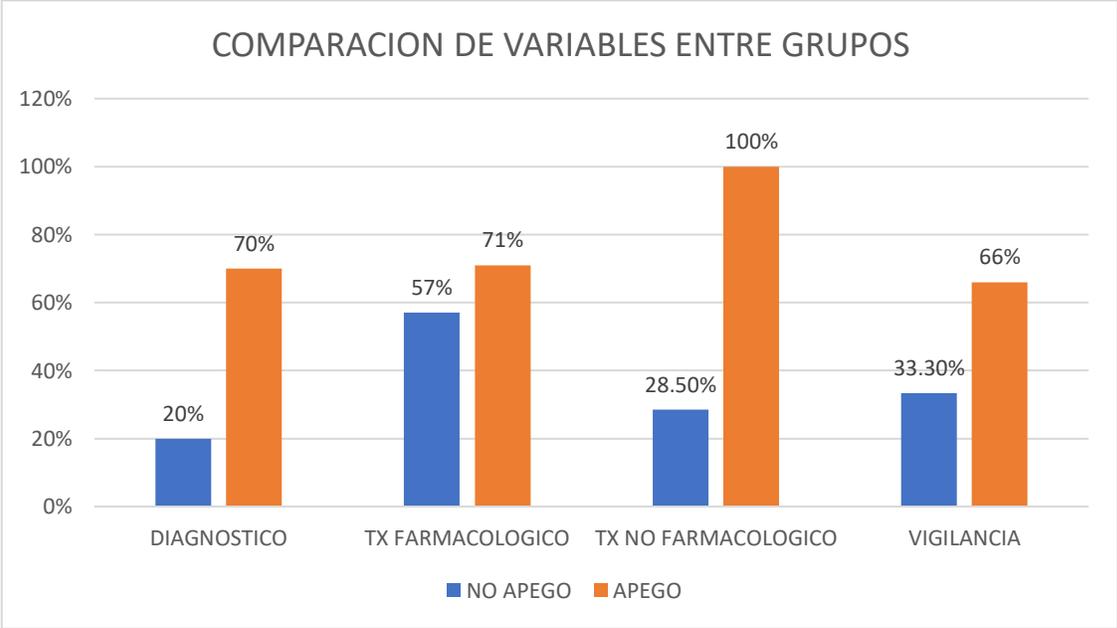


Se encontró que 21 notas (6% de los expedientes revisados) tuvieron al menos el 80% de apego a la GPC, siendo las recomendaciones de tratamiento no farmacológico las que mayor cumplimiento tuvieron (19 expedientes), seguido de las recomendaciones de tratamiento farmacológico y de vigilancia (2 expedientes en cada recomendación); un expediente revisado cumple con al menos el 80% de apego a la recomendación de diagnóstico. En 4 de los 21 expedientes, se reportó que el paciente cumplía con criterios para realizar referencia a segundo nivel de atención, por lo que se inició el protocolo de referencia en tres de los casos y el otro caso se refirió al servicio de urgencias.

En el total de los expedientes revisados, las recomendaciones de diagnóstico fueron las que menor cumplimiento registraron. Dentro de este rubro, el apartado que hace referencia al interrogatorio acerca del tipo de actividades laborales que desempeña el paciente, fue el de menor cumplimiento, encontrando que se hizo descripción de ello en 2.3% de los expedientes (8 notas médicas).

Para analizar los datos se realizó una comparación de las variables evaluadas en cada grupo, los datos encontrados se reflejan en la gráfica 4. Encontrado que en todos los rubros el cumplimiento en el grupo de apego fue mayor, principalmente en el apego del tratamiento no farmacológico donde encontramos un apego hasta del 100%, en cuanto al diagnóstico, tratamiento farmacológico y vigilancia todos los rubros se cumplieron al menos arriba de 60%. En el caso de la referencia se registraron solo 34 en los 2 grupos con un porcentaje de cumplimiento entre 33-60%, en ambos la mediana fue de 0, por lo que se decidió no incluirla en la gráfica.

GRAFICA 4. Comparación de variables entre grupos



Finalmente se analizó el tratamiento farmacológico, el cual se basó en el uso de paracetamol como primera línea (92.3% de los expedientes revisados), seguido del grupo de aines (diclofenaco en combinación con paracetamol (19%), ketorolaco en aplicación intramuscular (27.4%), piroxicam (8%), naproxeno (8%). Se encontró en el 10.9% de los expedientes, la práctica de manejo farmacológico con esteroides intramuscular (dexametasona). El uso de complejo B intramuscular también fue documentado en el 9.6% de los expedientes.

CUADRO 3. Porcentaje de uso de fármacos como tratamiento.

FARMACO	% DE USO
PARACETAMOL	92.3
DICLOFENACO	19.8
KETOROLACO IM	27.4
PIROXICAM	8
NAPROXENO	8
ESTEROIDE IM	10.9
COMPLEJO B	9.6

Las recomendaciones no farmacológicas tuvieron cumplimiento en 25 (7.2%) de los expedientes.

Se realizó referencia de 37 (10.7%) pacientes totales al servicio de traumatología y ortopedia por encontrarse criterios para ello.

El seguimiento y vigilancia tuvo cumplimiento del 100% en 10 (2.9%) de los expedientes revisados.

DISCUSIÓN

Considerando que el dolor lumbar, ocupa la primera causa de consulta por dolor musculoesquelético en el primer nivel de atención; esto de acuerdo con datos publicados por la Secretaría de Salud en el 2019, refiriendo que la lumbalgia es la segunda causa más común de consulta de primer contacto (3)(5)(8). Es importante que se realice un adecuado abordaje de la patología, desde su exploración y diagnóstico hasta su vigilancia, para disminuir el impacto de la enfermedad en los costos de atención en salud y la identificación oportuna de los pacientes con riesgo de cronicidad, incapacidad prolongada o estado de invalidez.

La lumbalgia es una patología común que pueden padecer hasta el 70 y 85% de las personas algún momento de su vida, pero sólo el 14% sufrirá un episodio que durará más de 2 semanas. Y una prevalencia de lumbalgia que varía del 15% hasta el 85% a lo largo de la vida; en un 7.7% de los adultos puede persistir clínicamente como una lumbalgia crónica (3) (6)(10)(11)(14)(15)(16)(17)(18). Debido a sus múltiples etiologías, el costo que representa para los servicios de salud tanto en costo por atención médica como por motivo de incapacidad temporal para el trabajo, y su repercusión en la calidad de vida del paciente; es muy importante que se realice un manejo adecuado de la enfermedad con la finalidad de proporcionar la mejor atención disponible generando el menor costo en salud (3)(4)(5)(6)(7)(11)(12). Debido a esto es importante tener apego a los instrumentos de evaluación con los que actualmente se dispone, como lo es la cédula de evaluación de apego a la GPC.

En nuestro estudio se encontró que en cuanto al sexo hubo mayor predominio de mujeres como esta descrito en la bibliografía, sin embargo, hasta el momento no se ha encontrado una causalidad de esto. La prevalencia descrita en la bibliografía es entre los 49 a 59 años, sin embargo, en el estudio se encontró una mediana de edad poblacional de 47 años, esto probablemente porque la población estudiada fue en edad económicamente activa que va de los 18 a 65 años.

El peso se considera un factor de riesgo para el desarrollo de lumbalgia, por ello se consideró necesario conocer el estado nutricional de la población. En este estudio se usó el IMC encontrando que el 74% de la población está en algún grado de

obesidad. Cuando se clasificó a la población en grupos de apego y no apego se encontró una diferencia en el grado de obesidad; por lo que sería importante considerar este hallazgo para investigaciones futuras.

Para contestar la hipótesis, se evaluó el porcentaje de apego al cumplimiento de la guía con un corte de 80%, identificando una median de apego global de 42%, esto pudiendo deberse a la omisión por parte del médico del registro completo de los componentes del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente en la nota médica.

El apego a la guía en el diagnóstico reportó una mediana de 20%, lo cual refleja el limitado registro en los rubros que hacen referencia a las actividades laborales del paciente, factores de estrés psicosociales, tiempo de evolución del dolor lumbar, y exploración clínica de sistematización. Por lo cual sería importante hacer énfasis en la importancia de registrar esta información en el expediente.

El bajo porcentaje de referencia de pacientes a segundo nivel se explica con el hecho de no cumplir con los criterios necesario para ello; así también, con el dato encontrado respecto al estado nutricional de los pacientes, ya que, para considerar la referencia, este deberá encontrarse con IMC adecuado y que no presente mejoría en la sintomatología.

Respecto al bajo apego en el seguimiento del paciente se considera que es influido por el hecho de ser tratados por múltiples médicos lo cual limita el tiempo de atención efectivo por paciente por parte del médico, teniendo que hacer revisión de notas previas, y reinterrogar al paciente por el motivo de consulta y estado actual.

Las medidas no farmacológicas que mayor evidencia aportan en el tratamiento de la patología son las de no limitar la actividad física, siendo recomendado el retorno temprano a las actividades laborales y de la vida diaria. Siendo estas recomendaciones las que mayor porcentaje de apego tuvieron.

La existencia de múltiples opciones de tratamiento farmacológico le da al médico la posibilidad de decidir el tratamiento más adecuado para cada paciente dependiendo la presentación clínica de la patología, y el contexto social. En este estudio se

reportó una mediana de apego del 50%, encontrando que el fármaco más utilizado para el manejo del dolor fue el paracetamol, seguido de AINES (diclofenaco, ketorolaco, piroxicam, naproxeno). Persiste el uso de esteroide y complejo B, sin que esto sea sustentado por la bibliografía (42)(43).

CONCLUSIONES.

En este estudio se encontró que no hay un buen porcentaje de apego con la GPC diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención en la UMF 15 del IMSS. Dentro de las causas que se pueden atribuir a este resultado está la falta de seguimiento de forma constante por el consultorio de medicina familiar correspondiente a cada paciente, ya que, al ser valorados por múltiples médicos, se pierde la continuidad del tratamiento y seguimiento, teniendo que realizar una revisión de expediente previo con lo que se disminuye el tiempo efectivo de atención. Se encontró que, en muchas de las notas médicas revisadas, los médicos hacen referencia a estar atendiendo pacientes referidos por unifila para su atención, atribuyendo por parte del médico que esta estrategia genera retraso y disminuye el tiempo de atención por paciente. Otro de los hallazgos fue la práctica de uso farmacológico de esteroide sistémico, así como de complejo B para el tratamiento de la patología estudiada, sin que exista evidencia en la literatura que apoye esta práctica; por lo que se podría estar haciendo uso inadecuado de los recursos al incurrir en esta práctica.

También se encontró que en las notas se menciona la indicación de “higiene lumbar” o “higiene de columna”, sin embargo, hay poca referencia a la recomendación de realizar ejercicios de fortalecimiento de musculatura lumbar.

En muchos de los casos se encontró que el médico hace referencia a un interrogatorio muy generalizado quedando implícito la realización del interrogatorio y exploración, sin embargo para fines evaluativos mediante el instrumento utilizado, esto debe ser claramente descrito en la nota médica y es por esto que no hay cumplimiento con los ítems de registro del apego a la GPC; sin que sea una falla por parte del médico y guarda relación con el tipo de instrumento.

Es así como se puede concluir que el manejo de la patología lumbar sea aguda o crónica debería ser tratada, preferentemente, por el mismo médico, realizar una descripción más profunda de la semiología del dolor, así como profundizar sobre las recomendaciones no farmacológicas al paciente.

Al realizar el ejercicio de revisión de expediente médico, ayuda al médico residente para afinar los puntos en los que debe de hacer énfasis durante el desarrollo de la consulta, usando como base la experiencia del médico adscrito y pudiendo partir de ahí para mejorar.

Se recomienda realizar una investigación en la cual se analice el instrumento de evaluación del grado de apego, con la finalidad de validar el instrumento y adecuarlo a la práctica clínica en las unidades de medicina familiar.

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA UMF 15 DEL IMSS

MARTHA GUILLERMINA TELLO JUÁREZ, MAESTRA EN CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS. GRISELDA CÁZARES RAMÍREZ, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO. NANCY GARCÍA CERVANTES MÉDICO FAMILIAR, MAESTRÍA EN EDUCACIÓN. CARLOS EDUARDO TELLO JUÁREZ, MEDICO RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR.

ACTIVIDAD	Sep 2021	Oct 2021	Nov 2021	Dic 2021	Ene 2022	Feb 2022	Mar 2022	Abr 2022	May 2022	Jun 2022
Selección del tema	P									
	R									
Recolección de información bibliográfica		P	P	P	P					
		R	R	R	R					
Elaboración de protocolo				P	P	P	P			
				R	R	R	R			
Revisión de protocolo por asesores						P	P	P	P	
						R	R	R	R	
Registro en SIRELCIS								P		
Recolección de datos								P	P	
Análisis estadístico								P	P	
Resultados									P	
Informe final										P

Elaboró: Tello Juárez Carlos Eduardo. (P: planeado, R: realizado)

Anexo 2. Cédula de verificación de Guía de Práctica Clínica

APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MARTHA GUILLERMINA TELLO JUÁREZ, MAESTRA EN CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS. GRISELDA CÁZARES RAMÍREZ, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO. NANCY GARCÍA CERVANTES MEDICO FAMILIAR, MAESTRÍA EN EDUCACIÓN. CARLOS EDUARDO TELLO JUÁREZ, MEDICO RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
División de Excelencia Clínica

Cédula de Verificación de Guía de Práctica Clínica

Delegación/UMAE:		
Unidad:		
No de seguridad social:		
Edad y sexo:		
Fecha de la evaluación:		
TÍTULO DE LA GPC		Calificación de las recomendaciones
Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Lumbalgia Aguda y Crónica, en el Primer Nivel de Atención		
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN
Hombres y Mujeres \geq 18 años. No se abordan problemas de tipo degenerativo o metabólicos	Médico Familiar, Médico Internista, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatología y Ortopedia, Urgencias Médicas, Medicina del Trabajo, Médico General, Médicos en formación.	Primer Nivel de Atención
RECOMENDACIONES		
Diagnóstico		
En la evaluación del paciente con lumbalgia, investigar factores de riesgo (obesidad, sedentarismo asociado a posiciones viciosas, cargar objetos pesados en posiciones incorrectas) y la presencia de alteraciones psicosociales (depresión, ansiedad, insomnio, esteres laboral).		
Durante la evaluación clínica, indagar el tipo de actividad laboral desempeñada, posturas utilizadas, tipo y frecuencia de los esfuerzos que se realizan.		
Identifique al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, dolor lumbar potencialmente asociado con radiculopatía o dolor lumbar potencialmente asociado con enfermedad sistémica específica.		
En la primera consulta médica, elaborar semiología del dolor (localización, factor desencadenante, factores de exacerbación, factores que lo mejoran, irradiación, tiempo de evolución (aguda (< 6 semanas), subaguda (entre 6 y 12 semanas) y crónica (> 12 semanas), así como evaluar la limitación funcional, factores de riesgo laboral y signos de alarma (edad >50 años, antecedente de neoplasia, síndrome constitucional, no mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de esteroides y síndrome de cauda equina).		
Al interrogar a un paciente con lumbalgia, pone atención en identificar el tipo de dolor (mecánico/inflamatorio) e investigar datos de compromiso neurológico.		
Sospechar dolor lumbar asociado a neoplasia ante: paciente con edad >50 años, antecedente de cáncer, pérdida de peso, en aquellos que no presentan mejoría después de 4-6 semanas y en los que presentan dolor continuo o progresivo incluso en reposo.		
Investigar la presencia de paresia para corroborar el diagnóstico clínico.		
Suponer dolor lumbar debido a fractura, ante el paciente > 60 años, sexo femenino, con antecedente de osteoporosis, empleo crónico de esteroides y con antecedente de fractura previa.		
Es importante investigar la presencia de retención urinaria, tono de esfínter reducido, dolor en ambas piernas, déficit sensitivo-motor y anestesia en silla de montar en el paciente con lumbalgia debido síndrome de cauda equina.		
En pacientes con dolor lumbar irradiado o presencia de síntomas neurológicos, es adecuado realizar una exploración neurológica que incluya la prueba de Lassegue, así como evaluar sensibilidad, fuerza muscular y reflejos.		
Los datos clínicos asociados con dolor lumbar de origen inflamatorio incluyen: edad < 45 años, dolor que mejora con el movimiento, rigidez con duración mayor de 3 meses, historia de entesitis, mono u oligoartritis, uveítis anterior aguda e historia familiar de espondiloartropatías		

En la radiografía simple de columna, buscar de forma intencionada: escoliosis, alteración en las curvaturas, evaluar la forma de las vértebras, investigar fracturas, listesis, evaluar los espacios intervertebrales, la disminución de foramen oval, presencia de osteofitos y alteración en tejidos blandos.	
Pueden solicitarse estudios de imagen diagnóstica cuando estén presentes alguno de los siguientes: déficit neurológico grave o progresivo y ante sospecha de enfermedad específica, con base en la información obtenida de la historia clínica.	
La realización rutinaria de resonancia magnética y tomografía axial computada, en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma, No se recomienda.	
En pacientes con lumbalgia persistente, con signos y síntomas de radiculopatía o estenosis espinal considerar resonancia magnética y tomografía computada, únicamente si son candidatos potenciales a intervenciones invasivas: cirugía o inyección epidural con esteroides (por sospecha de radiculopatía).	
Solicitar biometría hemática completa y reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular) en el paciente con sospecha clínica de lumbalgia inflamatoria o sistémica y/o presencia de signos de alarma.	
Tratamiento Farmacológico	
Prescribir paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda inespecífica, por su mejor perfil de riesgo/beneficio.	
Cuando el paracetamol es insuficiente para alivio del dolor, se sugiere como fármaco de segunda elección, el empleo de un AINE durante períodos cortos o en la menor dosis posible. Cualquier AINE es igualmente eficaz en el tratamiento de la lumbalgia.	
La administración de opiáceos en la lumbalgia aguda No se recomienda como tratamiento inicial. En la lumbalgia aguda o crónica que no responden a paracetamol y AINE, puede asociarse los opiáceos menores durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares.	
Puede considerarse el uso de relajantes musculares en pacientes con dolor lumbar y espasmo muscular intenso por una duración de 3 a 7 días y no más de 2 semanas.	
Utilizar antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, a dosis antidepresivas, en pacientes con lumbalgia crónica en los que los tratamientos convencionales fracasaron. (Debe tenerse en cuenta el perfil de efectos secundarios antes de su prescripción y que su efecto terapéutico se consigue entre las 3 y 4 semanas).	
La indicación de antidepresivos en el tratamiento de la lumbalgia aguda, No se sugiere.	
No es aconsejable la utilización de esteroides sistémicos en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico.	
No se recomiendan infiltraciones epidurales, facetarias, en puntos gatillo o intradiscales en personas con dolor lumbar subagudo o crónico inespecífico.	
No se sugiere la utilización de vitamina B en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico.	
Tratamiento no Farmacológico	
Informar y educar al paciente medidas de higiene postural por ejemplo, la forma correcta de sentarse, evitar cargar objetos pesados en posiciones inadecuadas, así como realizar ejercicios de flexión básicos con la finalidad de limitar manifestaciones clínicas de lumbalgia.	
Se recomienda que el reposo en cama debe estar limitado a no más de 2 días y únicamente como opción para pacientes con dolor grave con irradiación a miembros pélvicos. El reposo en cama por más de 4 días podría llevar al desacondicionamiento físico y no es recomendado en problemas de lumbalgia aguda.	
No se puede recomendar el masaje como terapia única en la lumbalgia aguda, subaguda y crónica.	
En pacientes con lumbalgia aguda y subaguda puede recomendarse la aplicación de calor local para el alivio del dolor. El empleo de calor está contraindicado en caso de alteraciones sensitivas, escaras, alteraciones de la coagulación y procesos neoplásicos.	
Es importante sugerir al paciente interrumpir cualquier actividad o ejercicio que cause aumento de los síntomas. Los programas de ejercicio aeróbico con mínimo esfuerzo lumbar (caminar, bicicleta, nadar) pueden iniciarse en las primeras 2 semanas en la mayoría de los pacientes con lumbalgia aguda.	
En la lumbalgia subaguda y crónica inespecífica, realizar ejercicio físico; se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y lumbar entre 2 y 3 veces por semana.	
Las fajas lumbares no están recomendadas para evitar la aparición del dolor en la lumbalgia. El uso prolongado de fajas de soporte se ha asociado a disminución de la fuerza de contracción concéntrica y excéntrica de los flexores y extensores de columna.	
Criterios de Referencia	

Referir a segundo nivel de atención, al paciente con dolor lumbar o radicular asociado a signos de alarma para establecer un diagnóstico diferencial y establecer tratamiento oportuno.	
Enviar a segundo nivel, al paciente con dolor radicular sin signos de alarma (déficit neurológico) que persiste durante más de 4-6 semanas a pesar de un tratamiento adecuado.	
Se advierte enviar a la especialidad de reumatología al paciente con dolor lumbar de características inflamatorias, a aquel que presenta artritis periférica, elevación de reactantes de fase aguda y alteraciones radiográficas en columna dorsolumbar y/o sacroiliacas.	
Remitir al médico de rehabilitación a los pacientes con dolor lumbar recurrente o bien aquellos con lumbalgia crónica > 12 semanas.	
Se aconseja enviar a la especialidad de neurología, a todo paciente con más de 6 semanas de dolor crónico de características atípicas, déficit neuromotor nuevo o progresivo.	
Vigilancia y Seguimiento	
Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita.	
Instruir al paciente regresar a consulta, cuando no haya mejoría con el tratamiento establecido y ante dolor intenso que persiste, empeora o progresa.	
Se sugiere considerar los siguientes factores predictores de cronicidad: episodios previos de dolor lumbar, edad > 50 años, dolor irradiado, presencia de Lassegue, incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio, depresión y aislamiento social o alta demanda física en el trabajo.	
EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego a la GPC (SI/NO)	
OBSERVACIONES:	
Nombre del verificador:	

Anexo 3.



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación

APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MARTHA GUILLERMINA TELLO JUÁREZ, MAESTRA EN CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS. GRISELDA CÁZARES RAMÍREZ, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO. NANCY GARCÍA CERVANTES
MÉDICO FAMILIAR, MAESTRÍA EN EDUCACIÓN. CARLOS EDUARDO TELLO JUÁREZ, MÉDICO RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio	APEGO A LA GPC DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Patrocinador externo	No aplica
Lugar y fecha	UMF 15 "Prado Churubusco" Av. Ermita Iztapalapa 411, Co. Prado Churubusco, Alcaldía Coyoacán CP 04320 a
Número de registro	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio	El investigador me ha informado que el objetivo del estudio es conocer el apego a la GPC diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención, en la UMF 15
Procedimientos	Se me ha explicado que mi participación consistirá en la revisión de mi expediente médico, para evaluar el apego a la GPC diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención en la consulta de primer nivel.
Posibles riesgos y molestias	El investigador me ha informado que el presente estudio no representa algún riesgo para mi salud e integridad. Se llevará a cabo en las instalaciones de la UMF y no representará mayor carga de trabajo. Los datos obtenidos serán tratados de manera anónima y únicamente para fines académicos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	El investigador me ha explicado que con el presente estudio se tendrá una perspectiva acerca de la relación entre el conocimiento GPC diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención, y su aplicación en la UMF 15 y el apego a recomendaciones de la cédula de evaluación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro	Mi participación es voluntaria en este estudio. Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee.
Privacidad y confidencialidad	El investigador me ha asegurado, que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (no aplica)	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable	NANCY GARCÍA CERVANTES, Médico Familiar. Matrícula: 99386966 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 15. Teléfono: 5537041204 e-mail: nancy.garciace@imss.gob.mx
Colaboradores	GRISELDA CÁZARES RAMÍREZ. MAT. 991425968 MEDICO NO FAMILIAR, SALUD EN EL TRABAJO UMF 15 IMSS. Teléfono: 3312827615. e-mail: griscazares@gmail.com MARTHA GUILLERMINA TELLO JUÁREZ. MATRÍCULA 99156190. MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A HP/UMF 10 IMSS. Teléfono: 5575277130. e-mail: maguitj@gmail.com CARLOS EDUARDO TELLO JUÁREZ, Médico Residente en la especialidad de Medicina Familiar Matrícula. 99154349 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 15, Teléfono. 5527600481, e-mail: eduardotello007@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso, Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p><u>Tello Juárez Carlos Eduardo</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo a las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	



GOBIERNO DE
MÉXICO



COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
Unidad de Medicina Familiar No.15 "Prado Churubusco"

Ciudad de México, 21 Abril de 2022

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD
OOAD D F. SUR
PRESENTE

Por medio de la presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el proyecto denominado "Apego a la GPC diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención en la UMF 15 del IMSS" en la Unidad a mi cargo, se realizara bajo la responsabilidad de los investigadores Tello Juárez Carlos Eduardo Matricula 99154349 Residente de Medicina Familiar, García Cervantes Nancy Matricula 99386966 Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente.

Dra. Lidya Cristina Barrios Domínguez

Directora UMF 15

REFERENCIAS

1. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2020;(8):232–3.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–82.
3. Rull Bartomeu M, Miralles Rull EI. Dolor lumbar. Vol. 33, *Dolor*. 2018. 120–137 p.
4. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ, López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(1):117–30.
5. Jairo H, Giraldo U, Berrío CC. Semiología del dolor lumbar. *Rev Médica Risaralda*. 2010;16(2):43–56.
6. Violante FS, Mattioli S, Bonfiglioli R. Low-back pain [Internet]. 1a ed. Vol. 131, *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V.; 2015. 397–410 p. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-62627-1.00020-2>
7. Wladimir Alberto Delgado Conforme M, Javier Abarca López J, Enrique Boada Rodríguez L, Elizabeth Salazar Trujillo S. Lumbalgia inespecífica. Dolencia más común de lo que se cree. *Recimundo* [Internet]. 2019;3(2):3–25. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/458/672%0Ahttps://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/458>
8. Secretaria de Salud. Lumbalgia, segunda causa más común de consulta de primer contacto [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/011-lumbalgia-segunda-causa-mas-comun-de-consulta-de-primer-contacto?idiom=es-MX>

9. Social S. COM. 246 En el IMSS, más de 300 mil consultas por lumbalgia en 2017 [Internet]. 2021. p. 5–7. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/prensa/com-246-en-el-imss-mas-de-300-mil-consultas-por-lumbalgia-en-2017>
10. Soto M, Espinosa R, Sandoval J, Gómez F. Frecuencia de lumbalgia y su tratamiento en un hospital privado de la Ciudad de México. Acta Ortopédica Mex [Internet]. 2015;29(1):40–5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>
11. Rafael rodriguez cabrera, diana ruiz garcia ismael velazquez ramirez. Incapacidad temporal para el trabajo en pacientes operados de columna. Reporte preliminar. Acad Mex Cirugía, AC [Internet]. 2013;81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66228814007%0ACómo>
12. Secretaría de Salud. Prontuario de la Salud INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS MEXICANOS 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64175/Prontuario.pdf>
13. Instituto Mexicano del Seguro. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2018-2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/21-InformeCompleto.pdf>
14. Delgado JÁG, Lara GV, Torres J del CM, Morales IP. Epidemiología del dolor de espalda bajo. Investig Medicoquirúrgicas [Internet]. 2014;6(1):112–25. Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/275>
15. Mantel KE, Peterson CK, Kim Humphreys B. Exploring the Definition of Acute Low Back Pain: A Prospective Observational Cohort Study Comparing Outcomes of Chiropractic Patients with 0-2, 2-4, and 4-12 Weeks of Symptoms. J Manipulative Physiol Ther [Internet]. 2016;39(3):141–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2016.02.005>
16. van den Berg R, Jongbloed EM, de Schepper EIT, Bierma-Zeinstra SMA,

- Koes BW, Luijsterburg PAJ. The association between pro-inflammatory biomarkers and nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J* [Internet]. 2018;18(11):2140–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2018.06.349>
17. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(3):1–10.
 18. Gómez-Conesa A, Valbuena Moya S. Lumbalgia crónica y discapacidad laboral. *Fisioterapia*. 2005;27(5):255–65.
 19. Durán-Nah JJ, René Benítez-Rodríguez C, De E, Miam-Viana J. Lumbalgia crónica y factores de riesgo asociados en derechohabientes del IMSS: Estudio de casos y controles. *Aportaciones Orig Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016;54(4):421–8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im164c.pdf>
 20. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* [Internet]. 2017;389(10070):736–47. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
 21. Ponce Martínez M del C, Villarreal-Ríos E, Vargas-Daza ER, Martínez-González L, Galicia-Rodríguez L. Costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo por lumbalgia mecánica. *Rev la Asoc Argentina Ortop y Traumatol* [Internet]. 2013;78(3):113. Disponible en: [https://www.aaot.org.ar/revista/2013/n3/Rev_Asoc_Argent_Ortop_Traumatol_2013_78_\(3\)_113.pdf](https://www.aaot.org.ar/revista/2013/n3/Rev_Asoc_Argent_Ortop_Traumatol_2013_78_(3)_113.pdf)
 22. Chetty L. A Critical Review of Low Back Pain Guidelines. *Work Heal Saf*. 2017;65(9):388–94.
 23. Elias JP, Longen WC. Classification of low back pain into subgroups for diagnostic and therapeutic clarity. *Coluna/ Columna*. 2020;19(1):34–9.
 24. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of

low-back pain in primary care. *Cmaj*. 2017;189(45):E1386–95.

25. North American Spine Society. Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain [Internet]. North American Spine Society. 2020. 150 p. Disponible en: <https://www.spine.org/Portals/0/assets/downloads/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf>
26. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* [Internet]. 2018;27(11):2791–803. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>
27. Savigny P, Watson P, Underwood M. Guidelines - Early management of persistent non-specific low back pain: Summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009;338(7708):1441–2.
28. Avendaño-Badillo D, Díaz-Martínez L, Varela-Esquivias A. Eficacia de los ejercicios de estabilización lumbopélvica en pacientes con lumbalgia. *Acta Ortopédica Mex*. 2020;34(1):10–5.
29. Hernández GA, Zamora Salas JD. Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de lumbalgia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2017;19(1):123–8.
30. Mora RZ, Medina EC. Ejercicio como intervención en el tratamiento del dolor lumbar crónico. *Investig en Discapac* [Internet]. 2015;4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2015/ir151c.pdf>
31. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(SUPPL. 2):192–300.
32. Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical low back pain. *Am Fam Physician* [Internet]. 2018;98(7):421–8. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2018/1001/afp20181001p421.pdf>

33. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Nonpharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* [Internet]. 2017;166(7):493–505. Disponible en: <http://annals.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/aim/0/> on 02/14/2017
34. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368–83.
35. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Seguridad y Salud en el Trabajo en México: Avances, Retos y Desafíos [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/stps/documentos/seguridad-y-salud-en-el-trabajo-en-mexico-avances-retos-y-desafios?idiom=es>
36. Muñoz Poblete C, Muñoz Navarro S, Vanegas López J. Discapacidad laboral por dolor lumbar: Estudio caso control en Santiago de Chile. *Cienc Trab*. 2015;17(54):193–201.
37. Vicente-Herrero MT, Casal Fuentes ST, Espí-López GV, Fernández-Montero A. Dolor lumbar en trabajadores. Riesgos laborales y variables relacionadas. *Rev Colomb Reumatol*. 2019;26(4):236–46.
38. Vicente Pardo JM. La Incapacidad laboral como indicador de gestión sanitaria. *Med Secur Trab (Madr)*. 2015;61(239):207–19.
39. Humberto A, González S, Leoncio D, Torres C, Zaragoza LS, Nava FV, et al. Lumbalgia en trabajadores. *Rev Med IMSS* [Internet]. 2003;41(3):203–9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im033c.pdf>
40. Covarrubias-Gómez A. Lumbalgia: Un problema de salud pública. *Rev Mex Anestesiol* [Internet]. 2010;33(SUPPL. 1):106–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101y.pdf>
41. O’Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three

major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2016;30(6):968–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.001>

42. CENETEC. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer Nivel de atención. Secretaria de Salud. Secr Salud [Internet]. 2009; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/045GER.pdf>
43. Secretaría de Salud. Manejo integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico. Guía práctica clínica [Internet]. 2019; Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-DIF-313-19/ER.pdf>