

**RECONSULTA POR FISIOTERAPIA EN USUARIOS CON LUMBALGIA MECÁNICA
EN UNA IPS EN SANTIAGO DE CALI DURANTE EL AÑO 2014**

**ESTUDIANTE:
YULIETH VANESSA CARDOZO VIERA**

**DIRECTOR TRABAJO DE MAESTRÍA
ASTOLFO FRANCO HERRERA
MÉDICO- MG ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER
EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

**RECONSULTA POR FISIOTERAPIA EN USUARIOS CON LUMBALGIA MECÁNICA
EN UNA IPS EN SANTIAGO DE CALI DURANTE EL AÑO 2014**

**YULIETH VANESSA CARDOZO VIERA
CÓDIGO: 1203866**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
2015**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo General.....	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4.1 MARCO CONTEXTUAL.....	13
5. ESTADO DEL ARTE.....	32
5.1METODOS DE EVALUACIÓN SOPORTE CIENTIFICO	32
6. METODOLOGÍA.....	35
6.1Tipo de estudio:	35
6.2Área de estudio.....	35
6.3 Población.....	35
6.4 Criterios de Selección.....	35
6.5 Criterios de Inclusión:	35
6.6 Criterios de exclusión:	35
7. Plan de recolección de la información	37
8. Plan de análisis.....	38
9. Resultados esperados	40
10Discusión.....	53
11.	
10. ANEXOS	60
11 BIBLIOGRAFIA Y WEBGRAFIA.....	61

RESUMEN

La presente investigación es de tipo transversal observacional cuyo objetivo principal es identificar factores asociados a la reconsulta en Fisioterapia de usuarios de empresas tipo Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), con diagnóstico de lumbalgia durante el año 2014. Se seleccionó el total de usuarios registrada en una base de datos correspondiente a Cali, con 62 usuarios reportados. Se analizaron variables como: edad, ocupación, rango salarial, grado de escolaridad, el origen de la lumbalgia, número de consultas realizadas durante el 2014. En los resultados se destacan como factores asociados a la reconsulta: edad, grado de escolaridad, la ocupación y la falta de adherencia terapéutica.

ABSTRACT

This research is observational transversal whose main objective is to identify factors associated with revisit in Physiotherapy business users type institution providing health services (IPS), diagnosed with lumbago during 2014 all users registered in a corresponding database to Cali, with 62 users selected reported.

Age, occupation, salary range, education level, the source of back pain, number of consultations during 2014: as variables were analyzed. The results are highlighted as factors associated with revisit: age, education level, occupation and lack of adherence.

PALABRAS CLAVES:

Lumbalgia, ocupación, reconsulta, Fisioterapia, asistencia, adherencia terapéutica, tratamiento.

Key Words: lumbago, occupation, revisits, Physiotherapy, assistance, adherence, treatment.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lumbalgia es considerada un problema de salud Pública a nivel mundial, se estima que afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%) ¹

La prevalencia de la lumbalgia en países industrializados se sitúa alrededor del 70 y el 80%, produciéndose un pico entre los 35 y 55 años ²

Existen diversos estudios a nivel mundial que han documentado la magnitud de la lumbalgia mecánica como problemática de salud, entre ellos está El Annals of Rheumatic Diseases, desarrollado en Australia define a la lumbalgia como la mayor causa de discapacidad en el mundo tras estudiar la salud y discapacidad por cualquier causa en 187 países. El estudio encontró que la prevalencia de lumbalgia es más elevada en Europa occidental, norte de África y Medio Oriente, mientras que es más baja en el Caribe y América Latina. ³

En la Unión Europea, Soto encontró que “los costos que genera la lumbalgia en su diagnóstico, tratamiento e incapacidad oscila entre el 1,7 y el 2,1% de su PIB. En España el 11,4% de las incapacidades temporales o bajas laborales en España se debe a lumbalgias con una media de duración estimada de 17,6 días. ⁴

De acuerdo con la VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el 53% de los trabajadores manifiesta padecer dolor de espalda producido o agravado por el trabajo. ⁵

-
1. GÓMEZ, Alfredo, Revista Mexicana de Anestesiología. Clínica del dolor. Lumbalgia Volumen 33 Supl 1 Abril-Junio 2010.
 2. FUNDACIÓN KOVACS. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica Versión Española del programa Europeo Cost B 13. Año 2005.
 3. WATSON. El annals of Rheumatic Diseares. Volumen 1. PubMed 2006.
 4. SOTO MD. Hospital NISA. Controversias de la lumbalgia en salud laboral. El mundo. España. 2014.
 5. Ministerio de empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT). VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo. España 2011.

En Colombia se reporta que la lumbalgia afecta entre el 60 y 85% de todos los adultos; el 90% de los pacientes afectados se mejoran en un lapso de 4 a 6 semanas. En cerca del 85% de los pacientes con dolor lumbar no se encuentra causa subyacente clara. 6

La lumbalgia ocupa el segundo lugar como enfermedad profesional, y que causa el 28% de pensiones. Asimismo, estos reportes registran que el 47% de las consultas de dolor lumbar crónico requieren reubicación laboral, y que un 6% resultan en pensión por invalidez. 7

En Santiago de Cali, la lumbalgia mecánica es la principal consulta a neurólogos y traumatólogos y la octava causa de consulta médica, superando a la fiebre, los dolores de rodilla y de cabeza. Más del 70% de los adultos sufre dolor de espalda agudo en algún momento de sus vidas y un tercio lo ha padecido en los últimos 30 días. 8

Para la aseguradora (EPS) desde la cual se observan las IPS se reporta que La lumbalgia mecánica representó 44.536 eventos de salud en 2013 y 51.367 en 2014 y representaron 68.622 incapacidades en 2013 y 83.909 en 2014.

Las reconsultas de los pacientes a fisioterapia por dolor lumbar son de origen multifactorial. En ella se identifican factores del usuario, del prestador y del modelo de atención.

6. VELEZ VILLA, Álvaro. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Lumbalgia. Colombia 2011.

7. DE LOS REYES, Carlos. Centro Médico Imbanaco. Dolor de espalda de los más comunes y mayor consulta médica. Cali. 2011.

8. OMS. Definición de Salud. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946.

En esta investigación se abordarán los factores asociados al usuario, indagando acerca de la inasistencia al tratamiento, las causas que se refieren en las historias clínicas del usuario referente al tratamiento y la evolución clínica reportada por los profesionales en cuanto a procesos de habilitación/rehabilitación que llevan los pacientes en las IPS, encaminados a mejorar su la salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁸, que permita lograr la participación del sujeto en las distintas esferas de la praxis humana: contextos familiar, laboral, ocio y recreación.

Teniendo en cuenta la información anterior, se plantea la siguiente pregunta problema ¿Cuáles son los factores asociados a la reconsulta a fisioterapia de pacientes con lumbalgia que pertenecen a empresas que operan como IPS en Santiago de Cali durante el año 2014?

1. JUSTIFICACIÓN

El dolor lumbar es uno de los más frecuentes en el ser humano. Solamente dos de cada 10 personas pasarán su existencia sin dolor raquídeo⁹.

La lumbalgia representa la patología crónica que produce con mayor frecuencia una limitación de la actividad en la población de menos de 45 años. Suele predominar entre la segunda y quinta década de la vida, siendo la tercera causa de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos ¹⁰.

El 25% de los accidentes de trabajo en el estado español tienen el diagnóstico de lumbalgia de esfuerzo (14% EEUU y 26% Gran Bretaña). Se conoce que entre el 70-90% del gasto económico se produce debido a la incapacidad laboral transitoria (IT) que genera esta patología. A pesar de la frecuencia y repercusión de las lumbalgias, tanto a nivel individual como en el coste de salud pública de una sociedad, existen todavía muchas preguntas sin respuesta acerca de cuál es el sustrato anatómico, factores de predisposición, así como medios diagnósticos y terapéuticos¹¹

Los datos anteriores, evidencian la lumbalgia como un problema de Salud a nivel mundial, que implica aspectos tanto asistenciales como administrativos, dado el alto costo que representa en atención en salud.

En este sentido, se aprecian los datos reportados por la aseguradora (EPS) referentes a la lumbalgia:

9. HADLER NM. The disabling backache. An international perspective. California USA Pubmed 1995

10. M Sauné Castillo y Cols. Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad. Volumen 37. España. Elsevier Enero de 2003

La lumbalgia constituye la segunda causa de alto costo. (3.575 millones en costo), representando el 1.81% del costo total.

Para el año 2014 represento el 7.88% del costo, siendo el segundo ítem más importante. (Programa de Medicina Laboral. Reporte de lumbalgia-alto costo. Coomeva EPS año 2014)

Por su parte, los trastornos del disco lumbar representan el 5.199 casos de incapacidad, 1.265 casos, 854 millones de pesos en costos.

Posteriormente, se encuentra el valor de las incapacidades asociadas al diagnóstico lumbalgia para el año 2014 fue de \$ 5.208.536.946.

Las dorsopatías constituyeron la primera causa en solicitar días de incapacidad en el año 2014.

Los datos anteriores, constituyen una preocupación para la aseguradora dado el alto costo que se ocasiona la lumbalgia, por los tratamientos continuos en los cuales no se alcanza la recuperación total del individuo y se requiere de una reconsulta.

La atención a los usuarios por lumbalgia genera un alto costo para la aseguradora seleccionada en el estudio. Uno de los procedimientos que deben ejecutar los usuarios son los tratamientos por Fisioterapia, objeto de estudio de la presente investigación. Ahondando en el problema, se evidencia la reconsulta como factor común en múltiples casos, en los cuales se estima un tiempo de intervención, no se alcanzan todos los objetivos planteados y el usuario debe reconsultar; en ocasiones se reporta que la consulta no se lleva a cabo en el tiempo oportuno, es decir, se generan lesiones y complicaciones de tipo funcional y/o estructural que dificultan la evolución del paciente y su restablecimiento de funciones laborales.

Estos factores asociados a la cultura de intervención curativa y no a la atención preventiva que se espera se de en las organizaciones del sector salud desde la fundamentación de la atención primaria en salud 12.

Es necesario conocer aquellos factores que influyen para que se presente la reconsulta en el servicio de Fisioterapia, de manera que se puedan diseñar e implementar planes operativos orientados a incrementar los factores protectores como la adherencia en los tratamientos y la adquisición de hábitos diarios que posibiliten un mejoramiento en la calidad de vida de los usuarios con lesión lumbar. Para ello es importante conocer las causas que refieren los usuarios en las historias clínicas que los llevan a la inasistencia a las citas y a la interrupción de los tratamientos.

Por lo tanto, este estudio aportará insumos significativos en la búsqueda de una mejor calidad de vida para los usuarios con diagnóstico de lumbalgia, dado que dará cuenta de aspectos influyentes en el proceso de reconsulta por fisioterapia cuando se presenta un diagnóstico de lumbalgia mecánica.

Para las aseguradoras (EPS) y las prestadoras de servicios de salud (IPS) es importante conocer aspectos que pueden ser asociados a la reconsulta, dada su importancia en los procesos de planeación y administración de servicios de rehabilitación. Permitiendo mejorar la eficacia del proceso administrativo a través de seguimientos oportunos y acordes a las necesidades de los usuarios, siendo éstos la razón de ser de las organizaciones que prestan servicios de salud, dichas entidades tienen como meta incrementar la calidad de vida y permitir la participación ciudadana de los usuarios a partir de procesos de habilitación/rehabilitación y equiparación de oportunidades.

12. OMS. La atención primaria de salud. Documento en línea en http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/. 2008

Para la administración en Salud es imperativo articular sus acciones desde dos ópticas simultáneas: la asistencial y la gerencial. Dando respuesta a los requerimientos de salud de las poblaciones y a las juntas directivas de las organizaciones del sector salud. Para llegar al cumplimiento de ésta articulación, es necesario conocer aspectos propios de la percepción del usuario, tales como: reportes en las historias clínicas referentes al proceso de intervención terapéutica o en general a la atención recibida por los profesionales de la salud, las evoluciones y la conducta a seguir. Para posteriormente diseñar y ejecutar planes operativos que lleven a un mejor desarrollo organizacional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar los factores asociados a la reconsulta a fisioterapia de usuarios de empresas tipo IPS con diagnóstico de lumbalgia durante el año 2014.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar socio demográficamente a los usuarios con lumbalgia que reconsultan en el servicio de fisioterapia.
- ✓ Establecer la relación entre los diagnósticos y la evolución del usuario y la reconsulta por fisioterapia.
- ✓ Enunciar las causas de inasistencia reportadas en la historia clínica o de interrupción del tratamiento por Fisioterapia.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO CONTEXTUAL

Para el abordaje del tema reconsulta por Fisioterapia en usuarios con lumbalgia, se hace necesario contextualizar el problema dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, definir el concepto de lumbalgia y aquellos aspectos que la convierten en un motivo de consulta frecuente en la población en Santiago de Cali. La Fisioterapia como disciplina que ayude a manejar el dolor y habilitar al usuario en el desarrollo de las actividades físicas propias de la vida diaria y la reconsulta como un indicador de calidad de la atención.

En primera instancia, es importante enmarcarse dentro de la normativa legal vigente respecto a la prestación de servicios de terapia física.

En este orden de ideas se cita la ley 100 de 1993, la cual en su preámbulo dice lo siguiente: “ La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.¹³”

El ministerio de la protección social expresa lo siguiente en definición del Sistema General de Seguridad Social en Salud “Es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros ¹⁴”

13. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. Diciembre 23 de 1993.

14. BETANCOURT, DIEGO Y COLS. Ministerio de Protección Social, Régimen Contributivo. República de Colombia. Documento en línea Colombia. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf> 2004

Desde la vigencia de la Ley 100 de 1993 que en su Libro II regula el “Sistema General de Seguridad Social en Salud”, este ha sido objeto de esfuerzos conjuntos del Gobierno Nacional y del Congreso Nacional a través de resoluciones ministeriales, decretos y reformas (Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011), con el fin de garantizar a los habitantes del territorio nacional un mejor goce del Derecho a la Salud. A pesar de ello el inconformismo, las quejas, los reclamos de los usuarios de los servicios de salud y de los trabajadores sanitarios son latentes, resultando de estas circunstancias unas aparentes percepciones negativas que recaen sobre el “Sistema General de Seguridad Social en Salud”¹⁵.

Es de anotar que el sistema de salud es un concepto que engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

La mayoría de los sistemas de salud en Colombia comprenden el sector público, privado, tradicional e informal, las cuatro funciones principales del sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión¹⁶.

15. BARRERO LUZ VIOLETA Y COLS. Percepción sobre el sistema general de seguridad social en salud. Universidad católica de Manizales Especialización en administración en salud centro regional Cali- Valle del cauca 2014.

16. OMS. Sistema de Salud. Definición. Documento en línea en http://www.who.int/topics/health_systems/es/. 2015.

En 1950 se crean la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que se encargaba de atender los empleados del sector privado con empleo formal.

El Sistema de Salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas:

La primera etapa, dio sus inicios después de la publicación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950, donde prevaleció el denominado Modelo Higienista; bajo este modelo las acciones de salubridad se limitaban a la atención de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa de la salud eran financiados por los usuarios y por algunas instituciones de caridad.

La segunda etapa, dio sus inicios en el año 1970 hasta el 1989, se desarrolló bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta; bajo este modelo los recursos del gobierno destinados para la salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país, pero esto no era suficiente para garantizar la atención integral de salud a la población de bajos recursos.

La tercera etapa, dio sus inicios en 1990 con la expedición de la Ley 10 y duro hasta 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991. En la Ley 10 de 1990, se crea el modelo de organización del sistema de salud a cargo de la nación, basado en el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas lo que permitió un mayor acceso al servicio de salud en todos los niveles de atención y grados de complejidad independientemente de su capacidad socioeconómica.

Es de anotar que El Sistema General de Seguridad Social tiene como objetivo garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten y siguiendo los principios de: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

En la literatura se reportan diversos análisis y trabajos, con fines académicos y crítico-constructivos que abordan el tema del Sistema de Salud actual, localizados en bibliotecas universitarias y en la web que son publicados por diversos autores (Académicos, Grupos de Asociaciones Médicas Colombiana, Grupo de Economistas en Salud, Grupos Sindicales del Sector Salud, Estudiantes Universitarios Investigadores, entre otros). Sin embargo, las dificultades de los usuarios siguen latentes en la actualidad. Siendo necesario un seguimiento desde la administración de la enfermedad, monitorear el ingreso del usuario, su evolución y los factores que pueden ser barrera en el alcance de procesos de rehabilitación efectivos. Reconociendo los avances en materia de cobertura y acceso y las dificultades en cuanto a prestación de servicios y los problemas de cartera.

Dadas las condiciones actuales referentes a la prestación de servicios de salud, es importante conocer las causas que ocasionan la reconsulta de usuarios, en este caso el interés está puesto en aquellos pacientes que presentan lumbalgia mecánica y son atendidos por empresas tipo IPS en Santiago de Cali, durante el año 2014. Pero ¿cómo se define la lumbalgia? Se encuentran distintas definiciones:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en un área de la anatomía, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos. La incidencia y prevalecía del dolor de espalda baja son similares en el mundo, pero esta dolencia tiene rangos altos como causa de

discapacidad e incapacidad para laborar, así como afección en la calidad de vida y como causa de consulta médica.

En muchas ocasiones el origen es oscuro y sólo en una minoría de los casos hay una explicación directa con una enfermedad orgánica existente.

De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, la lumbalgia se define como el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen. En el estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solamente por ciertos movimientos de la columna lumbar. Cuando al cuadro doloroso se agrega un compromiso neurológico radicular, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas.

Hay amplia variedad en los cuidados, hecho que sugiere que existe una falta de certeza profesional acerca del abordaje adecuado. Además, prevalece el uso excesivo de los estudios de imagen y de la cirugía para el dolor de espalda baja en Estados Unidos, y muchos expertos consideran que el problema ha sido sobre medicado.

Es de gran relevancia tener en cuenta que cuando el médico general se enfrenta a un paciente con dolor lumbar, debe tener previamente en su mente un esquema para organizar los aspectos que deben ser más relevantes en la historia clínica y así se reduce el tiempo perdido.

Lo anterior es particularmente importante, si se tiene en cuenta que la mayoría de pacientes que consultan por dolor lumbar lo hacen durante episodios agudos y que si se trata adecuadamente se podría evitar la progresión hacia la cronicidad.

Debemos tener en cuenta que en el ambiente de seguridad social de salud que existe alrededor del mundo, posee el agravante de que el tiempo con los pacientes es reducido lo que obliga a tener prioridades en el momento de la atención de los mismos ¹⁷.

La lumbalgia es una queja frecuente en la consulta externa; la mayor parte de los casos corresponde a causas mecánicas de la columna vertebral y/o musculatura paravertebral. Alrededor de 70-80% de las personas presentará lumbalgia en alguna etapa de su vida. Su importancia radica en la incapacidad que provoca para continuar desarrollando actividades cotidianas, así como por la incapacidad laboral que origina y porque merma la calidad de vida. Afecta por igual a hombres y mujeres, con inicio más frecuente a la edad de 30-50 años.

Podemos decir que la lumbalgia es tan frecuente que pocos son los que escapan de ella. Nachenson estima que en algún momento, durante la vida adulta, 80% de los individuos experimentará esta patología en un grado significativo. Por otro lado, las investigaciones de Horal demuestran que la lumbalgia comienza en grupos jóvenes (35 años), que de ellos 35% presentará ciática y que después de desaparecer el cuadro original agudo 90% sufrirá recidivas. Es sabido que el cuadro original de lumbalgia generalmente es de inicio agudo, mientras que la recurrencia ulterior tiende a aparecer en forma insidiosa.

El dolor crónico de espalda es una condición difícil, ya que presenta una intrincada relación entre aspectos psicológicos y una posible insatisfacción laboral y un sistema de compensación generoso que contribuye a ello. Se debe tener en cuenta que un porcentaje de casos con esta patología está asociado a neoplasias, infecciones o patologías en órganos adyacentes.

17. SOTO DANIELA MD. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX (608) 577 - 579, Ortopedia. Abordaje clínico del dolor lumbar desde el punto de vista de la atención primaria en salud. 2013

Hay que considerar que la lumbalgia es un síndrome que puede provenir de distintas patologías y tener en mente el concepto de signos de alarma para distinguir entre los que se autolimitan y entre los que tienen una enfermedad de fondo de trascendencia. Habitualmente se presenta después de un gran esfuerzo (al realizar flexión o torsión); el paciente expresa que siente que algo se rompió en la región lumbar con el inicio del dolor.

DIAGNÓSTICO: El diagnóstico se fundamenta en los datos recogidos mediante la historia clínica y la exploración física del paciente.

En un dolor lumbar agudo sin signos que nos hagan sospechar una causa determinada, con la historia clínica y la exploración física es suficiente, no siendo necesario solicitar radiografías ni otras pruebas complementarias.

La mayor parte de los hallazgos radiológicos no aportan datos diagnósticos. La presencia de signos degenerativos, osteofitos, disminución de la altura del disco, anomalías de transición como lumbarización o sacralización, espina bífida, cifosis, hiperlordosis, escoliosis leves y moderadas, se encuentran con igual frecuencia en personas con y sin dolor lumbar.

En un alto porcentaje de individuos asintomáticos también se encuentran hallazgos patológicos en TAC y RMN.

Otras técnicas como la electromiografía o la gammagrafía tienen aplicaciones muy concretas.

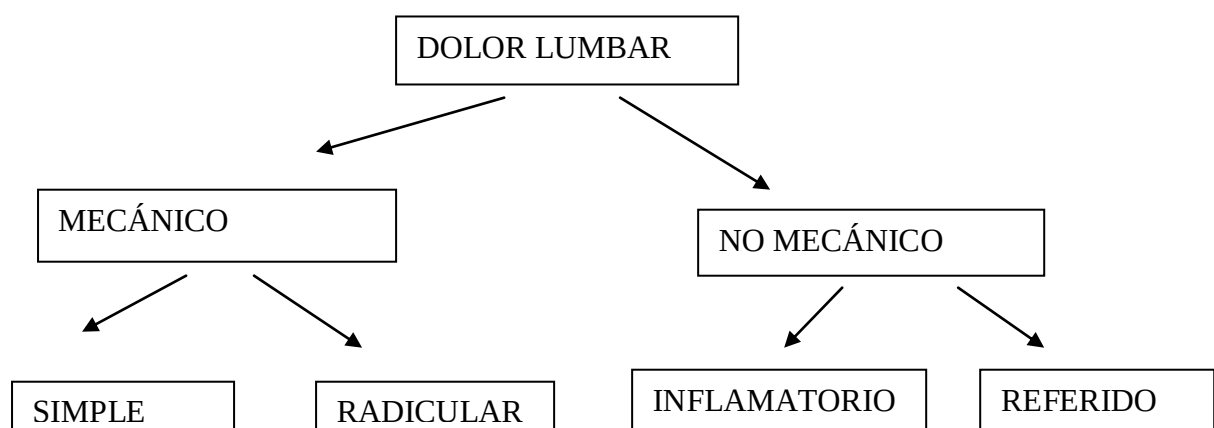


Fig 1. Clasificación de las lumbalgias*

Pronóstico: El 70-80% de los dolores lumbares mejoran dentro del primer mes, independientemente del tratamiento que reciban.

Sólo un 10% sigue un curso crónico. Se habla de dolor lumbar crónico a partir de la 7^a-12^a semana de duración de los síntomas.

La incapacidad no está relacionada con la severidad o duración del dolor inicial.

El pronóstico funcional es peor cuanto mayor sea el tiempo que el paciente tarda en incorporarse a su vida normal. Las recurrencias son frecuentes.

DEFINICIÓN DE FISIOTERAPIA

La Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI) ¹⁸ la define como una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven.

Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías.

18. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA (ASCOFI). Definición de Fisioterapia. 2013.

* Reilly. Dolor lumbar. En: Reilly, editor. Estrategias prácticas en medicina ambulatoria. Barcelona: Editsa, 1995.

Referente a la normativa la Ley 528 de 1999. Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética y otras disposiciones.

Por su parte, la Confederación Mundial de la Fisioterapia (W.C.P.T.) realiza la siguiente definición, que fue suscrita por la Asociación Española de Fisioterapeutas en 1987: "La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud".

Son funciones de los fisioterapeutas, entre otras, el establecimiento y la aplicación de cuantos medios físicos puedan ser utilizados con efectos terapéuticos en los tratamientos que se prestan a los usuarios de todas las especialidades de medicina y cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos medios, entendiéndose por medios físicos: la electricidad, el calor, el frío, el masaje, el agua, el aire, el movimiento, la luz y los ejercicios terapéuticos con técnicas especiales, entre otras, en cardiorrespiratorio, ortopedia, coronarias, lesiones neurológicas, ejercicios maternos pre y post-parto, y la realización de actos y tratamientos de masaje, osteopatía, quiropraxia, técnicas terapéuticas reflejas y demás terapias manuales específicas, alternativas y/o complementarias afines al campo de competencia de la fisioterapia que puedan utilizarse en el tratamiento de usuarios.

ANATOMIA DE LA ESPALDA

La espalda es una estructura intrincada de huesos, músculos, y otros tejidos que forman la parte posterior del tronco, desde el cuello hasta la pelvis. La parte central es la columna vertebral, que no sólo sostiene el peso de la parte superior del cuerpo sino que aloja y protege a la médula espinal, la delicada estructura del sistema nervioso que transporta señales que controlan los movimientos del cuerpo y le transmiten sus sensaciones. Apilados uno sobre el

otro hay más de 30 huesos, las vértebras, que forman la columna vertebral, también conocida como la espina dorsal. Cada uno de estos huesos contiene un agujero redondeado que, cuando se apila con todos los otros, crea un canal que rodea a la médula espinal. La médula espinal desciende desde la base del cerebro y se extiende en el adulto hasta justo por debajo del tórax. Nervios pequeños ("raíces") entran y emergen de la médula espinal a través de espacios entre las vértebras. Debido a que los huesos de la columna vertebral continúan creciendo mucho después de que la médula espinal alcance su longitud completa en la primera infancia, las raíces nerviosas de la espalda lumbar y las piernas se extienden muchas pulgadas hacia abajo por la columna vertebral antes de salir. Este gran haz de raíces nerviosas fue apodado por los primeros anatomistas como "cauda equina," o cola de caballo. Los espacios entre las vértebras se mantienen por almohadillas de cartílago esponjosas y redondas llamadas discos intervertebrales que permiten la flexibilidad en la espalda lumbar y actúan como amortiguadores en toda la columna vertebral para proteger a los huesos cuando se mueve el cuerpo. Bandas de tejido conocidas como ligamentos y tendones mantienen a las vértebras en su lugar y unen a los músculos a la columna vertebral.

Comenzando desde arriba, la columna tiene cuatro regiones:

Las siete vértebras cervicales o del cuello (denominadas C1-C7),

Las 12 vértebras torácicas o superiores (denominadas T1-T12),

Las 5 vértebras lumbares (denominadas L1-L5), que conocemos como columna lumbar, y el sacro y el cóccix, un grupo de huesos fusionados en la base de la columna.

La región lumbar de la espalda, donde se siente la mayor parte del dolor de espalda, sostiene el peso de la parte superior del cuerpo.

Acerca de la lumbalgia la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en un área de la anatomía, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos. La incidencia y prevalencia del dolor de espalda baja son similares en el mundo, pero esta dolencia tiene rangos altos como causa de discapacidad e incapacidad para laborar, así como afección en la calidad de vida y como causa de consulta médica.

En muchas ocasiones el origen es oscuro y sólo en una minoría de los casos hay una explicación directa con una enfermedad orgánica existente.²⁻⁵

De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, la lumbalgia se define como el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen. En el estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solamente por ciertos movimientos de la columna lumbar. Cuando al cuadro doloroso se agrega un compromiso neurológico radicular, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas.

TRATAMIENTO

Tratamientos Pasivos

Masaje de Tejido Profundo. Esta técnica actúa sobre las contracturas crónicas de los músculos que quizá surgen debido al stress de la vida cotidiana.

Terapias de frío y calor. El fisioterapeuta puede alternar entre terapias de frío y calor. Al usar calor, busca que fluya más sangre al área afectada: un aumento de flujo sanguíneo lleva más oxígeno y nutrientes al área. Los productos de deshecho que crean las contracturas musculares también son retirados por la sangre lo que también contribuye a la curación. La terapia de frío, también llamada crioterapia, ayuda a reducir la inflamación, las contracturas musculares y el dolor. Podrían ponerte una bolsa fría en al área señalada o incluso recibir un masaje. Después de la terapia de frío el terapeuta puede trabajar contigo para estirar los músculos afectados.

Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS). Una máquina de TENS emplea corriente eléctrica de baja intensidad variable para estimular los músculos. Suena atemorizante, pero en realidad no es nada doloroso. Se adhieren electrodos a la piel y estos envían una suave corriente eléctrica a puntos clave de los canales nerviosos.

El TENS contribuye a reducir las contracciones musculares y se cree que activa la secreción de endorfinas, que son los calmantes de dolor que produce naturalmente el cuerpo humano. Incluso existen pequeños aparatos de TENS de uso doméstico que se pueden emplear en casa, siempre y cuando el especialista lo considere conveniente.

Ultrasonido. Al incrementar la circulación sanguínea, el ultrasonido ayuda a reducir las contracturas musculares, calambres, inflamación, rigidez y el dolor. Esto es posible debido a que envía ondas de sonido que llegan hasta lo profundo de los tejidos musculares, generando un calor suave que facilita la circulación y la curación.

Tratamientos activos

En la parte activa de la fisioterapia, el terapeuta direcciona ejercicios para incrementar flexibilidad, fuerza y estabilidad de la faja abdominal y el rango de movimiento de tus articulaciones.

En la presente investigación se revisarán las evoluciones de los usuarios conforme al tratamiento asignado desde el área de Terapia Física y se observará si se presenta o no reconsulta en el servicio. A continuación se presenta el abordaje de la reconsulta desde la calidad en salud.

RECONSULTA POR FISIOTERAPIA COMO INDICADOR DE CALIDAD TÉCNICA

AVEDIS DONABEDIAN define "Calidad de la atención es aquellas que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes"¹⁹.

La calidad es un concepto sujeto a gran cantidad de interpretaciones, implica alcanzar el grado en que un conjunto de características de un producto se aproximan a lo que el cliente espera.

En los servicios de salud, la medición de la calidad se ha catalogado como una herramienta que permite asegurar la buena atención sanitaria posibilitando el establecimiento de procesos de mejora continua.

BARRERA refiere que "La calidad asistencial en una unidad clínica de rehabilitación debe incluir dimensiones entre las que se incluyen: actividad y rendimiento, accesibilidad para el ciudadano, seguridad del paciente, orientación al ciudadano y satisfacción, continuidad asistencial, disminución de la variabilidad de la práctica clínica, adecuación de la prescripción y consumo de fármacos, gestión económica"²⁰.

19. AVEDIS DONABEDIAN. Modelo de la calidad de la atención médica. Organismo de la Sociedad Española de la Calidad asistencial. Volumen 16. 1966.

20. J.M BARRERA-CHACÓN. Gestión de la calidad en Rehabilitación. EL SEVIER. Volumen 43. Mayo-Junio de 2009.

Los indicadores de calidad representan medidas que dan cuenta de la información relevante acerca de los distintos atributos, dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema, reflejan la calidad en la prestación del servicio. Entre los beneficios de monitorear los indicadores de calidad se encuentran: mejora en la prestación de los servicios, incremento en la satisfacción del usuario, reducción de costos, incremento de la productividad, cumplimiento de cronogramas y metas, prevención del riesgo.

Según el Manual Guía implementación de indicadores de calidad

“Los indicadores de calidad, idealmente pocos aunque representativos de las áreas prioritarias o que requieren supervisión constante de la gestión, deben ser:

- ✓ **Realistas:** relacionados con las “dimensiones” significativas de la calidad del proceso, producto o servicio
- ✓ **Efectistas:** que se centren en el verdadero impacto de la calidad
- ✓ **Visibles:** en forma de gráficos de fácil interpretación, accesibles a las personas involucradas en las actividades medidas
- ✓ **Sensibles** a las variaciones del parámetro que se está midiendo
- ✓ **Económicos:** sencillos de calcular y gestionar.

En función de la característica medida, los indicadores pueden clasificarse como:

- ✓ **Generales:** índices de incumplimiento de requisitos sobre un servicio global.
- ✓ **Específicos:** similares a los anteriores pero referidos a un tipo de servicio concreto o a una casuística de fallos determinada.
- ✓ **Ponderados:** considerando una valoración, no necesariamente económica, de la importancia del fallo / incumplimiento”.²¹

21. MANUAL GUIA PARA LA DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE CALIDAD. Colombia. Noviembre de 2002.

Para efectos de la presente investigación se han planteado indicadores que permitan establecer asociaciones entre algunos aspectos que pueden influir en la reconsulta de usuarios con lumbalgia mecánica que reciben intervención Fisioterapéutica en una IPS durante el año 2014, para posteriormente dar línea a otras investigaciones e implementar planes operativos encaminados a mejorar la calidad en la prestación de servicios de rehabilitación física.

Los siguientes indicadores se aplicarán a casos de usuarios con diagnóstico de lumbalgia que reciben atención Fisioterapéutica durante el año 2014

Calidad del Proceso:

% de asistencia al tratamiento:

$$\frac{\text{Número de consultas realizadas durante el 2014}}{\text{Número de consultas programadas durante el 2014}} \times 100$$

% de reingreso de usuarios a tratamiento:

$$\frac{\text{Número de usuarios que reingresan al tratamiento durante el 2014}}{\text{Número de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100$$

% de adherencia terapéutica:

$$\frac{\text{Número de usuarios que siguen el plan de manejo durante el 2014}}{\text{Número de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100$$

% de usuarios con Básica Primaria:

$$\frac{\text{Número de usuarios que presentan grado de escolaridad de Educ. Básica Primaria}}{\text{Total de usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100$$

% de usuarios con Educación Básica Secundaria:

$$\frac{\text{Número de usuarios que presentan grado de escolaridad de Educ Básica Sec}}{\text{Total de usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100$$

% de usuarios con grado de escolaridad técnico:

$$\frac{\text{Número de usuarios que presentan grado de escolaridad técnico}}{\text{Total de usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100\%$$

% de usuarios de sexo masculino:

$$\frac{\text{Número de usuarios que pertenecen al sexo masculino}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100\%$$

% de rango salarial inferior al SMLV:

$$\frac{\text{Número de usuarios que perciben menos de 1 SMLV}}{\text{Total de usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}} \times 100\% =$$

% de rango salarial entre 1 y 2 SMLV:

$$\frac{\text{Número de usuarios que perciben mensualmente entre uno y dos SMLV}}{\text{Total de usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}} \times 100\% =$$

% de rango salarial que percibe más de 2 SMLV:

$$\frac{\text{Número de usuarios que perciben mensualmente más de 2 SMLV}}{\text{Total de usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}} \times 100\% =$$

% de rango de edad laboral que oscila entre 18-45 años:

$$\frac{\text{Número de usuarios que se encuentran en el rango de edad 18-45 años}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100\%$$

La reconsulta en el servicio de Fisioterapia puede evidenciar dificultades en el alcance de los objetivos de tratamiento, asociada a distintos aspectos tales como: las variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, rango salarial...), fallas en adherencia terapéutica; faltas en asistencia, dificultad para seguir las indicaciones del plan de manejo, la presencia de otros diagnósticos que comprometan el estado de salud, procedimientos quirúrgicos y la ocurrencia de eventos adversos.

Cabe resaltar que en los servicios de salud se propende por alcanzar altos estándares de calidad en los procesos asistenciales y administrativos. Por lo tanto, implica trazar metas a corto, mediano y largo plazo al interior de las organizaciones, para lograrlo es necesario conocer la situación actual referente a procesos como la reconsulta en el servicio de Fisioterapia e identificar la situación deseable que se pretende al alcanzar a implementar planes de mejoramiento.

Por lo tanto, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad del servicio prestado.

DEFINICIONES DE EPS E IPS

Entidad Promotora de Salud (EPS) Es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social. No presta servicios médicos, sólo administrativos y comerciales.

Como es conocido por la mayoría, pertenecer a una EPS se logra a través del departamento de gestión humana de la empresa en la que trabaje o para los independientes, por medio de la visita directa a las diferentes entidades que prestan este servicio en la ciudad o el lugar donde viva²².

Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) Es la entidad encargada de prestar la atención en salud a los usuarios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

22. VELEZ OSPINA NATALIA, Definiciones de «EPS, IPS, POS... el glosario de la salud».

ElColombiano.com. Documento en línea

http://www.elcolombiano.com/eps_ips_pos_el_glosario_de_la_salud-JVEC_95936. Julio de 2010.

DEFINICIÓN DE CONSULTA: Según el origen etimológico del término consulta procede de la palabra *consulere*, que puede traducirse como “pedir consejo”. En el caso de los usuarios se refiere a pedir consejo referente a la salud, como alcanzar un estado de mejoría y bienestar 23.

En esta investigación interesa la reconsulta, es decir hace referencia al tratamiento prolongado después de un tiempo estimado de recuperación para cada usuario según lo requiera el caso.

La reconsulta por fisioterapia evidencia un sobreuso de los procedimientos asistenciales, implica aumentos en los costos de atención. Por lo tanto, cuantificar la reconsulta permite tener información relevante para los procesos de calidad al interior de las IPS.

Así, como se maneja dentro de los indicadores de calidad la tasa de reingreso del paciente hospitalizado. Se puede monitorear la tasa de reconsulta por fisioterapia de usuarios con dolor lumbar. Cuantificando el número de pacientes que reingresan a fisioterapia después del egreso dado por el profesional

La medición de la reconsulta por fisioterapia se clasifica como un indicador de calidad técnica, permitiendo el diseño y ejecución de planes de mejoramiento continuo para las IPS.

En síntesis el marco teórico anteriormente expuesto permitirá articular el panorama actual del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, la Fisioterapia como disciplina encargada de los procesos de habilitación/rehabilitación; generalidades del tratamiento y la reconsulta como indicador de calidad.

23. Definición de consulta. <http://definicion.de/consulta>. 2010.

Origen etimológico. Documento en línea en

Con esta fundamentación se busca desde una óptica administrativa conocer los factores asociados al fenómeno de reconsulta teniendo como base información del usuario referente a diagnóstico, percepción acerca del porque no continua en tratamiento; *en algunos casos se reporta que no hay mejoría y persistencia de dolor*. Confrontándolo con los reportes de evolución del paciente y conductas a seguir por los profesionales que manejan el caso. Referente al abordaje de las variables del estudio, se abordará la lumbalgia mecánica reportada en usuarios de una aseguradora que reciben atención por Fisioterapia en IPS y han sido reportados con incapacidad laboral.

5. ESTADO DEL ARTE

5.1 MÉTODOS DE EVALUACIÓN SOPORTE CIENTÍFICO

En el mundo se han desarrollado diversas investigaciones acerca de la patología lumbar y su impacto socioeconómico en las sociedades cuando se presentan tratamientos prolongados.

En estudios Como el Low back pain (LBP) is a significant health problem and common reason to visit the GP. Evidence suggests GPs experience difficulty applying evidence-based guidelines (Darlow y Cols 2014) 25.

En el cual se clasifica el dolor lumbar como un problema de salud importante y un motive frecuente de consulta en profesionales de la salud. La evidencia sugiere la presencia de dificultades para la intervención y evitar la reconsulta. El objetivo del estudio fue explorar las creencias subyacentes acerca del dolor lumbar agudo y cómo éstas influyen en el manejo clínico de los pacientes. La Metodología consistió en reclutar once (11) médicos de una región de Nueva Zelanda por muestreo. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas los datos fueron transcritos textualmente. Resultados: 1.El diagnóstico oportuno y la intervención adecuada son fundamentales para el manejo del dolor lumbar. 2. Para la mayoría de los pacientes el manejo del dolor lumbar es una consecuencia de un lesión principal por lo tanto no lo consideraron una prioridad clínica. 3. La confianza en los profesionales de salud se redujo por presentar dificultades para el proceso de diagnóstico. En conclusión el diagnóstico oportuno influye en la adherencia de los pacientes al tratamiento, es importante aplicar un modelo biopsicosocial para mejorar la confianza en los resultados a alcanzar.

En la investigación temporal relationship between lumbar spine surgeries, return to work, and workers' compensation costs in a cohort of injured workers (Lavin RA y Cols., 2013)26.

Se han contemplado los costos por compensación a trabajadores incapacitados por cirugía ocasionada por lesiones lumbares.

En el cual se determinó la relación entre el tiempo de la cirugía, pérdida de tiempo, y los costos de los seguros. La población utilizada consto 582 usuarios sometidos a cirugía por lesión lumbar durante el período (1999 a 2002) en el estado de Louisiana durante 7 años. Como conclusión se determinó que la decisión de realizar la cirugía lumbar no está necesariamente asociada a los altos costos de reclamación o más tiempo fuera del trabajo, es la intervención temprana la que logra reducir costos de atención en procedimientos de salud y disminuir los días de incapacidad laboral.

En el estudio anterior se enfatiza en la importancia de la intervención temprana de las lesiones lumbares, lo cual evita asumir costos excesivos en el tratamiento. Las reconsultas asociadas a fallas en la intervención temprana tienden a ocasionar altos costos en la atención.

En otro estudio Cost and trends of musculoskeletal disorders from work disability in Ohio (Davis k, dunning k, Jewell g, 2014).²⁷

En los antecedentes se mencionan que el aumento de los trastornos musculoesqueléticos se ha generado por la transición demográfica y la edad de los trabajadores en el sector industrial. El objetivo general fue determinar las tendencias relacionadas con la edad en los trastornos musculoesqueléticos, incluyendo reclamos y costos, en los diferentes sectores industriales en el estado de Ohio, EE.UU.

En los resultados: Se analizaron más de 570.000 reclamaciones. Los patrones de costo y la discapacidad entre la mayoría de regiones del cuerpo demostraron una tendencia creciente hasta los 55 años de edad, la disminución en los grupos de mayor edad. Sin embargo, muchas industrias demostraron una continua tendencia al alza en los costos con la edad. Hombro y trastornos de la columna lumbar mostraron tendencias únicas específicas de la industria para los grupos de mayor edad, en comparación con las relaciones en forma de campana para otras regiones del cuerpo.

En conclusión el envejecimiento parece tener un papel en la frecuencia y los costes de las reivindicaciones trastorno musculoesqueléticos en este estudio.

Sin embargo, las tendencias específicas de la industria en los datos sugieren que los factores de riesgo específicos de empleos también pueden jugar un papel.

Respecto a los tiempos entre la primera evaluación y la evolución del paciente con lesión lumbar, se encuentran varias investigaciones como Results at the time of the first independent medical evaluation in patients with lumbosacral sprain related work (Sun C¹, Jin C, Martin C y Cols 2007).²⁸

En la metodología se analizaron 2.005 reclamaciones de compensación de trabajadores de Virginia Occidental por lesión lumbar. Los resultados incluyeron costos, en mejoramiento médico máximo, número de IME realizó, y la duración de la incapacidad temporal total. Se utilizó el modelo de regresión logística múltiple se aplicó para determinar la significación entre el momento de la primera IME y estos resultados. La conclusión fue La programación de la primera IME entre 101 y 150 días después de la lesión contenía costos de indemnizaciones, y acortó la duración de la incapacidad.

Lo cual es evidencia de la importancia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, evita la aparición de reconsultas y contiene costos de atención.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio: El presente estudio es de tipo transversal observacional; en el cual se identificarán los casos de reconsulta por fisioterapia en usuarios con dolor lumbar que reciben tratamiento en IPS de III nivel de complejidad durante el año 2014.

6.2 Área de estudio: Cumplimiento terapéutico-calidad en la prestación del servicio de Fisioterapia.

6.3 Población y Muestra: se seleccionaron 62 usuarios que presentan diagnóstico de lumbalgia CIE-10 (M545) y recibieron atención por Fisioterapia Santiago de Cali durante el año 2014. La muestra corresponde al total reportado en las bases de datos. No se utilizaron programas para extraer una muestra estadística dado el número de usuarios. **Rango de edad:** La edad de los participantes en el estudio oscila entre 25- 62 años. El mayor número de casos reportados se encuentra en un promedio de 45 años y prevalecen los casos de sexo masculino.

6.4 Criterios de Selección: Usuarios reportados por las IPS en la cual reciben tratamiento por fisioterapia usuarios con lesión lumbar durante el 2014 y presentaron incapacidad registrada por la aseguradora (EPS).

6.5 Criterios de Inclusión: Dentro de la investigación se abordará la población con diagnóstico de lumbalgia mecánica en edad laboral que presentaron reconsulta por fisioterapia durante el año 2014.

6.6 Criterios de exclusión:

- ✓ Usuarios con diagnóstico de lumbalgia mecánica que residan en el exterior
- ✓ Usuarios con más de dos diagnósticos diferenciales de lesión lumbar

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	POSIBLES VARIABLES
Diagnóstico	Lesión lumbar M545	Cualitativa nominal	Lumbalgia mecánica
Otros diagnósticos	otros códigos para enunciar diagnósticos	Cualitativa nominal	1: diagnóstico de lumbalgia 2: para enunciar otros códigos diagnósticos
Medicación	Utiliza el usuario medicación para la lumbalgia	Cualitativa dicotómica	si/no
Género	Femino, Masculino	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino/ Masculino
Grado de escolaridad	formación académica del usuario	Cualitativa politómica	Sin formación, primaria, bachiller, pregrado, postgrado
Ocupación	labor u oficio cumplido por el usuario de acuerdo a la movilidad de la tarea.	Cualitativa nominal	oficina, en campo abierto, ambulante.
Sector económico de la empresa	Sector al cual pertenece la empresa en la que labora el usuario con lumbalgia mecánica	Cualitativa politómica	1. transporte, 2. comunicación, 3 comercial, 4 turismo, 5 sanitario, 6 educativo, 7 financiero, 8 administrativo.
Rango salarial	corresponde al rango salarial en el cual se ubica el ingreso del usuario con lumbalgia mecánica	Cuantitativa	Rango I: Menos de 2 SMLV. II: Entre 2 y 5 SMLV. III: mayor a 5 SMLV.
Reconsulta por Fisioterapia	La presencia de consultas una vez finalizado el tratamiento indicado.	Cualitativa dicotómica	El usuario reconsulta si/ no
Número de sesiones de terapia recibidas después del egreso	Se refiere al cantidad de terapia recibida posterior al egreso.	Cualitativa dicotómica	1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9...
Número de veces de reconsulta	Se logra el objetivo del tratamiento/ se logra parcialmente/ no se logra el objetivo del tratamiento	Cualitativa politómica	se logra la meta completamente, se logra la meta parcialmente, no se logra la meta de tratamiento
Número de días reconocidos por incapacidad	Se refiere a los días reconocidos por la EPS para pago de incapacidad.	Cuantitativa	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12...
Número de días acumulados por incapacidad	asiste a 10 sesiones terapéuticas constantes/no asisten a 10 sesiones terapéuticas	Cuantitativa	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.
Costo total del tratamiento por Fisioterapia sin reconsulta	Valor en pesos del tratamiento por usuario	Cuantitativa	Valor en miles de pesos
Costo total del tratamiento sin reconsulta	valor en pesos del tratamiento por usuario	Cuantitativa	Valor en miles de pesos
Formación académica	Formación académica continuada del profesional	Cualitativa politómica	Especialización, Maestría, doctorado, Postdoctorado.
Años de experiencia laboral	Número de años laborando con población con lumbalgia	Cuantitativa nominal	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10...

7. Plan de recolección de la información

Lugar: La información de los usuarios se revisó desde la EPS, la cual recopila la información de las IPS que realizan rehabilitación física a los usuarios con diagnóstico de lumbalgia mecánica y han reconsultado por Fisioterapia durante el año 2014.

Condiciones de la recolección de datos: La información necesaria para el desarrollo de la investigación se recolectó de la siguiente manera:

Actividades:

- ✓ Búsqueda y revisión bibliográfica: proceso transversal durante el desarrollo de la investigación.
- ✓ Revisión de las bases de datos: Para el desarrollo de la presente investigación se observarán los registros de los usuarios con lesión lumbar en CIKLOS, PLANTON; plataformas que registran las características sociodemográficas y los procedimientos realizados al usuario.
 - Información Sociodemográfica: Se reportan datos por usuario referente a edad, ocupación, empresa, IPS médica asignada, tipo de afiliado: beneficiario/cotizante, parentesco con el cotizante, prestador, registro médico del profesional, procedencia: Cali.
- ✓ Revisión de historias clínicas: Se registra diagnóstico, procedimientos realizados a cada usuario, evoluciones de los tratamientos realizados, reportes de los pacientes referente a porque reconsulta; *presencia de dolor, falta de mejoría, renovar incapacidad, entre otros*. Resultados de tratamientos reportados por los profesionales en la historia clínica.

A cada usuario se le asignará un código para mantener la confidencialidad de la información, no se reportarán nombres ni números de identificación.

- ✓ Elaboración de registro en Excel de los usuarios con base en la información recolectada de las plataformas de seguimiento de pacientes utilizadas por la aseguradora. la presentación de los datos se hará haciendo una descriptiva de los usuarios según sus características demográficas.

8. Plan de análisis

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de la información .recolectada, caracterizando a los usuarios por sus variables sociodemográficas teniendo como constante el diagnóstico de lumbalgia CIE-10 (M545) en el grupo de usuarios estudiados.

En primera instancia, la presentación de los datos se hará haciendo una descriptiva de los usuarios según sus características demográficas, se analizaran indicadores para cada una de las variables del estudio: edad, sexo, rango salarial, escolaridad, origen de la lumbalgia CIE-10 (M545), Posteriormente se analizaran indicadores de procesos de calidad tales como: asistencia a las citas programadas, reingreso (reconsulta) y adherencia al tratamiento.

Posteriormente se establecerán conclusiones referentes al evento consulta por fisioterapia y la población estudiada.

Hipótesis nula

El factor más importante para que los pacientes con dolor lumbar en IPS de III nivel de complejidad que reconsulten a fisioterapia es las características del usuario (edad, ocupación, rango salarial, grado de escolaridad, origen de la lumbalgia) y su relación con la patología.

9. RESULTADOS ENCONTRADOS

La presente investigación contiene información acerca de las características de los usuarios en términos socioeconómicos y el evento reconsulta por Fisioterapia, con el objetivo de dar línea de base para el diseño de planes operativos orientados a disminuir la reconsulta e incrementar la eficiencia de los tratamientos fisioterapéuticos.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

1. % por rango de Edad:

$$\frac{\text{Número de usuarios que se encuentran en el rango de edad (25-39 años)}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100\% =$$

$$\frac{20 \text{ usuarios se encuentran en el rango de edad (25-39 años)}}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 32\%$$

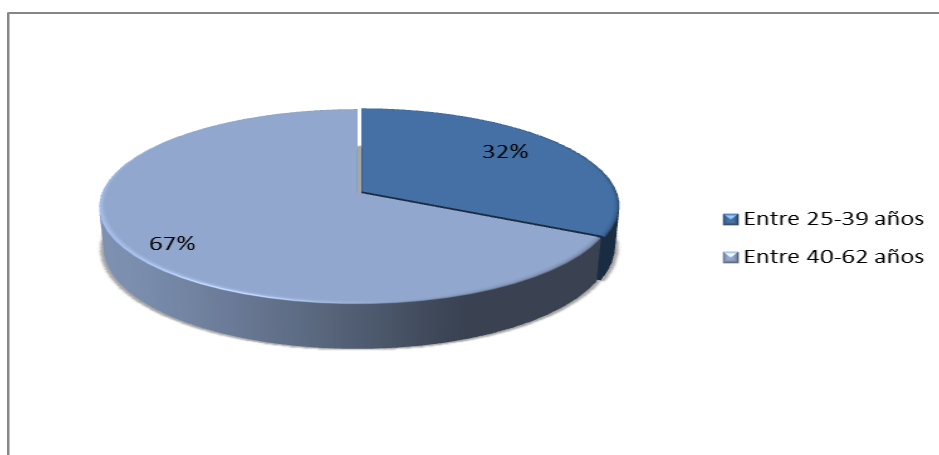
El 32% del total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014, se encuentra en el rango de edad entre (25-39 años).

$$\frac{\text{Número de usuarios que se encuentran en el rango de edad (40-62 años)}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100\% =$$

$$\frac{42 \text{ usuarios se encuentran en el rango de edad (40-62 años)}}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100\% = 67\%$$

El 67% del total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014, se encuentra en el rango de edad entre (40-62 años).

Gráfica 1: Rangos de Edad



Los hallazgos encontrados referentes a los rangos de edad corresponden con lo reportado en la literatura; en la cual se menciona que alrededor del 80% de la población a nivel mundial ha presentado al menos un episodio en la vida de lumbalgia CIE-10 (M545).

Referente a la edad promedio reportada en los estudios de lumbalgia, se establece que es de 45 años. En este estudio la edad promedio fue de 43 años.

2. Estado Civil

% de usuarios con estado civil casado:

$$\frac{\text{Número de usuarios con estado civil casado que realizaron consulta}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100\% =$$

$$\frac{18 \text{ usuarios con estado civil casado que realizaron consulta}}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100 = 29\%$$

El 29 % de los usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 Presentan estado civil casado.

% de usuarios con estado civil soltero:

$$\frac{\text{Número de usuarios con estado civil soltero que realizaron consulta}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100\% =$$

$$\frac{16 \text{ usuarios con estado civil soltero que realizaron consulta}}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100\% = 25\%$$

El 25% de los usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 Presentan estado civil soltero.

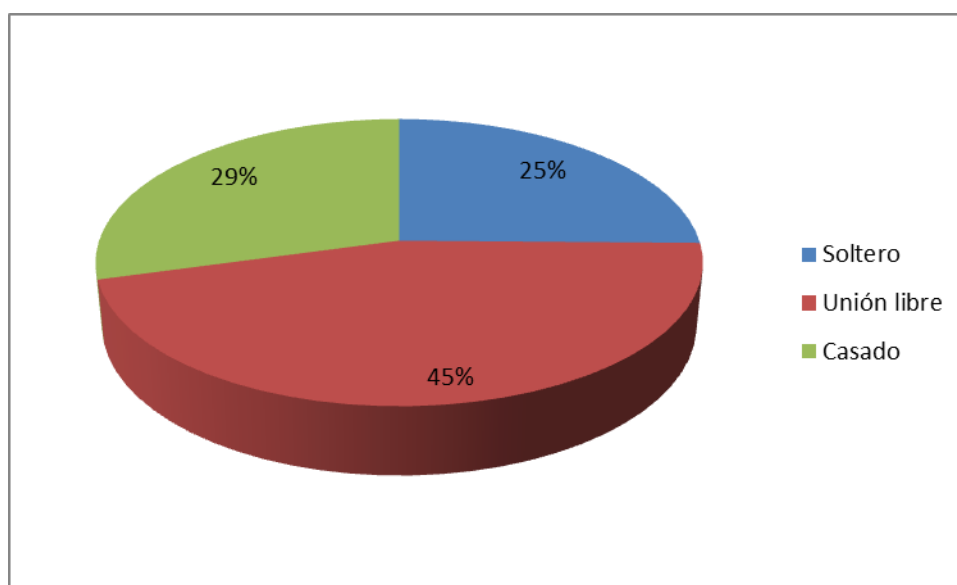
% de usuarios con estado civil unión libre:

$$\frac{28 \text{ usuarios con estado civil unión libre que realizaron consulta}}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100\% = 45\%$$

El 45% de los usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014

Presentan estado civil unión libre, siendo el grupo con mayor número de usuarios.

Gráfica 2: Estado Civil



Del grupo de usuarios con lumbalgia CIE 10 (M545), el 45% presentan estado civil unión libre, el 29% casado y el 25% soltero. Siendo el grupo más representativo los usuarios que se encuentran en unión libre.

3. Ocupación

% de usuarios con ocupación en el sector agrícola:

$$\frac{\text{Número de usuarios con ocupación en el área agrícola} \times 100}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} =$$

$$\frac{15 \text{ usuarios con ocupación en el área agrícola} \times 100}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 24\%$$

El 24% de los usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014 se encontraba laborando en el sector agrícola.

% de usuarios con ocupación en el sector comercial:

$$\frac{\text{Número de usuarios con ocupación en el sector comercial} \times 100}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} =$$

$$\frac{5 \text{ usuarios con ocupación en el sector comercial} \times 100}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 8\%$$

El 8% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector comercial.

% de usuarios con ocupación en el sector oficios varios:

$$\frac{\text{Número de usuarios con ocupación en el sector oficios varios} \times 100}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} =$$

$$\frac{19 \text{ de usuarios con ocupación en el sector oficios varios} \times 100}{62 \text{ Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 30\%$$

El 30% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector oficios varios.

% de usuarios con ocupación en el sector labores avícolas:

$$\frac{\text{Número de usuarios con ocupación en el sector avícola} \times 100}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} =$$

$$\frac{1 \text{ usuario con ocupación en el sector avícola} \times 100}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 1\%$$

El 1% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector avícola.

% de usuarios con ocupación en el sector labores de oficina:

$$\frac{\text{Número de usuarios con ocupación en el sector labores de oficina} \times 100}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} =$$

$$\frac{2 \text{ usuarios con ocupación en el sector labores de oficina} \times 100}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 3\%$$

El 3% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector labores de oficina.

% de usuarios con ocupación en el sector operarios e industriales:

Número de usuarios con ocupación en el sector operarios e industriales X 100=
Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

5 usuarios con ocupación en el sector operarios e industriales X 100 = 8%
62 usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

El 8% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector operarios e industriales.

% de usuarios con ocupación en el sector labores de preparar alimentos:

Número de usuarios con ocupación en el sector labores de preparar alimentos X 100=
Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

1 usuarios con ocupación en el sector labores de preparar alimentos X 100= 1%
62 usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

El 1% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector labores de preparar alimentos.

% de usuarios con ocupación en el sector otros servicios:

Número de usuarios con ocupación en el sector otros servicios X 100=
Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

5 usuarios con ocupación en el sector otros servicios X 100= 8%
62 usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

El 8% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector otros servicios.

% de usuarios con ocupación en el sector transporte:

Número de usuarios con ocupación en el sector transporte X 100=
Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

4 usuarios con ocupación en el sector transporte X 100= 6%
62 usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

El 6 % del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector transporte.

% de usuarios con ocupación en el sector servicios logísticos y manipulación de mercancía:

$$\frac{\text{Número de usuarios con ocupación en el sector servicios logísticos}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100 =$$

$$\frac{2 \text{ usuarios con ocupación en el sector servicios logísticos}}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100 = 3\%$$

El 3 % del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 se encontraban ubicados en el sector servicios logísticos y manipulación de mercancía.

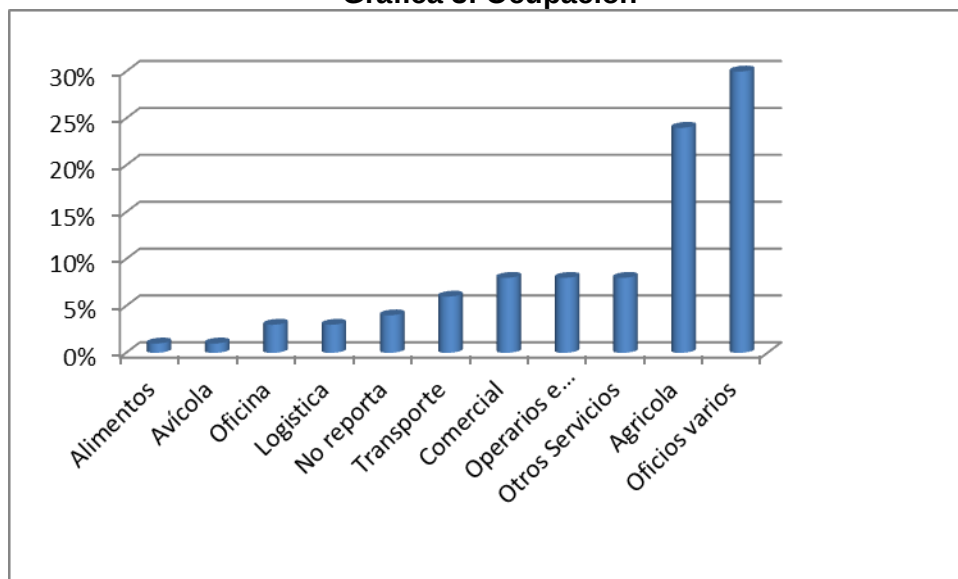
% de usuarios que no reporta ocupación:

$$\frac{\text{Número de usuarios que no reporta ocupación}}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100 =$$

$$\frac{3 \text{ usuarios que no reporta ocupación}}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100 = 4\%$$

El 4% del total de usuarios que recibieron tratamiento por fisioterapia durante el 2014 no reportan una ocupación.

Gráfica 3: Ocupación



Respecto a la ocupación de los usuarios seleccionados para el estudio, se encuentra que el mayor porcentaje 30% pertenecen al sector oficios varios, lo cual corresponde con la exposición ocupacional que puede ser un factor de incidencia de la lumbalgia CIE-10 (M545). En el caso de los oficios varios se resaltan las actividades de tipo repetitivo que pueden comprometer algunos grupos músculos y algunas funciones corporales. Por ejemplo los músculos que corresponden a la región lumbar y funciones corporales como el alzar objetos, la marcha, la coordinación de movimientos simultáneos propios de la ejecución de las actividades de la vida diaria.

El grupo ocupacional que le sigue en orden de importancia el del sector agrícola, lo cual hace referencia al esfuerzo físico que demandar algunas actividades laborales, por ejemplo el manejo de máquinas, actividades de tala, cultivo, implementación y seguimiento de sistemas de riego.

Salario Base:

% de rango salarial inferior al SMLV:

$$\frac{14 \text{ usuarios que perciben menos de 1 SMLV} \times 100\%}{62 \text{ usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}} = 22\%$$

El 22% de los usuarios perciben menos de 1 SMLV de sueldo.

% de rango salarial entre 1 y 2 SMLV:

$$\frac{\text{Número de usuarios que perciben mensualmente entre uno y dos SMLV} \times 100\%}{\text{Total de usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}}$$

$$\frac{45 \text{ usuarios que reciben mensualmente ingresos entre uno y dos SMLV} \times 100\%}{62 \text{ usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}} = 72\%$$

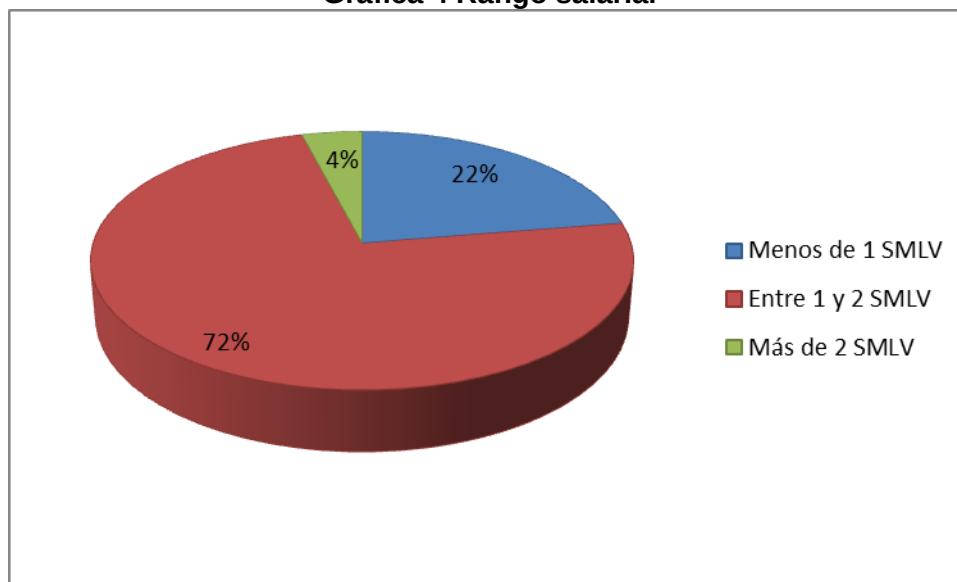
El 72% de los usuarios reportados en las bases de datos, presenta un ingreso entre 1-2 SMLV.

$$\frac{\text{Número de usuarios que perciben mensualmente más de 2 SMLV} \times 100\%}{\text{Total de usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}}$$

$$\frac{3 \text{ usuarios percibieron más de 2 SMLV} \times 100\%}{62 \text{ usuarios que asistieron a tratamiento durante el 2014}} \times 100 = 4\%$$

El 4% de los usuarios que asistieron a tratamiento por lumbalgia durante el 2014 percibieron entre más de 2 SMLV.

Gráfica 4 Rango salarial



22% del total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el año 2014 percibieron ingresos inferiores al salario mínimo legal vigente para el año a estudiar, cuyo valor fue de seiscientos diez y seis mil pesos \$616.000.

El 4% del total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 presentan un rango salarial superior a los 2 SMLV

72% de los usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 presentan una asignación salarial que oscila entre 1 y 2 salarios mínimos legales vigentes.

El salario promedio fue de novecientos noventa y seis mil, ochocientos sesenta y cinco pesos (\$ 996.865).

% de usuarios con Básica Primaria:

$$\frac{\text{Número de usuarios que presentan grado de escolaridad de Educ. Básica Primaria}}{\text{Total de usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100 =$$

$$\frac{34 \text{ usuarios presentan grado de escolaridad de Educ Básica Primaria}}{62 \text{ usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014}} \times 100 = 54\%$$

El 54% de los usuarios presentan grado de escolaridad Básica Primaria y pertenecen a los sectores laborales agrícola, doméstico, avícola, otros servicios generales.

% de usuarios con Educación Básica Secundaria:

Número de usuarios que presentan grado de escolaridad de Educ Básica Sec X 100
Total de usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014

20 usuarios que presentan grado de escolaridad de Educ Básica Sec X 100%= 32%
62 usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014

El 32% de los usuarios atendidos presentan grado de escolaridad Educación Básica Secundaria.

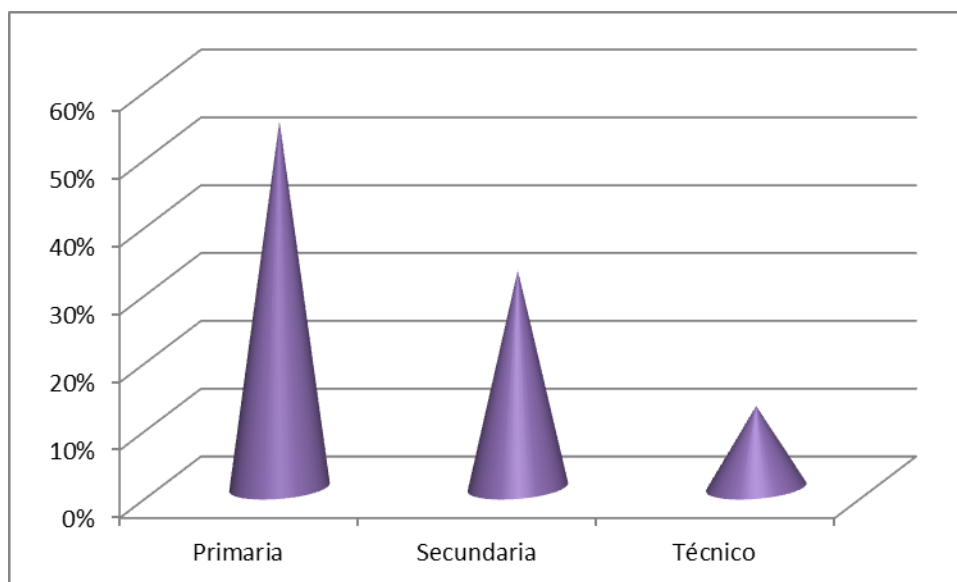
% de usuarios con grado de escolaridad técnico:

Número de usuarios que presentan grado de escolaridad técnico X 100%
Total de usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014

8 usuarios presentan grado de escolaridad técnico 100%= 12%
62 usuarios recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014

El 12% de los usuarios presentan grado de escolaridad técnico y pertenecen a los sectores laborales oficina, operarios e industria y asistenciales en salud.

Gráfica 5 Grado de escolaridad



De acuerdo al grado de escolaridad reportado en las historias clínicas, se encuentra que:

- ✓ El 54% de los usuarios presentaron grado de escolaridad Educación Básica Primaria
- ✓ El 32% de los usuarios presentaron grado de escolaridad Educación Básica Secundaria
- ✓ El 12% de los usuarios presentaron grado de escolaridad técnica

De lo anterior, se concluye que la mayor proporción de usuarios corresponden a Educación Básica Primaria.

% de usuarios por sexo (M: masculino F: femenino)=
% de usuarios de sexo masculino:

$$\frac{\text{Número de usuarios que pertenecen al sexo masculino} \times 100\%}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} =$$

$$\frac{49 \text{ usuarios pertenecen al sexo masculino} \times 100}{62 \text{ usuarios recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} = 79\%$$

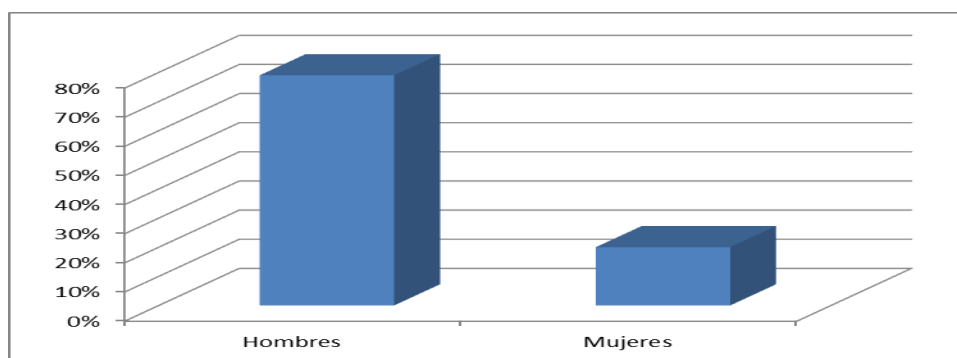
El 79% del total de usuarios que recibieron Fisioterapia durante el 2014, pertenecen al sexo masculino.

$$\frac{\text{Número de usuarios que pertenecen al sexo femenino} \times 100\%}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} =$$

$$\frac{13 \text{ usuarios pertenecen al sexo femenino} \times 100\%}{62 \text{ de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014}} = 20\%$$

El 20% de total de usuarios que recibieron atención por Fisioterapia durante el 2014 pertenecen al sexo femenino.

Gráfica 6 Sexo al que pertenecen los usuarios



De la información anterior, se pueden concluir que alrededor del 80% de los usuarios corresponden al sexo masculino.

% de causas de lumbalgia CIE-10 (M545)

% usuarios con lumbalgia por origen en un accidente de Trabajo:

Número de usuarios que se reportan con accidente de trabajo X 100=
Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

21 usuarios que se reportan con accidente de trabajo X 100=33,87%
62 usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

El 33,87% del Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 presentaron como origen de la lumbalgia CIE-10 (M545) accidentes de trabajo.

% de usuarios con lumbalgia por origen en enfermedad general:

Número de usuarios que se reportan con enfermedad general X 100=
Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

17 usuarios que se reportan con enfermedad general X 100= 27,41%
62 usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

El 27,41% del Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 presentaron como origen de la lumbalgia CIE-10 (M545) una enfermedad general.

% de usuarios con lumbalgia por origen en una enfermedad profesional:

Número de usuarios que se reportan con enfermedad profesional X 100=
Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

20 usuarios que se reportan con enfermedad profesional X 100=32,25%
62 usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014

El 32,25% del Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 presentaron como origen de la lumbalgia CIE-10 (M545) una enfermedad profesional.

% de usuarios con lumbalgia por origen una lesión deportiva:

$$\frac{\text{Número de usuarios que se reportan con una lesión deportiva} \times 100}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}}$$

$$\frac{1 \text{ usuario que se reportan con una lesión deportiva} \times 100}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 1,61\%$$

El 1,61% del Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 presentaron como origen de la lumbalgia CIE-10 (M545) una lesión deportiva.

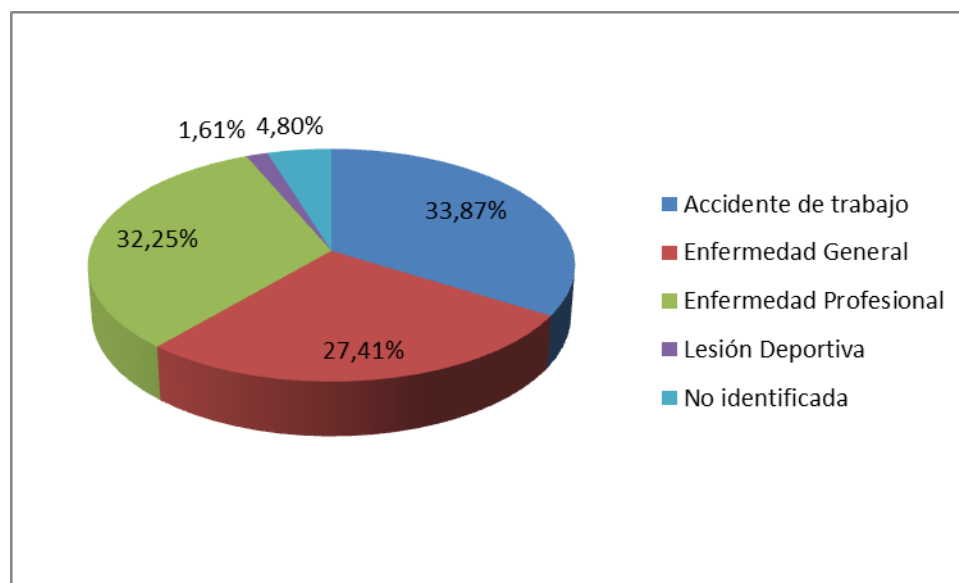
% de usuarios con lumbalgia que presenta causa no identificada:

$$\frac{\text{Número de usuarios que se reportan con causa no identificada} \times 100}{\text{Total de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}}$$

$$\frac{3 \text{ usuarios que se reportan con causa no identificada} \times 100}{62 \text{ usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} = 4,8 \%$$

El 4,8% del Total de usuarios que recibieron tratamiento por Fisioterapia durante el 2014 presentaron lumbalgia CIE-10 (M545) no se identifica una causa.

Gráfica 7 origen de la lumbalgia CIE10 (M545)



De la gráfica anterior se concluye que las causas más representativas para el diagnóstico CIE-10 (M545) son los accidentes de trabajo 33,87% y la enfermedad profesional 32,25%. Lo cual permite asociar la ejecución de una actividad laboral con la prevalencia de la lumbalgia.

Calidad del Proceso:**% de asistencia al tratamiento:**

$$\frac{\text{Número de consultas realizadas durante el 2014}}{\text{Número de consultas programadas durante el 2014}} \times 100\% =$$

$$\frac{832 \text{ consultas programadas durante el año 2014}}{996 \text{ consultas realizadas durante el 2014}} \times 100 = 83\%$$

El 83% de las consultas realizadas durante el 2014 pertenecen a consultas programadas.

% de reingreso de usuarios a tratamiento:

$$\frac{\text{Número de usuarios que reingresan al tratamiento durante el 2014}}{\text{Número de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100$$

$$\frac{45 \text{ usuarios reingresan al tratamiento durante el 2014}}{62 \text{ usuarios se reporta recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100 = 72,5 \%$$

El 72,5% de los usuarios que recibieron tratamiento reconsultaron durante el año 2014 por el motivo lumbalgia CIE-10 (M545). Porcentaje que preocupa dado que evidencia un gran número de usuarios con dificultades para culminar un tratamiento de manera oportuna y evitar la reconsulta.

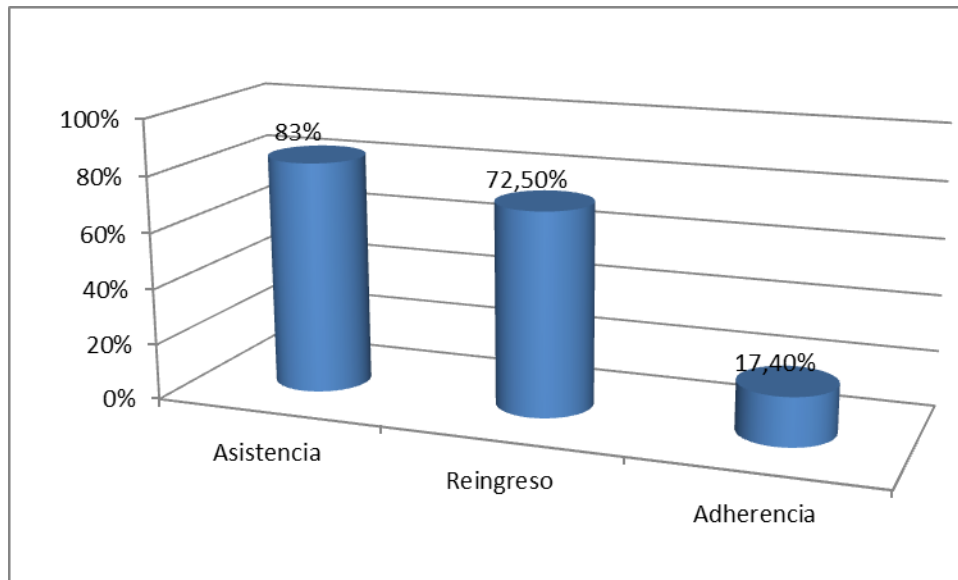
% de adherencia terapéutica:

$$\frac{\text{Número de usuarios que siguen el plan de manejo durante el 2014}}{\text{Número de usuarios que recibieron tratamiento durante el 2014}} \times 100 =$$

$$\frac{17 \text{ usuarios que siguen el plan de manejo durante el 2014}}{62 \text{ usuarios recibieron tratamiento durante el año 2014}} \times 100 = 17,4\%$$

Del total de historias clínicas reportadas, el 17,4% evidencian seguir recomendaciones asociadas al plan de manejo asignado para el tratamiento.

Gráfica 8 Indicadores de Calidad



De acuerdo a los indicadores de calidad reportados se evidencian dificultades en la adherencia terapéutica.

Es de anotar que este hallazgo corresponde con lo reportado en la bibliografía, la cual manifiesta que en los países desarrollados las tasas de adherencia a los tratamientos se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que califica la falta de adherencia como un «problema mundial de gran magnitud» reconociendo que es necesario entender la importancia del problema y poner en marcha estrategias adecuadas para solucionarlo. Las fallas en la adherencia pueden ser un factor que conlleve a la reconsulta o reingreso de pacientes a los tratamientos, dado que no se logró cumplir con una meta trazada desde el área de Fisioterapia y se requiere que se vuelva a ingresar al tratamiento.

10. DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados en la presente investigación corresponden a lo reportado en la bibliografía en lo referente a:

La importancia en salud pública, en estudios como el Low back pain (LBP) is a significant health problem and common reason to visit the GP. Evidence suggests GPs experience difficulty applying evidence-based guidelines. (Darlow y Cols 2014). El dolor de espalda un problema de salud importante y una causa común de consulta. Lo cual es acorde con los hallazgos del presente estudio los cuales evidencian la lumbalgia CIE 10 (M545) como una causa de consulta importante, que genera un alto costo de atención y se ha convertido en una condición de importancia para la salud pública a nivel mundial.

En el presente estudio parte de la alta prevalencia reportada para el año 2014 La lumbalgia constituye la segunda causa de alto costo. (3.575 millones en costo), representando el 1.81% del costo total.

Para el año 2014 represento el 7.88% del costo, siendo el segundo ítem más importante. (Programa de Medicina Laboral. Reporte de lumbalgia-alto costo. Coomeva EPS año 2014)

Con relación al rango de edad los estudios manifiestan que aproximadamente entre los 40-45 años se da la mayor prevalencia de casos de lumbalgia. En el presente estudio el promedio de edad fue de 43 años lo cual corresponde con lo reportado.

Con relación a la ocupación en el presente estudio se asocia un mayor número de casos reportados con la ejecución de labores repetitivas que involucran la parte dorsal, como lo son las áreas de oficios varios y el área agrícola. En algunos estudios como el realizado en Ohio (Davis k, dunning k, Jewell g, 2014) en el cual se menciona que el aumento de los trastornos

musculoesqueléticos se ha generado por la transición demográfica y la edad de los trabajadores en el sector industrial.

Esta investigación reporta hallazgos importantes en materia de caracterización sociodemográfica de un grupo poblacional de usuarios con lumbalgia CIE-10 (M 545), evidenciando una mayor prevalencia en el sexo masculino 49 casos, respecto a las mujeres se reportaron 13 casos, grado de escolaridad evidenciando que la mayor población presentó grado bajo de escolaridad (Educación Básica Primaria). Se puede inferir que a un menor grado de escolaridad existe una probabilidad mayor de presentar un episodio de lumbalgia dado que el grado de escolaridad se asocia al tipo de ocupación desarrollada por el sujeto. Lo anterior, va en la línea de estudios realizados a nivel mundial acerca de la lumbalgia los cuales la evidencian con mayor impacto en la población que realiza trabajos de gran esfuerzo físico.

Se encontró que uno de los factores asociados a la reconsulta es la falta de adherencia al tratamiento Fisioterapéutico 17, 40%, se logra una asistencia del 83% lo cual evidencia que es necesario asistir al tratamiento, sin embargo es insuficientes es imperativo seguir las recomendaciones del plan de manejo.

Entre mayor número de diagnósticos, menos evidencias de mejoría en las evoluciones y un mayor número de consultas.

Las causas de inasistencia reportadas a Fisioterapia son:

- ✓ Persistencia del dolor con los ejercicios de la terapia física.

Causas de interrupción al tratamiento:

- ✓ No percibir mejoría
- ✓ Empeorar
- ✓ Requerir cirugía

11 CONCLUSIONES

- ✓ Referente a las variables sociodemográficas de los 62 registros del estudio, se encuentra que la edad promedio es de 43 años, las ocupaciones con mayor uso de la función lumbar presentan un mayor de casos reportados, siendo la más alta la ocupación de oficios varios con un 30%, a su vez esto se asocia a un grado bajo de escolaridad siendo el prevalente el de Educación Básica Primaria. Prevale el rango salarial entre 1 y 2 SMLV en los casos reportados.
- ✓ La diagnóstico de lumbalgia y su evolución depende de cada caso, sin embargo se aprecia el 38, 87 % y el 32, 25% de los casos están asociados a accidente de trabajo y a enfermedades profesionales, lo cual evidencia un factor de riesgo la ocupación, como se referencia en la literatura.
- ✓ Con relación a la evolución se reportan dificultades para egresar del tratamiento principalmente por persistencia de los síntomas dolor y dificultades a nivel funcional, marcha y ejecución de actividades de movilidad.
- ✓ De la interrupción del tratamiento en las historias clínicas se reporta fallas para asistir, no evidenciar mejoría, sin embargo en los casos registrados el 83% de los usuarios asiste al tratamiento
- ✓ El porcentaje de asistencia es del 83% pero el de adherencia terapéutica es del 17, 40, lo cual evidencia dificultades para seguir los planes de manejo por parte de los usuarios, logrando que asistan a las sesiones, pero con dificultades en la ejecución de cambios en los hábitos propios de la vida diaria como por ejemplo: la realización de ejercicio físico y cambios en la dieta alimentaria. Este hallazgo es de gran importancia

dado que al alcanzar la asistencia es posible diseñar e implementar medidas orientadas a incrementar los niveles de adherencia de los usuarios, haciéndolos visibles y marcando una brecha entre el estado de salud actual y el estado de salud deseable para cada usuario.

12. ANEXOS

PRESUPUESTO GLOBAL POR FUENTES DE FINANCIACIÓN

RUBROS	FUENTES		TOTAL
	<i>Univalle</i>	<i>Investigador</i>	
Personal	4.800.000	7.500.000	12.300.000
Equipos		1.950.00	1.950.000
Software		970.000	970.000
Materiales		750.000	750.000
Impresos y publicaciones		600.000	600.000
Salida de campo transporte.		750.000	750.000
TOTAL	4.800.000	12.520.000	17.320.000

1. Descripción de los gastos de personal.

PERSONAL	Valor hora	Dedicación en horas		Vinculación a proyecto en meses	Valor contrapartida	Entidad financiadora
		Semana	Mes			
Estudiante de Maestría	9.000	8h	32h	12 meses		Estudiante
Docente Univalle	11.246	2h	8h	12 meses		Universidad del Valle
TOTAL: 12.300.000						

2. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio

EQUIPO	CARGO INVESTIGADOR	CARGO UNIVALLE	TOTAL
Computador	\$1.500.000	0	\$1.500.000
Impresora	\$450.000	0	\$450.000
TOTAL	\$1.950.000		\$1.950.000

3. Descripción y cuantificación de SOFTWARE de uso propio

SOFTWARE	CARGO INVESTIGADOR	CARGO UNIVALLE	TOTAL
Computador	\$520.000	0	\$520.000
Impresora	\$450.000	0	\$450.000
TOTAL	\$970.000		\$970.000

4. Descripción gastos materiales y suministros.

MATERIALES	JUSTIFICACIÓN	CARGO INVESTIGADOR	CARGO UNIVALLE	TOTAL
PAPELERIA	Libretas, hojas, cuadernos de apuntes para recoger información relevante	\$500.00	0	500.000.00
SUMINISTRO DE OFICINAS	Alquiler de oficina para redacción de documentos que aporten a la investigación	\$250.000		250.000.00
TOTAL				750.000.00

5. Descripción gastos impresos y publicaciones.

MATERIALES	CARGO INVESTIGADOR	CARGO UNIVALLE	TOTAL
FOTOCOPIAS	400.000	0	400.000.00
MATERIAL BIBLIOGRAFICO	200.000	0	200.000.00
TOTAL			600.000.00

6. Descripción gastos transporte salidas de campo manutención.

MATERIALES	CARGO INVESTIGADOR	CARGO UNIVALLE	TOTAL
TANSPORTE ZONA URBANA	500.000	0	500.000.00
ALIMENTACIÓN PERIODOS TRABAJO CAMPO	250.000	0	250.000.00
TOTAL	750.000	0	750.000.00

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

[illegible]

***Nota:** Para proteger la identidad de los registros: historia clínica y bases de datos, se asignará un ID inventado para cada persona.

13. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

1. Gómez, Alfredo. MD. Revista Mexicana de anestesiología. Lumbalgia: un problema de salud pública. Clínica del dolor volumen 33 supl1 abril-junio 2010 pp 106-s109.
2. EUROPEAN COMMISSION cost B/3, Fundación Kovacs. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica 2005.
3. GÓMEZ, Alfredo, Lumbalgia un problema de Salud Pública. Clínica del dolor vol. 33. supl. 1, abril-junio 2010.
4. WATSON. El annals of Rheumatic Diseares. 2006.
5. SOTO, MD, jefe del Servicio de Prevención de Hospitales Nisa. La lumbalgia, la mayor causa de discapacidad en el mundo. 31de marzo de 2014.
6. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT). VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo. 2011.
7. DE LOS REYES, Carlos. Centro Médico Imbanaco. Dolor de espalda de los más comunes y mayor consulta médica. . 2011.
8. OMS. Definición de Salud. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946.
9. MSAUNE CASTILLO Y COLS. Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad. Enero de 2003.

10. HADLER NM. The disabling backache. An international perspective. Spine 1995;20:640-9
11. M Sauné Castillo y Cols. Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad. Volumen 37. Enero de 2003
12. OMS La atención primaria de salud (2008). Documento en línea en http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.
13. http://www.laseguridad.ws/consejo/consejo/html/biblioteca-legis/ley_100.pdf.
14. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
15. BARRERO LUZ VIOLETA Y COLS. Percepción sobre el sistema general de seguridad social en salud. universidad católica de Manizales especialización en administración en salud centro regional Cali- Valle del cauca 2014.
16. OMS. Sistema de Salud. Definición. Documento en línea en http://www.who.int/topics/health_systems/es/ 2015.
17. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX (608) 577 - 579, 2013. Ortopedia. Abordaje clínico del dolor lumbar desde el punto de vista de la atención primaria en salud. MD Soto Daniela.

18. Definición de Fisioterapia tomada de <http://www.ascofi.org.co/> ASCOFI 2015.

*Reilly. Dolor lumbar. En: Reilly, editor. Estrategias prácticas en medicina ambulatoria. Barcelona: Editsa, 1995.

19. Organismo de la Sociedad Española de la Calidad asistencial. Volumen 16.

AVEDISDONABEDIAN. Modelo de la calidad de la atención médica. 1966.

20. J.M BARRERA-CHACÓN. Gestión de la calidad en Rehabilitación. EL SEVIER. Volumen 43. Mayo-Junio de 2009.

21. MANUAL GUIA PARA LA DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE CALIDAD. Noviembre de 2002.

22. ElColombiano.com. «EPS, IPS, POS... el glosario de la salud». Documento en línea http://www.elcolombiano.com/eps_ips_pos_el_glosario_de_la_salud-JVEC_95936.

23. Definición de consulta. Origen etimológico. Documento en línea en <http://definicion.de/consulta>.

24. RESOLUCIÓN N 008430 DE 1993. MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE COLOMBIA. (4 DE OCTUBRE DE 1993).

25. DARLOW. Estudio Low back pain (LBP) is a significant health problem and

common reason to visit the GP. Evidence suggests GPs experience difficulty applying evidence-based guidelines. PubMed (2014).

26. LAVIN RA Y COLS. Estudio Temporal relationship between lumbar spine surgeries, return to work, and workers' compensation costs in a cohort of injured workers. PubMed (2013).
27. DAVIS K, DUNNING K, JEWELL G. Cost and trends of musculoskeletal disorders from work disability in Ohio. PubMed (2014).
28. SUN C, JIN C Y COLS. Estudio Results at the time of the first independent medical evaluation in patients with lumbosacral sprain related work. PubMed. (2007).