

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Trabajo Profesional Final para optar por el título de especialista en Medicina de
Rehabilitación

CORRELACIÓN CLÍNICA E IMAGENOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON
DOLOR LUMBAR QUE ASISTIERON A LA CONSULTA DE MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE
LA SALUD EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2023.

Realizado por:

Dra. Estefania Esther Collado Félix
Dra. Nikaury Anabel Rodríguez

Matrícula 21-1041
Matrícula 21-1079

Asesorado por:

Dra. Violeta González, Asesora Metodológica
Dra. Sheila Espinal, Asesora Clínica

Los conceptos expuestos en la presente
investigación son responsabilidad
exclusiva de los autores.

Santo Domingo, Distrito Nacional
Junio 2025

Resumen

Introducción: El dolor lumbar es una causa frecuente de consulta en Medicina Física y Rehabilitación, asociado a factores clínicos, ocupacionales e imagenológicos. Su abordaje requiere una evaluación integral que considere aspectos sindrómicos, funcionales y de imagen. **Método:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en el cual la información fue recopilada del récord clínico digital de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023. **Resultados:** Se incluyeron 437 pacientes, en su mayoría mujeres (72.5%) entre 41 y 60 años. El dolor de espalda baja fue el principal motivo de consulta (97.3%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (39.8%), diabetes (12.1%) y sobrepeso/obesidad (7.8%). El 73% no realizaba actividad física y solo el 3.9% practicaba deporte. La actividad laboral predominante fue trabajo combinado (57.9%). Los síndromes más prevalentes fueron disco herniado lumbar (34.1%) y síndrome facetario (29.1%). El uso de medicamentos (68.2%) predominó como tratamiento conservador previo. Los hallazgos imagenológicos más frecuentes fueron espondiloartrosis (69.6%), degeneración discal (48.1%) y degeneración facetaria (46.5%). La resonancia magnética fue la modalidad de imagen más utilizada (46.5%). Se evidenció baja concordancia global entre hallazgos clínicos e imagenológicos ($\kappa = 0.00$). **Discusión/conclusión:** Los resultados evidencian una alta frecuencia de alteraciones degenerativas en pacientes con dolor lumbar, con variaciones según el síndrome clínico, comorbilidades y ocupación. La baja concordancia resalta la importancia de integrar la valoración clínica con el análisis sistemático de las imágenes.

Palabras clave: dolor lumbar, evaluación clínica, síndromes dolorosos, imagenología, medicina física y rehabilitación

Abstract

Introduction: Low back pain is a common reason for consultation in Physical Medicine and Rehabilitation, associated with clinical, occupational, and imaging-related factors. Its management requires a comprehensive evaluation that considers syndromic, functional, and imaging aspects. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. Data were collected from the electronic medical records of patients with low back pain who attended the Physical Medicine and Rehabilitation outpatient clinic at Hospital General de la Plaza de la Salud between January and June 2023. **Results:** A total of 437 patients were included, mostly women (72.5%) between 41 and 60 years of age. Low back pain was the primary reason for consultation (97.3%). The most common comorbidities were hypertension (39.8%), diabetes (12.1%), and overweight/obesity (7.8%). About 73% did not engage in physical activity, and only 3.9% practiced sports. The predominant occupational activity was combined work (57.9%). The most prevalent clinical syndromes were lumbar disc herniation (34.1%) and facet joint syndrome (29.1%). Medication use (68.2%) was the most common prior conservative treatment. The most frequent imaging findings were spondyloarthrosis (69.6%), disc degeneration (48.1%), and facet joint degeneration (46.5%). Magnetic resonance imaging was the most commonly used imaging modality (46.5%). A low overall concordance between clinical and imaging findings was observed ($\kappa = 0.00$). **Discussion/Conclusion:** The results show a high frequency of degenerative changes in patients with low back pain, with variations according to clinical syndrome, comorbidities, and occupation. The low concordance highlights the importance of integrating clinical evaluation with systematic imaging analysis.

Keywords: low back pain, clinical evaluation, pain syndromes, diagnostic imaging, physical and rehabilitation medicine

Dedicatoria

Esta tesis se la dedicamos a Dios, quien, con su infinito amor, gracia y misericordia, ha guiado cada paso de nuestro camino durante estos años de especialidad. A Él, que nos ha dado la fortaleza, la sabiduría y la motivación necesarias para enfrentar cada desafío, superar los obstáculos y continuar firmes hasta alcanzar esta meta. Gracias por permitirnos crecer en lo profesional y en lo personal, por brindarnos cada día la capacidad de aprender, servir y dar lo mejor de nosotros. A Dios, toda la gloria.

Agradecimientos

Nikaury Anabel Rodríguez

En primer lugar, gracias a Dios, quien ha sido mi sustento constante y mi fuente de fortaleza. Su gracia y misericordia me han acompañado en cada paso, dándome la claridad para continuar, y permitiéndome culminar con éxito esta etapa fundamental de mi vida.

A mi madre, Fior D'Aliza Rodríguez, mi ejemplo de entrega y valentía, gracias por tu amor incondicional, tu apoyo inquebrantable y por ser siempre mi mayor impulso. Tu fe en mí ha sido mi ancla y mi motor. Este logro también es tuyo.

A mis tíos, tías y primos hermanos, por estar presentes en los momentos claves, por sus palabras de aliento y el amor que me han brindado, en especial a mi tía Arelis, por abrirme las puertas de su hogar y brindarme su apoyo y amor incondicional. A mis amigos, amigas y colegas, gracias por su compañía, su paciencia y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

A mis compañeros de residencia, por haber compartido conmigo este camino lleno de retos y aprendizajes. En especial a Estefanía Collado, mi amiga, confidente, aliada y compañera de tesis: gracias por tu apoyo sincero, tu compañía incondicional y por caminar conmigo de la mano en esta travesía que nos transformó.

A todos mis tutores y docentes, Dr. Francisco de la Rosa, Dra. Sheila Espinal, Dr. Vladimir Herrera, Dra. Cesarina Reynoso, Dra. Laura Pinedo, Dra. Gabriela López y Dr. Fausto Sánchez, gracias por sus enseñanzas, su tiempo y su compromiso con nuestra formación. Cada lección y cada corrección han dejado huella en mí y me inspiran a ser una mejor profesional cada día. A la Dra. Violeta González, por ser nuestra asesora metodológica y ayudarnos a terminar nuestra tesis con éxito.

A mi abuela materna, Mirella (Mamota) Liriano, quien no está físicamente, pero cuyo amor me acompaña siempre. Sé que estaría muy orgullosa de verme alcanzar este logro, y lo dedico también a su memoria con todo mi cariño.

Y por último y no menos importante, a todas las personas que, de una u otra forma, me ofrecieron su ayuda, consejo o apoyo en este proceso, les estaré siempre agradecida.

Agradecimientos

Estefanía Esther Collado Félix

Primero, gracias a Dios, quien me ha sostenido con su gracia y fortaleza a lo largo de este camino. Él ha sido mi guía en cada etapa, dándome la fuerza para superar cada obstáculo. “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece.” (Filipenses 4:13).

A mis abuelos y a mis padres, Juan Providencio Félix Vargas, Marcela Ortiz, Ruth Ortiz y Juan Collado, quienes, aunque ya no están físicamente, me dejaron el legado de la fe, el amor y la perseverancia. Este logro también es de ustedes.

A mi esposo, Domingo Otero, este título también es tuyo. Gracias por estar en cada momento, sacrificándote y apoyándome sin importar las circunstancias. Mi amor, lo logramos. Gracias por tu paciencia, por tu tolerancia, por tu apoyo incondicional y por construir junto a mí un hogar donde el centro siempre ha sido Dios.

A mis hijos, Daenerys Otero Collado y Derek Otero Collado, gracias por comprenderme, por cederme tiempo que les pertenecía y por ser mi mayor motivación. Cuando las fuerzas me faltaban, sus sonrisas, sus abrazos y ese “mami, te amo” me devolvían el ánimo para seguir. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

A mi suegra, Lesbia del Carmen Terrero, gracias por su respaldo y cuidado hacia mis hijos. A mi tía Ana María Marte, por sus palabras de aliento, y a mi hermano Daniel Collado, siempre dispuesto a apoyar. A toda mi familia, gracias por su amor y compañía constante.

A mis compañeros de residencia: Nikaury Rodríguez, Daniel Núñez y Ramón Moricete. Gracias por caminar junto a mí como una familia. En especial a Nikaury, por su amistad sincera y constante apoyo.

A todos los residentes de Medicina Física y Rehabilitación, gracias por compartir esta etapa con respeto, colaboración y armonía. Aprendí de cada uno.

A nuestros tutores: Dra. Sheila Espinal, Dr. Vladimir Herrera, Dra. Cesarina Reynoso, Dr. Francisco De la Rosa, Dra. Laura Pinedo, Dra. Gabriela López y Dr. Fausto Sánchez, gracias por su entrega y enseñanza. Y a la Dra. Violeta González, por su guía metodológica y apoyo incondicional hasta el final.

A todos, ¡infinitas gracias!

TABLA DE CONTENIDO	
Resumen	<i>i</i>
Abstract	<i>ii</i>
Dedicatoria	<i>iii</i>
Agradecimientos	<i>iv</i>
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO 1: EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
1.3 OBJETIVOS	7
1.4 JUSTIFICACIÓN	8
1.5 LIMITACIONES	9
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES Y REFERENCIAS	11
2.2 MARCO CONCEPTUAL	13
2.2.1 DEFINICIÓN DE DOLOR LUMBAR	13
2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA	13
2.2.3 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR LUMBAR	13
2.2.4 FACTORES DE RIESGO	14
2.2.5 CLÍNICA DEL DOLOR LUMBAR SEGÚN LOS SÍNDROMES CLÍNICOS	15
2.2.6 EVALUACIÓN CLÍNICA	16
2.2.7 DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	18
2.2.8 TRATAMIENTO	21
2.2.9 PREVENCIÓN	25
2.3 CONTEXTUALIZACIÓN	26
CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO	28
3.1 CONTEXTO	29
3.2 MODALIDAD	30
3.3 TIPO DE ESTUDIO	30
3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	30
3.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	37
3.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
3.8 POBLACIÓN Y MUESTRA	37
3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
3.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
3.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	38
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	39
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	55
5.1 DISCUSIÓN	56
5.2 CONCLUSIÓN	72
CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS	<i>vi</i>
APÉNDICE	<i>xii</i>
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	xii
ANEXO 2: MAPA INSTITUCIONAL	xvi
ANEXO 3: TABLAS	xxi
ANEXO 4: CERTIFICADOS	lix
ANEXO 5: ALGORITMO CLÍNICO E IMAGENOLÓGICO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR LUMBAR	lxii

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es la principal causa de discapacidad a nivel mundial y una de las consultas más frecuentes en los servicios médicos. [1] Representa la patología que genera la mayor cantidad de años vividos con discapacidad y ocupa el sexto lugar entre las enfermedades con mayor carga global. [2] Esta afección no solo impacta significativamente la calidad de vida de las personas, sino que también supone una alta carga social y económica, representando un importante desafío para los sistemas de salud en todo el mundo. [3]

Los patrones de diagnóstico de los signos y síntomas de la historia y el examen físico pueden ayudar al médico a explicar el origen del dolor al paciente y a dirigir el tratamiento a la estructura dolorosa. [4]

Sin embargo, la evidencia sugiere que la validez, confiabilidad y precisión diagnóstica de las pruebas clínicas comúnmente utilizadas para dolor lumbar es baja, y la capacidad de estas para predecir el pronóstico del paciente es cuestionable. [5]

Las guías de práctica clínica (CPG) para el manejo del dolor lumbar enfatizan un enfoque conservador en el uso de imágenes diagnósticas. [6] Es fundamental que su solicitud se base en criterios claros y que estén orientadas a respaldar el diagnóstico mediante hallazgos clínicos relevantes. [7]

Las imágenes avanzadas (imágenes por resonancia magnética y tomografía computarizada) se utilizan cada vez más en la evaluación de pacientes con dolor lumbar. Hallazgos como la degeneración del disco, la hipertrofia facetaria y la protrusión del disco a menudo se interpretan como causas del dolor lumbar, lo que desencadena intervenciones médicas y quirúrgicas, que a veces no tienen éxito en el alivio de los síntomas del paciente. Estudios previos han demostrado que los hallazgos de imágenes de degeneración espinal asociada con dolor lumbar también están presentes en una gran proporción de individuos asintomáticos. Estos hallazgos de imágenes deben interpretarse en el contexto de la condición clínica del paciente. [8]

Tras la aparición de cualquier tipo de dolor lumbar, es primordial realizar una evaluación clínica integral que comprenda una exploración física minuciosa y una evaluación psicosocial, a fin de adaptar el tratamiento teniendo en cuenta los valores, las preferencias y las prioridades de la atención de la persona. [9]

En todos los tipos de dolor lumbar y a lo largo de todas las etapas de la afección, la rehabilitación es fundamental para tranquilizar a las personas y ayudarles a comprender su dolor, retomar las actividades que disfrutaban y buscar estrategias para apoyar la recuperación y mejorar la funcionalidad. [9]

A raíz de esto, surgió este proyecto de investigación con el fin de establecer y analizar la relación existente entre la clínica y los hallazgos imagenológicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud, así como cada una de las variables establecidas. De esta manera se pondrá en evidencia si existe o no congruencia entre los hallazgos en la evaluación clínica y los hallazgos en los estudios de imágenes, esto orientado a proporcionar al paciente la mejor y adecuada intervención terapéutica en el campo de la Rehabilitación, contribuyendo a la mejoría de su calidad de vida a corto y largo plazo.

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor lumbar es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Corresponde a uno de los motivos de consulta más prevalentes en los distintos sistemas de salud a nivel mundial. Esta condición genera un impacto significativo en términos de ausentismo laboral y gastos sanitarios destinados a la recuperación de los pacientes, representando así un desafío económico relevante. [3] Además, es la afección con mayor potencial para beneficiar a las personas a través de programas de rehabilitación. [9]

Se estima que alrededor de un 7% de la población cada año presentará dolor lumbar, se describe que más del 90% de las personas presentarán dolor lumbar durante su vida y aproximadamente un 1% evolucionará con dolor crónico, siendo en la actualidad la mayor causa de discapacidad laboral en el mundo. [2]

La prevalencia aumenta con la edad hasta los 80 años, mientras que el mayor número de casos de dolor lumbar se presenta entre los 50 y 55 años. El dolor lumbar es más frecuente en mujeres. [9]

El adecuado conocimiento de las características clínicas y la fisiopatología de las distintas causas que generan el dolor lumbar permiten seleccionar adecuadamente las distintas herramientas imagenológicas. [10]

El uso tendiente a la complementariedad de la información imagenológica utilizando las ventajas de cada técnica hace más racional el acercamiento diagnóstico a través de ellas, lo que evita gastos innecesarios y la ocurrencia de diagnósticos falsos negativos. [10]

Entre el 1 y el 3% de los pacientes tiene una causa orgánica evidente que será identificada, generalmente fracturas, neoplasia o infección. En la gran mayoría los hallazgos serán de etiología degenerativa, que también aparece en población asintomática y su real valor en la interpretación de la génesis del dolor y en el pronóstico no está del todo claro. Esto debido a que la patogenia del dolor es multifactorial y compleja. [2]

Las aproximaciones diagnósticas son diversas, y los estudios imagenológicos tienen un rol esencial. Lamentablemente existe un alto número de falsos positivos, es así como el 30% de las Resonancias Magnéticas de individuos sanos presentan alteraciones imagenológicas en la columna. Esto obliga a diseñar una estrategia para enfrentar el problema con una visión global basada en el cuadro clínico y el contexto general del problema. [10]

Los resultados de esta investigación proporcionarán la evidencia necesaria para establecer la relación que guarda la clínica del dolor lumbar con los diferentes hallazgos a nivel de los estudios de imagen, y así contribuir con la información existente en miras a realizar intervenciones oportunas en el diagnóstico y tratamiento del dolor lumbar de los pacientes que acuden a Medicina Física y Rehabilitación.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes que asistieron por dolor lumbar a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023?
2. ¿Cuál fue el motivo de consulta principal referido por los pacientes?
3. ¿Cuáles factores de riesgos presentaron los pacientes relacionados con dolor lumbar?
4. ¿Cuál es la cantidad de paciente con antecedentes de tratamiento conservador previo a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación?
5. ¿Cuáles son los síndromes clínicos de dolor lumbar que presentaron los pacientes de acuerdo a los signos y/o pruebas específicos encontrados en el examen físico realizado, y cómo se relacionan con los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes?
6. ¿Cuáles son los estudios de imágenes más frecuentes realizados a los pacientes y cuál es el nivel de concordancia entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados, en relación con las variables clínicas clave?

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la correlación clínica e imagenológica de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023 para identificar mejores formas de atención.

Objetivos específicos:

- Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes que asistieron por dolor lumbar a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.
- Identificar el motivo de consulta principal referido por los pacientes.
- Precisar los factores de riesgos que presentaron los pacientes relacionados con dolor lumbar.
- Presentar la cantidad de paciente con antecedentes de tratamiento conservador previo a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación.
- Establecer los síndromes clínicos de dolor lumbar que presentaron los pacientes de acuerdo a los signos y/o pruebas específicos encontrados en el examen físico realizado, y su relación con factores sociodemográficos y clínicos.
- Analizar los estudios de imágenes más frecuentes realizados a los pacientes, evaluando la concordancia entre los hallazgos reportados y evidenciados, y su relación con variables clínicas clave.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El 80 % de la población presentará un dolor lumbar en algún momento de su vida.

Los procesos agudos son auto limitados y se resuelven en el plazo de unas semanas, excepto algunos casos que se cronificarán y requieren asistencia médica continuada. [3]

En el análisis del dolor lumbar es necesario entender que los procesos dolorosos de la columna lumbar en su mayoría son autolimitados. En una adecuada estrategia de exploración, debe considerarse este factor para evitar costos innecesarios. [10]

El Task Force on Pain in The Workplace distingue entre lumbalgia específica (causas reconocidas de dolor lumbar con exploración física positiva y exploraciones complementarias congruentes con la clínica) e inespecífica (exploración física negativa y pruebas complementarias negativas o incongruentes con la clínica). *Fenollosa* y otros, proponen incluir dentro de un tercer grupo a aquellos síndromes con una exploración física positiva, pero con exámenes complementarios negativos o incongruentes con la clínica, donde se incluirían cuadros como el síndrome miofascial o el síndrome facetario. [7]

Al largo del tiempo se ha reconocido como los hallazgos en la evaluación clínica y los estudios de imágenes en muchos casos presentan resultados no congruentes al intentar establecer su relación, así como el valor e impacto que estos tienen en la toma de decisiones en cuanto al manejo adecuado del paciente.

Este estudio persigue aportar evidencia sobre la relación existente entre la clínica y los hallazgos imagenológicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud, resaltando la importancia de obtener el conocimiento adecuado sobre la fisiopatología de las causas del dolor lumbar que permiten realizar la selección apropiada de los diferentes estudios de imagen complementarios para posterior decisión y elección del manejo adecuado e individualizado del paciente.

1.5 LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones que se pueden encontrar al momento de realizar este proyecto de investigación están: la no disponibilidad de información clara en el expediente del paciente, que responda a las preguntas de investigación planteadas. La variabilidad de enfoques de los distintos médicos rehabilitadores a la hora del llenado de la historia clínica puede conllevar a omisiones, sesgos de documentación o falta de uniformidad en la evaluación clínica. El tratamiento conservador previo recibido por parte de los pacientes podría representar un sesgo que limitaría realizar la correlación entre hallazgos de signos o pruebas en el examen físico y los hallazgos imagenológicos.

La interpretación de los estudios imagenológicos no estuvo centralizada ni evaluada por un único especialista en imagenología musculoesquelética, lo cual podría introducir variabilidad diagnóstica según el criterio del profesional que reportó cada imagen, afectando la objetividad en la clasificación de los hallazgos.

La infraestructura, engranaje de procesos y la accesibilidad que dispone el Hospital General de la Plaza de la Salud traerá consigo respuestas a las preguntas de investigación que serán circunscritas a una población específica, dando así cierta discrepancia con la realidad existente en el resto de hospitales del sistema de salud de este país.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos aportan información valiosa sobre el perfil clínico e imagenológico de los pacientes con dolor lumbar, pudiendo servir de base para futuras investigaciones y para optimizar el abordaje diagnóstico-terapéutico de esta condición prevalente.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES Y REFERENCIAS

Pojkic et al. (2024) indican que cuando se utilizan de forma aislada, la mayoría de las pruebas físicas no diagnostican con precisión la hernia de disco lumbar. Por este motivo, se deben utilizar varias pruebas en combinación. [11]

De este modo, Antohe et al. (2023) realizaron un estudio con un diseño cuasi experimental para evaluar la relación entre las pruebas funcionales (la escala visual analógica (EVA), la prueba Slump, el índice de molestias por ciática (SBI), el índice de discapacidad de Oswestry (ODI) y la prueba Lasegue y los hallazgos de la resonancia magnética en pacientes con diagnóstico de hernia discal. Setenta y ocho pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión participaron en el estudio. Cuando se evaluó la relación entre las pruebas Lasegue y los hallazgos de la resonancia magnética, solo se encontró una diferencia significativa entre los hallazgos de hernia discal L4-L5 ($p = 0,00$). Se evaluó la relación entre las puntuaciones Slump y los hallazgos de la MRI, y se encontró una correlación positiva significativa solo entre los hallazgos hernia discal L4-L5 ($r = 0,50$, $p = 0,00$). [12]

En cuanto al nivel de actividad física, este fue uno de los factores más críticos que influyeron en los resultados de dicha investigación. A nivel vertebral L4-L5, la actividad física de los sujetos influyó en el nivel de dolor (sedentarios, $r = 0,41$), nivel de molestias (sedentarios, $r = 0,42$), ODI (sedentarios, $r = 0,50$), Lasegue (sedentarios, $r = 0,48$) y Slump (sedentarios, $r = 0,53$). [12]

Yang et al. (2023) resaltan como a través de estudios clínicos, Aprill demostró que la zona de alta intensidad (una zona de alta señal pequeña, confinada que se encuentra en el borde posterior del anillo fibroso en las imágenes ponderadas en T2) puede inducir dolor en aproximadamente el 90% de los casos cuando el agente de contraste se derrama durante la discografía debido a la ruptura del anillo fibroso, y este dolor replica los síntomas habituales de dolor lumbar del paciente, lo que sugiere que la zona de alta intensidad es un signo importante para el diagnóstico de la ruptura dolorosa del disco, que predice el dolor con una sensibilidad del 26,7%, una especificidad del 95,2%, un valor predictivo negativo del 47% y un valor predictivo positivo del 88,9%. [13]

Por su parte, Lin et al. (2020) especificaron que las imágenes están indicadas cuando es probable que los hallazgos alteren el manejo, los síntomas persisten o se deterioran inesperadamente a pesar de la atención conservadora, o si se sospecha una patología subyacente grave. [6]

Como señala Lemmers et al. (2019), el valor de las imágenes en el dolor lumbar es cuestionable, ya que las anomalías degenerativas, congénitas y posturales son frecuentes en personas sin dolor lumbar. Estos hallazgos de las imágenes solo se correlacionan vagamente con los síntomas del dolor lumbar y no se asocian con el dolor lumbar futuro. [14]

Así pues, Babińska et al. (2019) evaluaron la asociación entre los cambios en la resonancia magnética (RM) y los síntomas clínicos en pacientes con dolor lumbar, y no encontraron relación entre los cambios de RM en la columna lumbar y la intensidad del dolor, la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas depresivos y de ansiedad. [15]

En un estudio cualitativo exploratorio, realizado por Makanjee et al. (2018) informaron que la decisión de derivar al paciente para que se realice una prueba de diagnóstico por imágenes se basa en la recopilación de información de la historia clínica del paciente, que luego se aclara mediante un examen objetivo. Estos hallazgos se interpretan para decidir si se requieren pruebas de diagnóstico por imágenes a discreción del médico. [6]

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 DEFINICIÓN DE DOLOR LUMBAR

Lumbago, lumbalgia o dolor lumbar bajo se refiere al dolor, rigidez o tensión muscular que dura al menos 1 día y se encuentra en la región del dorso que abarca desde la última costilla a la zona interglútea, con o sin irradiación a miembros inferiores. [16]

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

El dolor lumbar es un síntoma de múltiples causas, con una prevalencia de por vida de hasta 84%. Aunque la mayoría de los episodios se resuelven con o sin tratamiento y muchas personas no buscan atención médica, entre un 10% y 15% se vuelve crónico y puede generar discapacidad significativa. [17]

El impacto financiero del dolor lumbar se relaciona con el costo médico y social. Entre el 80% y 90% del gasto corresponde al 10% de los pacientes con dolor lumbar crónico y discapacidad. [17]

Los principales predictores del dolor de espalda persistente e incapacitante incluyen afrontamiento desadaptativo, enfermedades mentales, mala condición física y salud general deficiente. Afecta tanto a personas con trabajos sedentarios como físicos. También se han evidenciado cambios degenerativos en individuos sin síntomas. [17,18]

El cumplimiento de las guías clínicas suele ser bajo. Un metaanálisis reveló que el 35% de los estudios de imagen para dolor lumbar no seguían las pautas, con uso excesivo en casos no indicados y escaso en los que sí lo estaban. [17]

2.2.3 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR LUMBAR

El análisis del dolor lumbar debe ser enfocado de manera integral, clasificando este en:

“Dolor mecánico” el cual cede, al menos parcialmente, con reposo relativo y analgésicos, es de predominio diurno y es provocado por lesiones en el sistema musculoesquelético axial. “Dolor no mecánico” el cual no cede con analgésicos, de predominio nocturno y provocado eminentemente por algún proceso inflamatorio o tumoral. [2]

- Clasificación según su cronología:

Las lumbalgias son clasificadas según su cronología en agudas (4-6 semanas), subagudas (6 semanas -3 meses) o crónicas (mayor a 3 meses). [16]

- Según su origen:

Se clasifica en específico (cuando tiene causa identificable como fractura, metástasis, infección o enfermedad discal) e inespecífico. También según irradiación: lumbociatalgia (dolor en glúteo, cara posterior de muslo, pierna y pie) o lumbocruralgia (irradiación anterior en muslo, territorio crural). [16]

- Según las causas:

Lumbalgia por traumatismo: Ocurre cuando una fuerza externa, como un impacto o levantar peso, daña músculos o fascia. La hernia discal ocurre por colapso del disco, que comprime nervios y puede generar fracturas traumáticas vertebrales. [19]

Lumbalgia por inflamación: La espondilitis tuberculosa o purulenta destruye cuerpos vertebrales o discos por bacilos o bacterias. Si hay fusión vertebral en forma de bambú, indica espondilitis anquilosante, una enfermedad reumática seronegativa. [19]

Dolor lumbar por tumores: Cánceres como pulmón, mama, próstata o estómago pueden metastatizar a columna lumbar. Tumores como neuromas o angiomas también generan dolor intenso en esa zona. [19]

Dolor lumbar por degeneración: Con la edad, aumentan las lesiones degenerativas de la columna y tejidos cercanos, incrementando la incidencia de dolor lumbar. [19]

Dolor lumbar por otras causas: Además de las patologías de columna, puede deberse a enfermedades intraabdominales. También se asocia al dolor psicogénico, como en casos de histeria o depresión. [19]

2.2.4 FACTORES DE RIESGO

Factores como dieta poco saludable, inactividad, obesidad y tabaquismo se asocian a menor capacidad laboral. El trabajo físicamente exigente, el miedo y la evitación también se relacionan con ausencias laborales por dolor lumbar. [30]

La edad, el tipo de ocupación, el sexo femenino y el sobrepeso u obesidad aumentan la prevalencia del dolor lumbar. [20]

El dolor espinal se asocia a comorbilidades como diabetes tipo 2, obesidad, enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas, probablemente por el estilo de vida sedentario que generan. [21]

Ciertas actividades deportivas aumentan el riesgo de dolor lumbar, especialmente aquellas con carga repetitiva o impacto, como levantamiento de pesas, gimnasia, voleibol, baloncesto o fútbol. [22]

Factores como miedo, catastrofismo, ansiedad, y condiciones laborales desfavorables (posturas, insatisfacción, bajo apoyo social) influyen en el desarrollo del dolor lumbar. [23]

2.2.5 CLÍNICA DEL DOLOR LUMBAR SEGÚN LOS SÍNDROMES CLÍNICOS

El dolor en la lumbalgia puede provenir desde las estructuras inervadas por los nervios sinovertebrales, como son el anillo fibroso del disco intervertebral, el núcleo pulposo con inervación patológica, el ligamento longitudinal posterior y en algunos casos la estenosis foraminal inicial, etc. Así como desde las facetas articulares, los ligamentos y los músculos paravertebrales. [24]

El síndrome facetario: Clínicamente cursa con dolor lumbar de características mecánicas que aumenta con los movimientos de rotación y flexo-extensión (en especial en hiperextensión). No es rara su irradiación a nalgas y cara posterior de muslos. [25]

Una prueba clínica potencialmente útil para diagnosticarlo es la prueba de Kemp (también conocida como prueba de cuadrante y prueba de extensión-rotación). [26]

El síndrome por degeneración del disco intervertebral: se caracteriza por predominar en la línea media, exacerbarse con cargas axiales, sedestación y flexión del tronco y no asociarse a síntomas radiculares ni alteraciones al examen neurológico. [27]

El síndrome de dolor miofascial: se define como dolor muscular originado por puntos gatillo miofasciales en bandas musculares tensas, palpables en el músculo o en sus fascias. Puede originar dolor referido, alteraciones en la sensibilidad y cambios autonómicos en sitios remotos a su ubicación. [28]

El síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca: El dolor localizado por debajo de la espina ilíaca posterosuperior, también se han descrito molestias por debajo de L5, sobre la articulación sacroilíaca, de forma uní- o bilateral, e irradiado a zonas como los glúteos en el 94 %, la ingle en el 14 % y la cara posterolateral del muslo en el 28 % de los diagnosticados. A las personas les resulta incómodo sentarse, acostarse o subir escaleras. [29]

Varios hallazgos del examen físico sugieren dolor en la articulación sacroilíaca, como dolor a la palpación directamente sobre la articulación sacroilíaca. La prueba de Patrick y Gaenslen también se puede utilizar para reproducir clínicamente el dolor. [30]

El Síndrome por estenosis espinal lumbar: Caracterizado por presentar claudicación intermitente o continua de los miembros inferiores de tipo neurogénico. Se manifiesta a través de lumbalgia y radiculopatía que se acentúan con la marcha y atenúan con el reposo y el tronco en flexión. [31]

El Síndrome Inflamatorio lumbar: Dolor lumbar que empeora en reposo, mejoría con la actividad física, rigidez matutina de la espalda, mejoría del dolor con el uso de antiinflamatorios. A estos le sumaremos los antecedentes personales como entesitis, uveítis, psoriasis, enfermedad intestinal inflamatoria, debemos buscar y descartar las espondiloartritis. [24]

El Síndrome por disco herniado lumbar: Los principales signos y síntomas son lumbalgia, dolor radicular, limitación a la flexión del tronco, y anormalidades sensitivas y debilidad que siguen la distribución de una o más raíces lumbosacras afectadas. El dolor se exagera con el esfuerzo, tos y estornudos. También se intensifica con la posición sentada, ya que aumenta la presión en los discos en aproximadamente 40%. [32]

El diagnóstico clínico de hernia de disco lumbar con radiculopatía se puede realizar con el signo de Lasegue positivo. [40] Se podrían utilizar pruebas más sensibles, como el Slump, en hernias en las que el Lasegue es negativo. [33]

2.2.6 EVALUACIÓN CLÍNICA

Una anamnesis y un examen físico completos son importantes en la evaluación del dolor lumbar para determinar cualquier posible causa anatómica de los síntomas, descartar una enfermedad médica grave y determinar si se necesita una evaluación diagnóstica adicional. [17]

- Historia o anamnesis:

Como ocurre con cualquier historial de dolor, las características del dolor de espalda que deben explorarse incluyen la ubicación; característica; gravedad; momento, incluido el inicio, la duración y la frecuencia; factores atenuantes y agravantes; y signos y síntomas asociados. [17]

Los elementos de la información en la historia que sugieren la presencia de una afección subyacente grave, se denominan banderas rojas. Ciertos factores psicosociales son valiosos para determinar el pronóstico. Estos factores se llaman banderas amarillas. [17]

Banderas amarillas: 1. Depresión o estrés ocupacional 2. Proceso cognitivo hacia el dolor (catastrófico o sin esperanza) 3. Comportamiento evitativo por miedo al dolor 4. Problemas psiquiátricos 5. Tendencia a la somatización 6. Ganancias secundarias 7. Otros procesos patológicos crónicos coexistentes 8. Insatisfacción laboral 9. Malos comportamientos hacia la dieta y ejercicio. [34]

Banderas rojas:

Cáncer: Mayores de 50–60 años, antecedentes oncológicos, fiebre >38 °C, sudoración nocturna, pérdida de peso, dolor nocturno intenso o que empeora al acostarse. [34]

Infección vertebral: Dolor nocturno o persistente en reposo, antecedentes de infección bacteriana, procedimientos espinales previos, uso de drogas IV o inmunosupresión. [34]

Cauda equina: Incontinencia urinaria o fecal, retención urinaria, hiperalgesia perianal, debilidad motora progresiva de neurona inferior. [34]

Dolor radicular: Dolor lumbar irradiado por raíz L4, L5 o S1 con parestesias, debilidad 3/5 y pérdida de reflejos en el dermatoma afectado. [34]

Estenosis espinal: Frecuente en adultos mayores; presenta parestesias, debilidad y pseudoclaudicación que mejora al inclinarse. Puede causar pérdida funcional por muerte radicular. [34]

Trauma: Traumismo severo (accidente, caída, deporte), trauma menor en adultos mayores, sospecha de osteoporosis o uso crónico de esteroides. [34]

Tiempo de evolución: Dolor persistente >6 semanas sin mejoría pese a tratamiento médico y rehabilitación. [34]

- Examen físico:

Inspección: Debe observarse la piel, masa muscular, estructuras óseas y postura (cifosis, escoliosis, lordosis o aplanamiento). También deformidades, cicatrices, atrofas, espasmos o alteraciones cutáneas (hoyuelos, penachos). La marcha puede dar pistas sobre la causa del dolor. [17]

Palpación: Se hace de forma progresiva, desde tejidos superficiales hasta profundos, con el paciente de pie o en prono. Ayuda a diferenciar dolor localizado (más estructural) de generalizado (posible componente emocional). [17]

Rango de movimiento (ROM): Se evalúan flexión, extensión, rotación y flexión lateral lumbosacra, además de caderas y sacroilíacas (FABER, Gillet, Gaenslen). Se usan inclinómetros, prueba de Schober o distancia al suelo. Aunque su utilidad clínica es limitada, puede orientar según el patrón de dolor. [17]

- El examen neurológico:

Útil para identificar problemas neurológicos como radiculopatías o neuropatías periféricas. [27] Incluye inspección de extremidades inferiores, pruebas de fuerza muscular, sensibilidad (por dermatomas), propiocepción, análisis de marcha y pruebas funcionales (sentadillas, caminar en puntillas o talones). Las pruebas de reflejos tendinosos profundos (rotuliano [L3, L4], isquiotibiales [L5], Aquiles [S1]) son esenciales, ya que pequeñas asimetrías pueden ser significativas. También se evalúan Babinski y clonus para identificar alteraciones de la motoneurona superior. [18]

Para complementar esta evaluación existen signos que nos orientan si hay radiculopatías como son:

Signo de Lasegue: Con el paciente en decúbito supino, se eleva la pierna con rodilla extendida. Es positivo si hay dolor o parestesias irradiadas bajo la rodilla antes de los 45°. La dorsiflexión aumenta la sensibilidad (signo de Braggard). [32]

La prueba de elevación de la pierna recta (SLR, por sus siglas en inglés) tiene alta sensibilidad (0,92; IC 95%: 0,87–0,95), pero especificidad variable (0,28; IC 95%: 0,18–0,40). [35]

Signo de Lasègue cruzado: Se eleva la pierna contralateral; si provoca dolor ciático en la pierna afectada, indica irritación severa radicular o hernia discal. [36] Presenta alta especificidad (0,90; IC 95%: 0,85–0,94), pero baja sensibilidad (0,28; IC 95%: 0,22–0,35). [35]

Prueba de Slump: El paciente sentado flexiona toda la columna. Se añade dorsiflexión del pie y extensión de rodilla. Si reproduce dolor irradiado, indica compromiso de duramadre o raíces nerviosas. [36] Sensibilidad: 0,84 (IC 95%: 0,74–0,90); especificidad: 0,83 (IC 95%: 0,73–0,90). [33]

Prueba de Patrick (FABERE): Evalúa disfunción de articulaciones sacroilíacas o coxofemorales. Se realiza en supino con la pierna en forma de “4” y presión sobre la rodilla. Positiva si hay dolor. [36] Sensibilidad: 76,2 %; especificidad: 66,2 %; VPP: 58,1 %; VPN: 81,8 %; precisión: 70 %. [37]

Prueba de Gaenslen: Paciente flexiona pierna contralateral al dolor mientras se extiende la afectada. Positiva si hay dolor sacroilíaco. [45] Sensibilidad: 61,5 %; especificidad: 33,3 %. [38]

Prueba de Kemp (Facet loading): Paciente en bipedestación realiza extensión, rotación y flexión lateral hacia el lado doloroso. Positiva si reproduce dolor, sugiere afectación facetaria o estenosis espinal. [39] Sensibilidad: 85,7 %; especificidad: 21,8 %. [40]

2.2.7 DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Las imágenes de la columna lumbar son esenciales para identificar patologías significativas, guiar el tratamiento y evaluar señales de alerta. [27] Sin embargo, debido a la alta prevalencia de hallazgos “anormales” en radiografías incluso en pacientes asintomáticos, su interpretación debe realizarse en un contexto clínico adecuado para evitar evaluaciones y costos innecesarios. [40]

Radiografía simple (2 dimensiones):

Es una técnica muy útil para valorar las estructuras óseas, permitiéndonos ver la disminución de la altura del disco, las calcificaciones, el gas intradiscal y la presencia de cambios óseos, así como esclerosis de los platillos vertebrales, presencia de osteofitos, valorar escoliosis, inestabilidad segmentaria, fracturas y aplastamientos vertebrales. [41]

Tomografía computarizada (TC):

Ofrece imágenes multiplanares (axial, sagital, coronal) y reconstrucciones tridimensionales. Es excelente para diagnosticar estenosis de canal, espondilosis, espondilólisis, espondilolistesis, fracturas, anomalías congénitas, infecciones y tumores con extensión a tejidos blandos. También es útil en la planificación quirúrgica y en biopsias percutáneas guiadas. Su precisión facilita la identificación de la destrucción ósea o cortical, así como evaluar la matriz calcificada de tumores. [41]

Imágenes por resonancia magnética (IRM):

Es la mejor opción para estudiar tejidos blandos y estructuras neurales, destacando por no usar radiación ionizante. El gadolinio se emplea en casos sospechosos de tumores o infecciones y para diferenciar tejido cicatricial de hernias recurrentes en pacientes con cirugía previa. [40]

La IRM es eficaz para detectar degeneración discal precoz (oscurecimiento del disco en secuencias T2), además para valorar la estenosis de canal, así como el cordón medular, permitiendo detectar siringomielia, atrofia medular, infartos medulares, lesiones intracordales, esclerosis múltiple y tumores intramedulares. [41]

- Evaluación del disco intervertebral:

En el 2001, David F. Fardon y Pierre C. Milette intentaron estandarizar la nomenclatura de la patología discal y clasificaron las lesiones del disco intervertebral en varias categorías: 1- Normal (se excluyen cambios por la edad), 2- Anomalía del desarrollo o congénita 3- Degenerativa/traumática (Desgarro anular, Herniación: protrusión, extrusión intervertebral, Degeneración: espondilosis deformante, osteocondrosis intervertebral) 4- Inflamatoria/infecciosa, 5- Neoplásica y 6- Variante morfológica de significado indeterminado. [42]

La degeneración discal implica deshidratación y fragilidad del núcleo pulposo por pérdida de proteoglicanos, generando fisuras hacia el anillo fibroso. En T2, estas pueden verse como hiperintensidades (signo de Sharpey). También ocurren cambios Modic en los platillos vertebrales (inflamación, esclerosis o grasa) y nódulos de Schmorl (protrusión del núcleo en los platillos). [42]

- Descripción de la patología discal en RM:

Abombamiento discal o protrusión anular difusa: cuando se extiende de forma difusa más allá los platillos vertebrales, sin superar el límite del espacio intervertebral. La cantidad de disco desplazada es mayor a 50% o superior a 180° de su circunferencia. Usualmente es menor a 3 mm sobre el límite del espacio discal y es consecuencia de la propia degeneración, remodelación e hiperlaxitud ligamentaria. [42]

Hernia discal: desplazamiento localizado del disco más allá de los límites del espacio discal, que se encuentra delimitado arriba y abajo por los cuerpos vertebrales y periféricamente por los bordes externos de los anillos apofisarios vertebrales. [42]

Protrusión discal: se emplea este término cuando el diámetro del fragmento discal desplazado es menor que el diámetro cefalocaudal del disco medido en el mismo plano. Subtipos: focal (si la parte afectada del disco es menor de 25% de la circunferencia discal o menor de 90°) y de base ancha (si afecta entre un 25 y 50%). [42]

Extrusión: cuando el diámetro máximo del fragmento discal desplazado es mayor que el diámetro cefalocaudal del disco medido en el mismo plano o cuando en el plano axial el fragmento desplazado tiene un cuello estrecho y una porción extruida más ancha. Estas se clasifican en **migración** (cuando la porción extruida se desplaza cefálica o caudalmente más allá del espacio discal) y **secuestro** cuando se identifica un fragmento discal libre. [42]

- Evaluación de las articulaciones facetarias por RM:

Enfermedad articular degenerativa facetaria: se define como la suma de esclerosis subcondral, disminución del espacio articular, presencia de osteofitos marginales e hidrartrosis. Debido a la inervación de la membrana sinovial y de la cápsula articular, los cambios facetarios pueden por sí mismos causar lumbalgia y junto a la hipertrofia de ligamentos amarillos pueden comprimir raíces nerviosas y generar canal espinal estrecho o estenosis foraminal. [42]

- Otras estructuras y hallazgos por RM:

Ligamentos amarillos (flavum): compuestos principalmente de elastina (80%) y colágeno (20%), conectan las láminas vertebrales y limitan los movimientos de flexión e inclinación lateral, considerándose hipertróficos cuando su grosor supera los 4 mm. [42]

Canal espinal estrecho: El canal espinal estrecho puede ser congénito o adquirido, y sus medidas normales incluyen un diámetro anteroposterior mayor a 15 mm, un diámetro transversal superior a 18 mm, y un área mayor a 1.3 cm²; valores inferiores se consideran patológicos, usualmente de origen degenerativo multifactorial. [42]

Cordón espinal, cono medular y cauda equina: ubicado en L1-L2, conecta con la cauda equina, un conjunto de raíces nerviosas que deben seguir un trayecto ordenado hacia los forámenes neurales. Su evaluación se realiza mediante imágenes T2 en planos sagital y axial, siendo el filum terminal la extremidad distal del cono, con un diámetro máximo de 2 mm. [42]

Músculos paravertebrales: deben tener señal homogénea y volumen normal, aunque en personas mayores pueden presentar atrofia con infiltración grasa. Los músculos psoas, por su parte, deben evaluarse para detectar abscesos relacionados con infecciones discales. [42]

La Mielografía:

Es una técnica invasiva que requiere la inyección de un medio de contraste en el canal espinal y actualmente se utiliza en casos específicos, como la detección de compresiones del cordón medular por fracturas o tumores, siendo menos eficiente que la RM o la TC para diagnosticar hernias discales. [41]

Gammagrafía ósea radionuclear:

Es sensible pero poco específica, utilizada para identificar fracturas ocultas, metástasis óseas e infecciones. La tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) mejora su especificidad al proporcionar cortes axiales que diferencian las estructuras óseas afectadas. [17]

La electromiografía:

Es una herramienta fisiológica que evalúa con buena sensibilidad y alta especificidad los cambios neurogénicos y la denervación. Es útil para diferenciar entre radiculopatía, mononeuropatías, polineuropatías y otros trastornos de las neuronas motoras inferiores. [17]

2.2.8 TRATAMIENTO

- Manejo conductual del dolor lumbar:

Si el autocuidado no resulta eficaz, se pueden aplicar estrategias según el riesgo, como ejercicios o terapia cognitivo-conductual. Ante dolor persistente, pueden añadirse fármacos o procedimientos. [43]

El dolor lumbar crónico es difícil de tratar y suele mantenerse por expectativas negativas, miedo al dolor y conductas de evitación, lo que justifica un enfoque conductual. [43]

Dentro de este enfoque, las intervenciones cognitivo-conductuales orientadas a la clarificación o exposición ayudan a los pacientes a dejar conductas evitativas, demostrando que el dolor puede autogestionarse sin protección excesiva. [43]

- Manejo por Medicina Física y Rehabilitación en el abordaje del dolor lumbar basado en evidencia:

Modalidades terapéuticas:

El empleo de técnicas de masoterapia y termoterapia superficial, tanto en su modalidad de crioterapia como en la aplicación de calor, ampliamente difundidas, ha sido objeto de revisión. Con cierta cautela, el masaje podría ser beneficioso en la lumbalgia subaguda y crónica, siempre y cuando se combine con ejercicios e intervenciones educativas. [41]

La crioterapia muestra evidencia limitada en su aplicación que imposibilita conclusiones a este respecto. En el caso de la aplicación de calor superficial existen pruebas moderadas de alivio sintomático a corto plazo, obteniéndose un beneficio adicional si se asocia ejercicio físico. [41]

En relación con técnicas de electroterapia con intención analgésica, la revisión Cochrane de Khadilkar et al. respecto al uso de TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) es discretamente eficaz a corto plazo, señala la existencia de pruebas poco consistentes para recomendar su aplicación como terapia aislada. [41]

La ultrasonoterapia de pequeño efecto a corto plazo sobre la función lumbar se desaconseja su empleo como tratamiento único. Respecto al láser, la excesiva heterogeneidad de los estudios revisados por Yousefi-Nooraie et al. imposibilitan la obtención de conclusiones sobre su efecto. [41]

Técnicas manuales, mecánicas y dispositivos ortésicos:

Las diversas modalidades de medicina manual manipulativa ofrecen dificultad en la evaluación de su eficacia por la heterogeneidad de sus técnicas y las diferentes disciplinas. Como recomendación debe considerarse su eficacia en la lumbalgia aguda de acuerdo con las preferencias del paciente, así como la experiencia y capacitación del profesional que practique la manipulación. En el dolor lumbar crónico la evidencia consultada acerca de su eficacia no es concluyente. Las técnicas quiroprácticas combinadas ofrecieron una ligera mejoría a corto plazo en dolor y discapacidad, así como en el dolor a medio plazo en lumbalgias agudas y subagudas. [41]

Ni las ortesis lumbares, ni las ortesis plantares son eficaces en la prevención del dolor lumbar. Respecto a su eficacia en el tratamiento del dolor, no es posible precisar si son más eficaces que la abstención. [41]

Reposo y ejercicio terapéutico:

La recomendación de evitar el reposo en el dolor lumbar agudo está respaldada por pruebas de calidad moderada, aunque no se aplica en pacientes con ciatalgia. Mantenerse activo parece ser más beneficioso que el reposo absoluto, apoyando el ejercicio físico como tratamiento y prevención del dolor lumbar. [41]

Las conclusiones sobre el ejercicio para el tratamiento del dolor lumbar indican que: 1) el ejercicio de alta intensidad es más eficaz que el placebo, proporcionando mayor satisfacción que otras opciones terapéuticas; 2) no se observan diferencias significativas entre Pilates y ejercicios clásicos en cuanto a eficacia; 3) el ejercicio es útil para prevenir recurrencias del dolor lumbar; 4) la adherencia al programa de ejercicios es el mayor reto en el tratamiento del dolor lumbar; 5) los programas de cinesiterapia deben incluir ejercicios de movilización, estiramiento y fortalecimiento muscular. [41]

Una vez que se resuelve la radiculopatía, se debe prescribir al paciente un régimen de ejercicio adecuado para mejorar la flexibilidad y la fuerza muscular ejercicios. [28]

Los ejercicios de estabilización lumbar, el fortalecimiento de los músculos centrales y la permanencia activa pueden ser los más efectivos de los diversos métodos estudiados cuidadosamente en la radiculopatía lumbar. [41]

Intervenciones educativas:

Las denominadas escuelas de espalda representan una modalidad de abordaje del dolor lumbar que incluyen intervenciones educativas, ergonómicas y la enseñanza de ejercicio terapéuticos para su realización domiciliaria. El objetivo es proporcionar al paciente formación adecuada para el conocimiento y manejo de su proceso. A excepción del dolor lumbar agudo, en la que la escuela de espalda no parece ofrecer ventajas frente al ejercicio solo, la escuela de espalda ha mostrado ser de gran utilidad y eficacia en la lumbalgia subaguda, crónica y recurrente. [41]

Tratamiento no farmacológico integrativo:

La acupuntura y la punción seca se presentan como terapias complementarias útiles asociadas a otros tratamientos en el abordaje del dolor lumbar crónico. Representan también una opción a considerar en mujeres gestantes, en las que ejercicios específicos y gimnasia acuática se muestran también de utilidad. [41]

- El Yoga: Múltiples estudios han encontrado que esta terapia es tan efectiva para el dolor lumbar como otros programas de ejercicios en grupo para reducir el dolor y mejorar la función en el dolor lumbar crónico. [17]
- Tai chi: un antiguo sistema de ejercicios chino que combina la concentración en movimientos lentos, elegantes y deliberados con la respiración concentrada. Varios estudios han encontrado que es eficaz para reducir el dolor y mejorar la función en pacientes con dolor lumbar. [17]
- Pilates: una forma de ejercicios de fortalecimiento central que enfatiza alineación y forma adecuada. Los resultados positivos de pequeños estudios sugieren que podría ser un tipo de tratamiento eficaz para el dolor lumbar. [17]

- Ejercicios acuáticos: Los pacientes que no han tolerado los ejercicios en tierra a menudo pueden participar en ejercicios en piscina. Hacer ejercicio en el agua tiene varios beneficios; uno es la flotabilidad y la reducción del estrés gravitacional. [17]

Opciones de tratamiento farmacológico:

Los tratamientos farmacológicos pueden ser ideales para pacientes con múltiples áreas de dolor y múltiples contribuyentes al dolor lumbar, para personas que tienen un alto riesgo de complicaciones y para personas con dolor nociplásico. Según las pautas del Colegio Estadounidense de Médicos, las recomendaciones farmacológicas para el dolor lumbar agudo o subagudo deben comenzar con medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) o relajantes musculares (evidencia de calidad moderada). No hay consenso sobre la duración del uso de AINE y se recomienda precaución con el uso persistente debido a las preocupaciones por los efectos gastrointestinales y cardiovasculares. [43]

Una revisión Cochrane no encontró diferencias significativas en la efectividad entre los AINE selectivos y no selectivos para el dolor lumbar. Las pautas del Colegio Americano de Médicos recomiendan el tramadol o la duloxetina como tratamiento de segunda línea, y los opioides como tratamiento de última línea para el dolor lumbar crónico refractario a otros tratamientos. [43]

La mayoría de las organizaciones recomiendan los gabapentinoides para el tratamiento del dolor neuropático, sin embargo, una revisión sistemática no encontró evidencia sólida para apoyar su uso para el dolor lumbar crónico con o sin dolor radicular. [43]

- Procedimientos no quirúrgicos:

Dados los riesgos y la duración finita del beneficio de las intervenciones, los procedimientos generalmente deben realizarse en pacientes que no han respondido a las medidas conservadoras, aunque podrían ser razonables las excepciones en algunos casos. [43]

Sobre las inyecciones epidurales de esteroides en la zona lumbar y adhesiolisis, la utilidad de estas en la zona lumbar es controvertida, y los estudios y revisiones realizados por intervencionistas tienen más probabilidades de producir resultados positivos que los realizados por no intervencionistas. [43]

Existe cierta evidencia de que la combinación de inyecciones de esteroides intraarticulares y extraarticulares en la articulación sacroilíaca podría tener un mejor efecto terapéutico. Se ha recomendado la guía fluoroscópica al realizar inyecciones sacroilíacas; sin embargo, no hay acuerdo sobre el tipo y la dosis de esteroides utilizados. [43]

Bloqueos de articulaciones facetarias y ablación por radiofrecuencia: Directriz basada en la evidencia proporcionó una fuerza moderada de recomendaciones para ambas intervenciones. También existe la Radiofrecuencia de la articulación sacroilíaca, ideal para personas con sospecha de dolor extra articular. [43]

Estimulación de la médula espinal: se ha utilizado tradicionalmente para el dolor neuropático, en particular en personas con cirugía de columna previa y con más dolor en las piernas que en la espalda. [43]

- Cirugía:

En las últimas décadas ha aumentado el interés en la cirugía para el dolor lumbar crónico. En hernias del núcleo pulposo, la cirugía ofrece alivio y mejoría funcional más rápida que el manejo conservador, aunque las diferencias desaparecen tras 1–2 años. [43]

En la estenosis espinal lumbar, la descompresión mejora dolor y discapacidad en 3–6 meses, con beneficios que tienden a disminuir luego de 2–4 años. [43]

Las guías NICE (2016) recomiendan descompresión en casos de dolor radicular persistente no respondiente a manejo conservador, con hallazgos radiológicos compatibles. La fusión lumbar suele indicarse en espondilosis refractaria. [43]

Algunos pacientes operados desarrollan dolor lumbar recurrente con o sin radiculopatía, conocido como síndrome de cirugía fallida de espalda. Su incidencia va del 10 % al 40 % tras laminectomía, y puede deberse a adherencias, aracnoiditis, inestabilidad, complicaciones quirúrgicas o selección inadecuada. [43]

2.2.9 PREVENCIÓN

La prevención del dolor lumbar ha recibido una atención cada vez mayor a medida que los gobiernos y los pagadores luchan por encontrar soluciones prácticas para implementar. Una razón detrás de la falta de progreso podría ser la subestimación de los aspectos no anatómicos que contribuyen al dolor lumbar, como los factores de riesgo psicosociales y la subutilización de intervenciones multidimensionales. [43]

Estudios previos sobre intervenciones como el ejercicio, la educación y las modificaciones ergonómicas han arrojado resultados modestos. En adultos, una revisión sistemática encontró evidencia de calidad moderada de que el ejercicio solo o con educación era eficaz tanto para la prevención primaria como secundaria del dolor lumbar, y evidencia de baja calidad de que la educación sola, los aparatos ortopédicos para la espalda, las plantillas y las correcciones ergonómicas eran ineficaces para la prevención primaria del dolor lumbar. Una revisión sistemática confirmó que el ejercicio solo y en combinación con la educación era eficaz como estrategia de prevención primaria para el dolor lumbar. [43]

2.3 CONTEXTUALIZACIÓN

El Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS) es una entidad de atención de salud sin fines de lucro ubicada en la Avenida Ortega y Gasset, Ensanche La Fe, Santo Domingo, República Dominicana.

Es una institución médico-asistencial del más alto nivel científico que se pueda ofrecer en el país. Las inversiones que se han hecho en su construcción y equipamiento, y la presencia de un cuerpo de médicos especialistas capacitados, la mayoría de ellos entrenados en importantes centros médicos de América y Europa, avalan la calidad de la atención a los pacientes y lo definen como un centro de referencia nacional con proyección internacional.

El HGPS está dirigido por un Patronato creado por el Decreto No. 131, de fecha 18 de abril de 1996 y ratificado por el Congreso mediante la Ley No.78-99, de fecha 24 de julio de 1999. El Patronato está integrado por 16 miembros que incluyen distinguidos doctores, empresarios y personas dedicadas a servir a la comunidad dominicana, así como miembros Exoficio: el Secretario de Estado de Salud Pública y Bienestar Social, el Director del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el Presidente del Consejo Nacional de Hombres de Negocios y el Secretario de Trabajo.

Bajo la supervisión del Patronato, el HGPS tiene una estructura organizativa encabezada por la Dirección Administrativa, responsable de coordinar la planificación y gestión para lograr los objetivos de la institución, también cuenta con la administración de una Dirección Médica, la Dirección Administrativa tiene como dependientes a la subdirección Financiera y la subdirección de Operaciones. De estas direcciones dependen las Gerencias, departamentos y unidades de servicio que conforman toda la institución.

El personal médico del HGPS está conformado por especialistas y sub-especialistas así como Médicos Internistas y Generales, agrupados en las siguientes áreas de atención: Medicina interna y especialidades, Cirugía General y especialidades, Ginecología y Obstetricia, Gastroenterología y Endoscopia, Medicina de Emergencias, Pediatría y especialidades, Cardiología, Medicina física y Rehabilitación, Atención Primaria, Radiología, Medicina Nuclear, Ortopedia y Traumatología, Laboratorio y banco de sangre, Patología y especialidades, Cuidados intensivos, Trasplante de Órganos, Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular, Urología, Otorrinolaringología, Hemodinamia, Endocrinología, Nutrición, Hematología, Oncología, Odontología, Oftalmología, Neumología, Reumatología, Audiología, Dermatología, Neurología, Nefrología, Salud mental, Infectología, Geriatria, Clínica del Pie Diabético, Centro de Vacunación, Unidad de Salud Preventiva, Enfermería, Investigación Clínica, Epidemiología y Farmacia.

El HGPS es un centro docente universitario desde el 2002 con dieciséis programas de Residencias Médicas en las áreas de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina de Emergencia y Desastres, Medicina Física y Rehabilitación, Imágenes Diagnósticas, Medicina Crítica Pediátrica y Terapia Intensiva adulto, Cirugía General y Trasplante, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Urología, Neurocirugía, Medicina Materno Fetal, Medicina Interna, Nefrología, Infectología, Anestesiología y Cirugía Vascular, avalados por la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Desde el año 2009, el HGPS cuenta con un Récord Médico Electrónico que permite, la visualización digital de las imágenes diagnósticas y resultados de laboratorios de sus pacientes en todas las áreas del hospital.

El hospital General de la Plaza de la Salud cuenta con 12 salas de internamiento dentro de las cuales están: la sala de Infectología, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, UCI Pediátrico, Cirugía, Ginecología, UCI Polivalente, UCI Cardiológico, 3 salas de internamiento privado, servicio de Emergencias de adultos y pediátrica.

El departamento de Medicina Física y Rehabilitación, dirigido por la Dra. Sheila Espinal, consta con 3 consultorios habilitados para consultas matutinas y vespertinas, donde se evalúan los pacientes de manera ambulatoria. Cuenta con un área de terapia física, que se divide de acuerdo a la parte anatómica tratada, como: miembro superior, miembro inferior y neurológico. A su vez cuenta con intervenciones como terapia ocupacional, terapia fonoaudiológica, terapia de deglución, rehabilitación pediátrica, estimulación temprana y rehabilitación cardiopulmonar. Además, ofrece distintos procedimientos de acuerdo a la necesidad del paciente, como son: infiltración intraarticular y/o muscular, aplicación de toxina botulínica, terapia de ondas de choque radial, entre otras. Cuenta con servicios para evaluación y manejo del paciente hospitalizado, entre ellos, terapia física y terapia del habla/deglución.

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 CONTEXTO

El dolor lumbar es uno de los principales motivos de consulta en los sistemas de salud de todo el mundo. Es la causa más común de discapacidad, genera altos costos médicos y afecta significativamente la calidad de vida, la independencia y la funcionalidad de las personas. Se estima que cerca del 80% de la población experimentará este tipo de dolor en algún momento de su vida, siendo la rehabilitación una herramienta efectiva para su manejo.

Identificar la causa del dolor lumbar, especialmente cuando es crónico, es un desafío debido a su origen multifactorial y complejo. La historia clínica y el examen físico son herramientas clave para identificar el síndrome doloroso específico para que sea tratado. Sin embargo, los estudios de imágenes siguen siendo complementos para un diagnóstico efectivo. Aunque está demostrado que hasta el 30% de las resonancias magnéticas en personas asintomáticas revelan alteraciones.

En numerosos casos de dolor lumbar, se observan discrepancias entre los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias. Por consiguiente, es fundamental desarrollar una estrategia integral para abordar el dolor lumbar, considerando no solo los síntomas clínicos, sino también el contexto completo del paciente. Esto permite a los equipos multidisciplinarios manejar el problema de manera más efectiva e individualizada.

Por las razones previamente mencionadas, surgió la idea de este proyecto de investigación con el fin de generar datos estadísticos confiables sobre la relación existente entre los hallazgos clínicos y los resultados de los estudios de imagen en pacientes con dolor lumbar. La intención es utilizar esta información para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que acuden a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud.

3.2 MODALIDAD

Se realizó un proyecto de investigación con el objetivo de determinar la correlación Clínica e Imagenológica de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.

3.3 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La información fue recopilada de forma retrospectiva mediante el récord clínico de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.

3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

#	Variable	Tipo / Subtipo	Definición	Indicador	Medición
1	Sexo	Cualitativa Nominal	Condición orgánica que distingue a los varones de las hembras	Femenino Masculino	Historia clínica
2	Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo (años) que ha vivido una persona desde su nacimiento.	18-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años 71-80 años 81-90 años 91-100 años	Historia Clínica
3	Comorbilidades	Cualitativa Nominal	Presencia de una o más enfermedades en un individuo.	Ninguna Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Sobrepeso/Obesidad Hipotiroidismo/Hiper rtiroidismo Cardiopatía	Historia Clínica

				Enfermedad pulmonar Enfermedad reumatológica Cáncer Otras:	
4	Actividad laboral	Cualitativa Nominal	Tipo de actividad laboral según el entorno y las demandas físicas o funcionales asociadas.	Trabajo de Oficina/Escritorio Trabajo de campo Trabajo operativo/manual Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo/manual) Actividad pasiva no laboral	Historia Clínica
5	Actividad física	Cualitativa Nominal	Tipo de actividad física que realizaba el paciente.	Ninguna Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.) <3 veces / semana Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc) >3 veces / semana Ejercicio de fuerza muscular 2-3 veces / semana Ejercicio de estiramiento	Historia Clínica

6	Deporte	Cualitativa Nominal	Tipo de deporte que practicaban el paciente.	Ninguno Voleibol Baloncesto Futbol Atletismo Golf Gimnasia Natación Otros: Atletismo, Golf, Gimnasia, Tenis	Historia Clínica
7	Motivo de consulta principal	Cualitativa Nominal	Conjunto de signos y síntomas referidos por los pacientes que asistieron a consulta.	Dolor de espalda baja Dolor de la(s) pierna(s) Dolor en glúteo Parestesias/ Adormecimiento Debilidad muscular Limitación funcional Dificultad para caminar	Historia Clínica
8	Tratamiento conservador previo a la consulta	Cualitativa Nominal	Tipo de tratamiento conservador que recibieron los pacientes previo a la consulta	Ninguno Medicamentos Terapia física Ajustes quiropáticos Acupuntura Terapia acuática Otros:	Historia Clínica
9	Estudio de Imagen	Cualitativa Nominal	Tipo de estudio de imágenes realizado a los pacientes.	Radiografía simple Tomografía axial computarizada simple	Historia Clínica

				Resonancia magnética simple Otros:	
10	Síndromes clínicos de dolor lumbar	Cualitativa Nominal	Tipo de síndrome clínico de dolor lumbar que presentaron los pacientes de acuerdo a los hallazgos en el examen físico.	Síndrome facetario Síndrome por degeneración del disco intervertebral Síndrome por disco herniado lumbar Síndrome de dolor miofascial Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca Síndrome por estenosis espinal lumbar Síndrome Inflamatorio lumbar Ninguno	Historia clínica
11	Hallazgos reportados en estudio de imagen	Cualitativa Nominal	Conjunto de hallazgos reportados en los estudios de imágenes realizados a los pacientes según el informe.	Sin hallazgos Desviación de la columna lumbar Pinzamiento discal Rectificación de la lordosis lumbar Degeneración discal Espondiloartrosis Cambios Modic Nódulo de Schmorl Desbordamiento/ Abombamiento discal difuso	Historia clínica

				Protrusión discal central Protrusión discal foraminal sin estenosis Protrusión discal foraminal con estenosis Extrusión discal no migrada Extrusión discal migrada Secuestro discal Fisura del anillo fibroso/desgarro anular Estenosis espinal lumbar Aumento de señal en articulación facetaria Degeneración facetaria Infiltración grasa de músculos paraespinales Espondilolisis Espondilolistesis Fractura vertebral Espondilodiscitis Tumores Sacroileitis Espina bífida Vertebra transicional lumbosacra	
--	--	--	--	---	--

				Hipertrofia del ligamento amarillo Otros:	
12	Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Cualitativa Nominal	Conjunto de hallazgos evidenciados e identificados por revisión directa de los estudios de imágenes realizados a los pacientes.	Sin hallazgos Desviación de la columna lumbar Pinzamiento discal Rectificación de la lordosis lumbar Degeneración discal Espondiloartrosis Cambios Modic Nódulo de Schmorl Desbordamiento/ Abombamiento discal difuso Protrusión discal central Protrusión discal foraminal sin estenosis Protrusión discal foraminal con estenosis Extrusión discal no migrada Extrusión discal migrada Secuestro discal Fisura del anillo fibroso/desgarro anular Estenosis espinal lumbar	Historia Clínica

				<p>Aumento de señal en articulación facetaria</p> <p>Degeneración facetaria</p> <p>Infiltración grasa de músculos paraespinales</p> <p>Espondilolisis</p> <p>Espondilolistesis</p> <p>Fractura vertebral</p> <p>Espondilodiscitis</p> <p>Tumores</p> <p>Sacroileitis</p> <p>Espina bífida</p> <p>Vertebra transicional lumbosacra</p> <p>Hipertrofia del ligamento amarillo</p> <p>Otros:</p>	
--	--	--	--	---	--

3.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se recolectó la información del expediente clínico digital de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.

Se colocaron los datos en un formulario electrónico en la plataforma Google Forms, donde se almacenaron, englobando todas las variables que se tomaron en cuenta en este proyecto. Posteriormente esta información se digitó en una base de datos en Excel versión 2020 para su posterior análisis en el software estadístico Epi Info versión 7.2.5.0.

3.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario electrónico (Google Forms), utilizado en una computadora y/o celular donde se plasmó la información pertinente de los pacientes con dolor lumbar, tomada de su récord clínico digital de forma minuciosa, que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto fue evaluado en primer lugar por la asesora clínica y metodológica, una vez revisado, fue sometido al Comité de Investigación del Hospital General de la Plaza de la Salud y posteriormente al Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE). En el mismo se respetó la confidencialidad de manera absoluta de los pacientes, los cuales fueron codificados, obviando nombre/número de récord. No pone en riesgo al paciente por el tipo de estudio.

3.8 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el periodo enero-junio 2023 asistieron 761 pacientes con dolor lumbar a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud.

La muestra estuvo comprendida por 437 pacientes de estos casos, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con consulta de primera vez con motivo principal de dolor lumbar en el periodo enero-junio 2023.
- Pacientes con edad mayor de 18 años.
- Pacientes con estudios de imágenes realizados en el Hospital General de la Plaza de la Salud y con menos de 6 meses de vigencia con respecto a la fecha de la consulta.

3.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con edad menor de 18 años.
- Pacientes con estudios de imágenes externos o no realizados en el Hospital General de la Plaza de la Salud.
- Pacientes con estudios de imágenes de más de seis meses con respecto a la fecha de la consulta.
- Pacientes con historia de cirugía en la columna lumbar (artrodesis, discectomía, laminectomía, etc.)
- Expedientes incompletos que no reunieron toda la información según las variables establecidas.

3.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

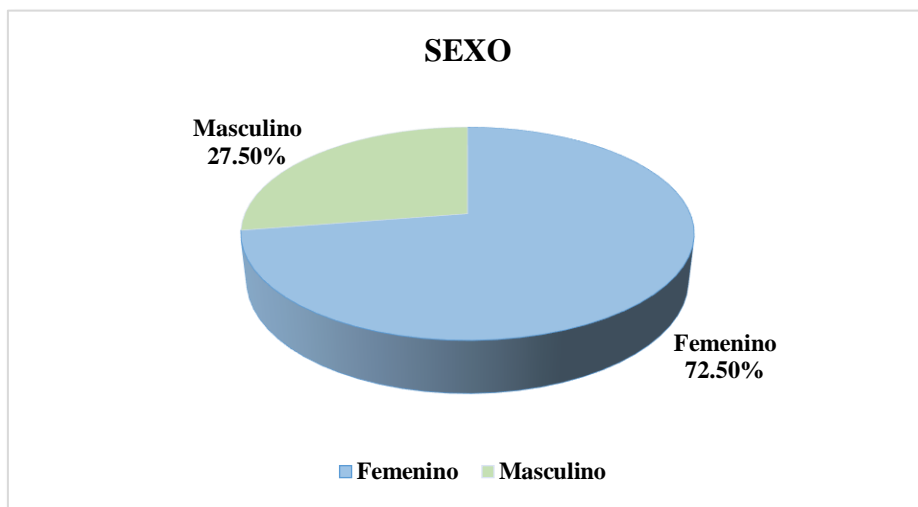
Con los datos que se recolectaron del expediente clínico digital, almacenados en el formulario electrónico de Google Forms y trasladados a Microsoft Excel, se realizó un análisis estadístico mediante gráficos, tablas, cálculos de frecuencias, porcentajes, correlación de variables, interpretación, conclusiones y recomendaciones, mediante herramientas como Microsoft Word y el software estadístico Epi Info versión 7.2.5.0. Además, las variables que fueron susceptibles de comparación se estudiaron a través de la prueba Chi-cuadrado (χ^2) considerándose de significación estadística cuando $p < 0.05$, y el índice kappa de Cohen (κ) como una medida de concordancia que se considera de alta concordancia (sustancial) si el valor de kappa está entre 0.61 y 0.80.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos obtenidos en este trabajo de investigación donde se buscó determinar la correlación clínica e imagenológica de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.

Gráfico #1: Distribución del sexo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

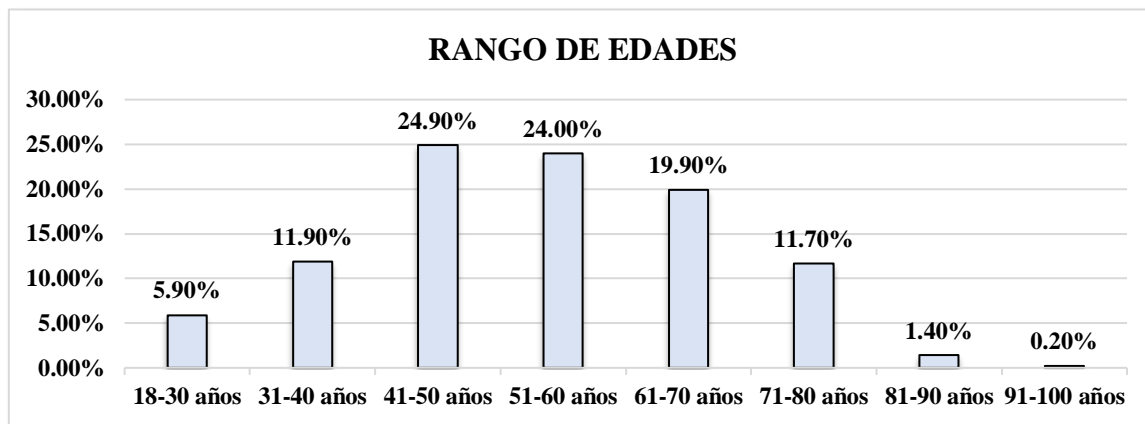
N=437



Fuente: Tabla 1, Anexo 3, Página XVII

Gráfico #2: Distribución del rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

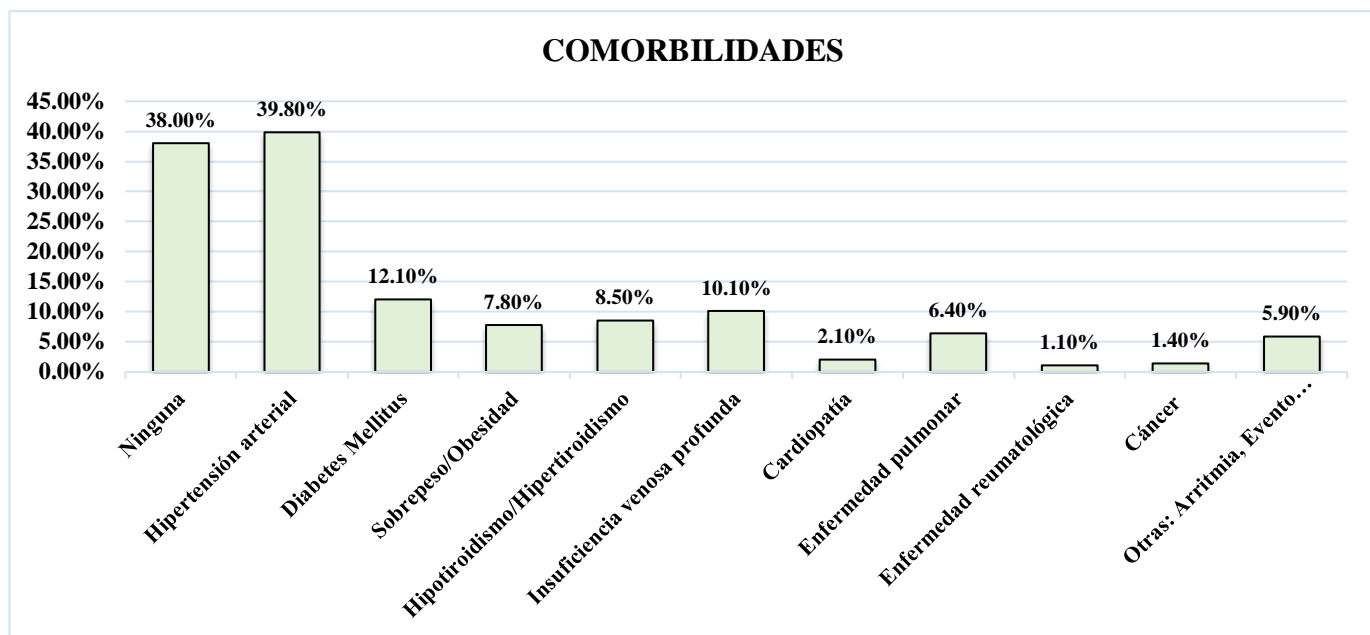
N=437



Fuente: Tabla 2, Anexo 3, Página XVII

Gráfico #3: Distribución de las comorbilidades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

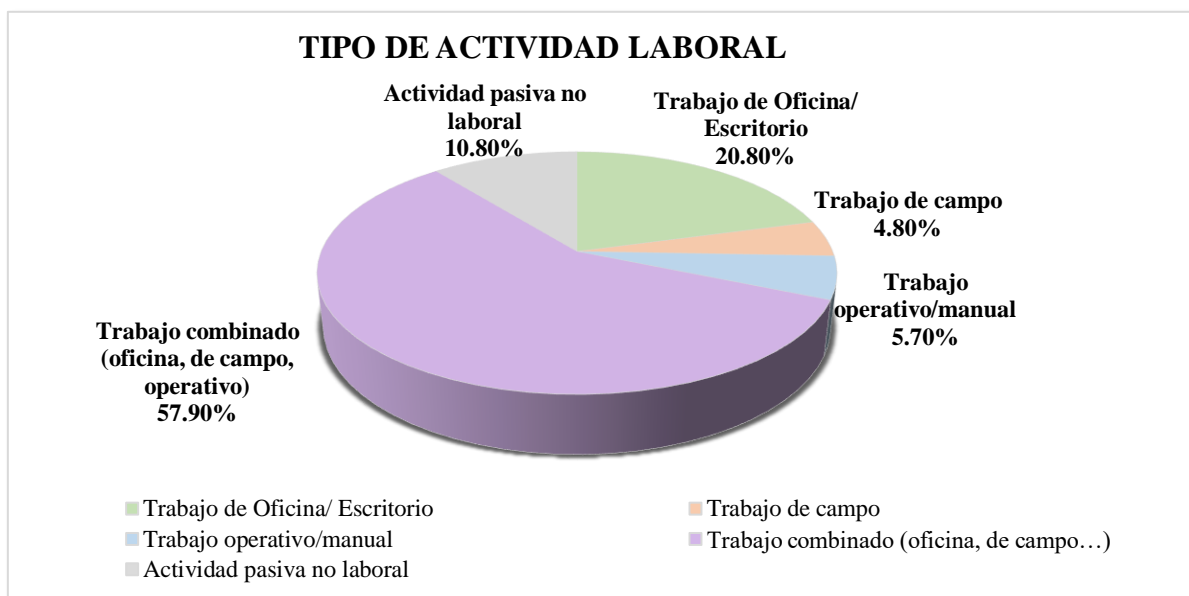
N=437



Fuente: Tabla 4, Anexo 3, Página XVIII

Gráfico #4: Distribución del tipo de actividad laboral de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

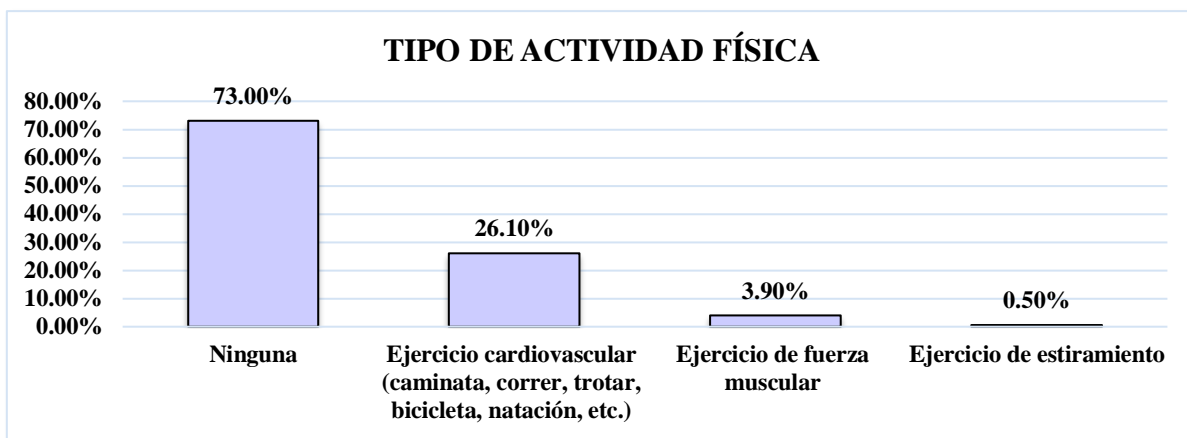
N=437



Fuente: Tabla 7, Anexo 3, Página XIX

Gráfico #5: Distribución del tipo de actividad física de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

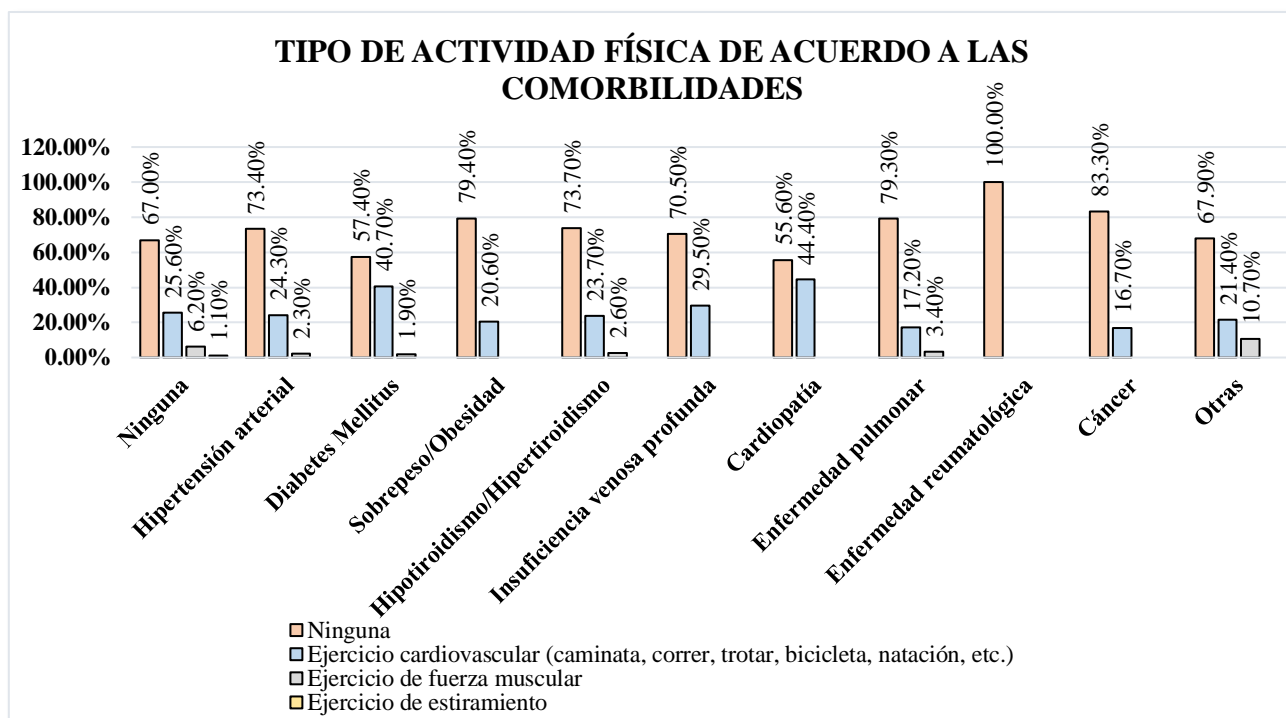
N=437



Fuente: Tabla 10, Anexo 3, Página XX

Gráfico #6: Distribución del tipo de actividad física de acuerdo a las comorbilidades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



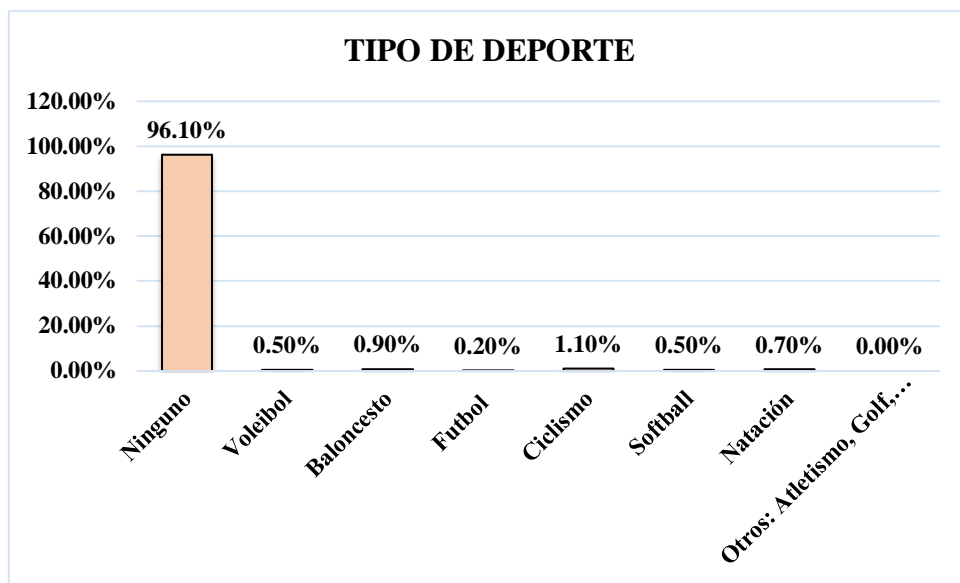
Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 30.37$, gl = 30, p = 0.447

No se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Fuente: Tabla 11, Anexo 3, Página XXI

Gráfico #7: Distribución del tipo de deporte de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

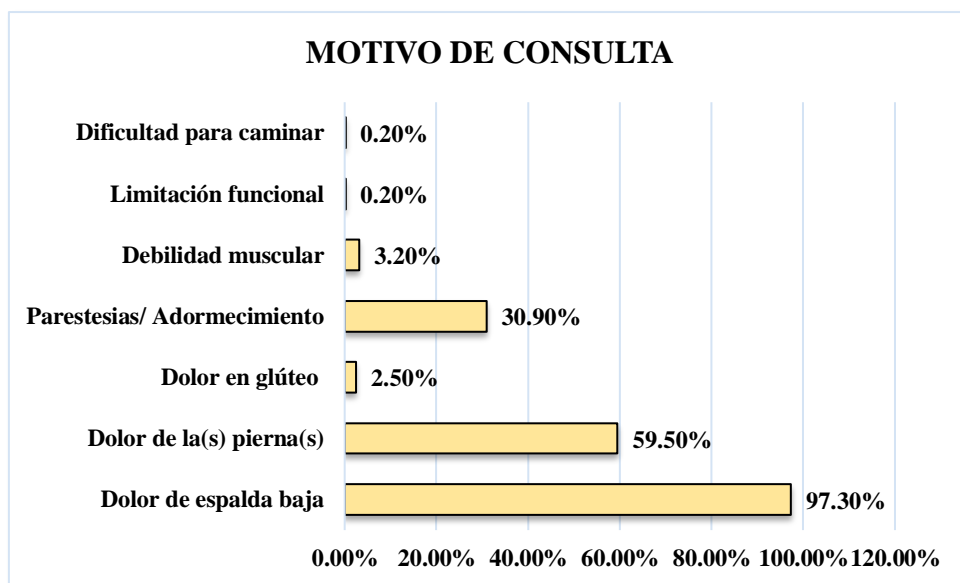
N=437



Fuente: Tabla 12, Anexo 3, Página XXI

Gráfico #8: Distribución del motivo de consulta de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

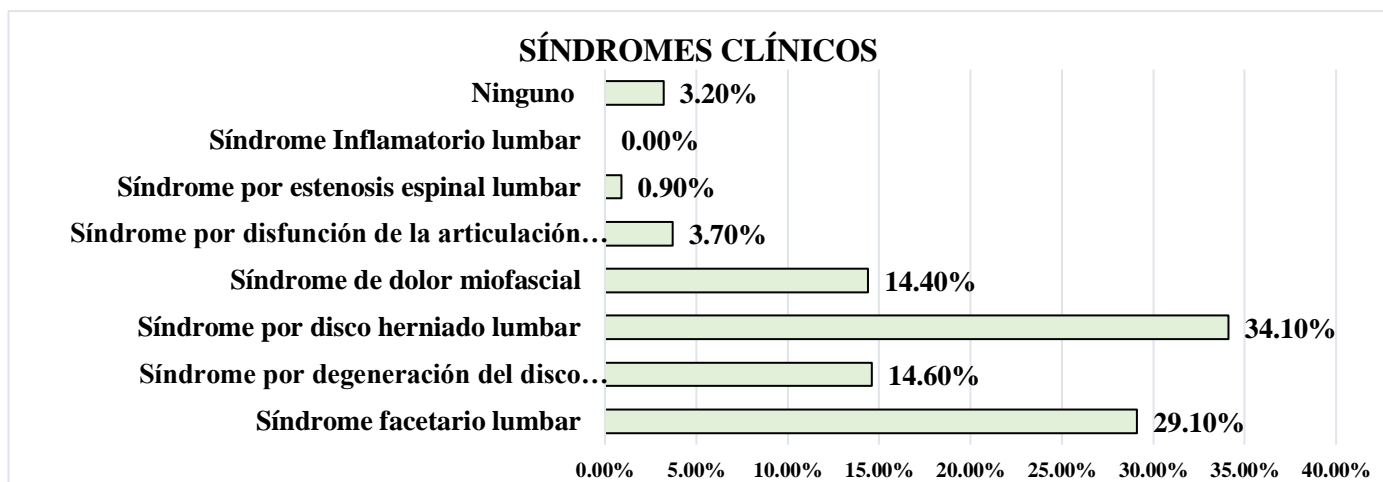
N=437



Fuente: Tabla 14, Anexo 3, Página XXII

Gráfico #9: Distribución de los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

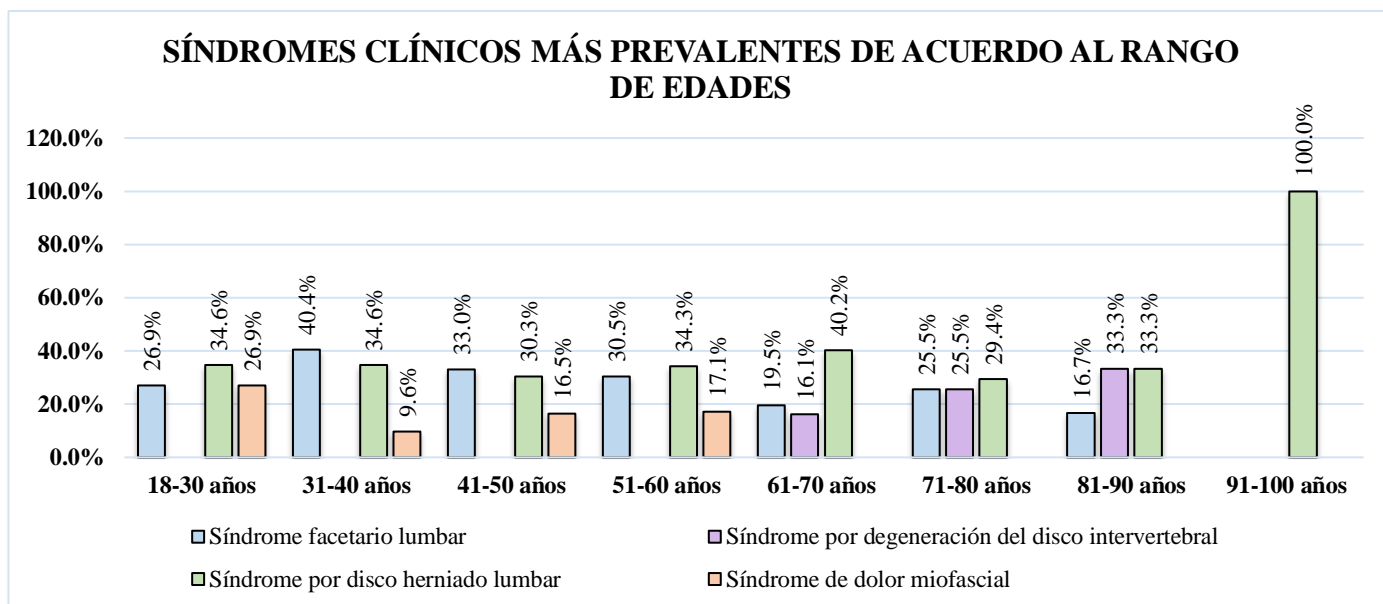
N=437



Fuente: Tabla 15, Anexo 3, Página XXII

Gráfico #10: Distribución de los síndromes clínicos más prevalentes de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



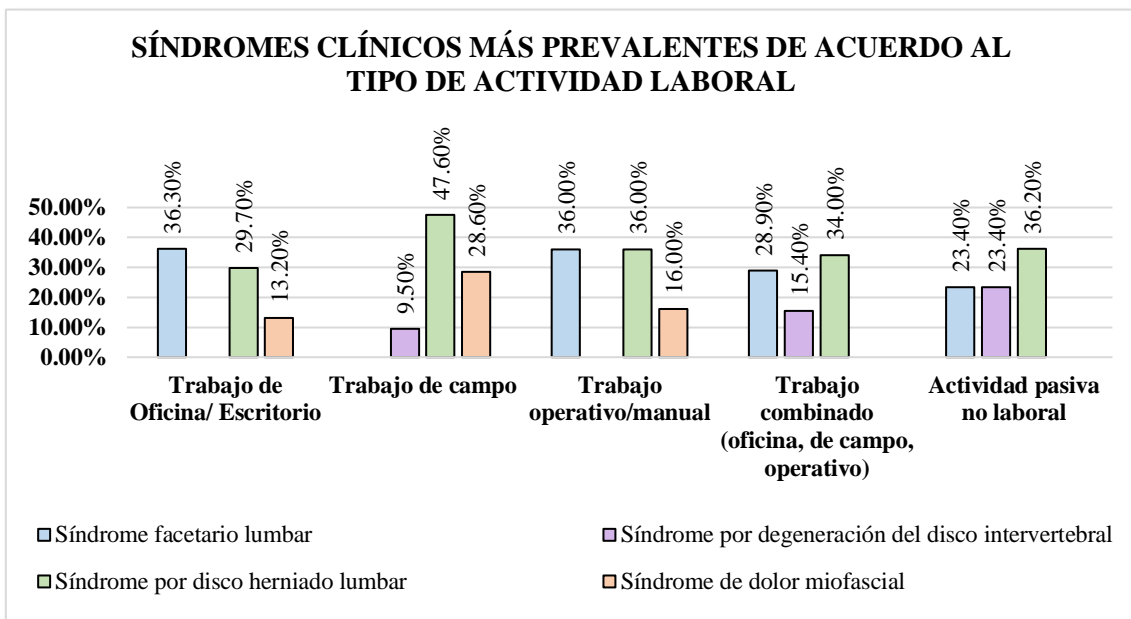
Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 55.67$, gl = 42, p = 0.0769

No se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Fuente: Tabla 17, Anexo 3, Página XXIII

Gráfico #11: Distribución de los síndromes clínicos más prevalentes de acuerdo al tipo de actividad laboral de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



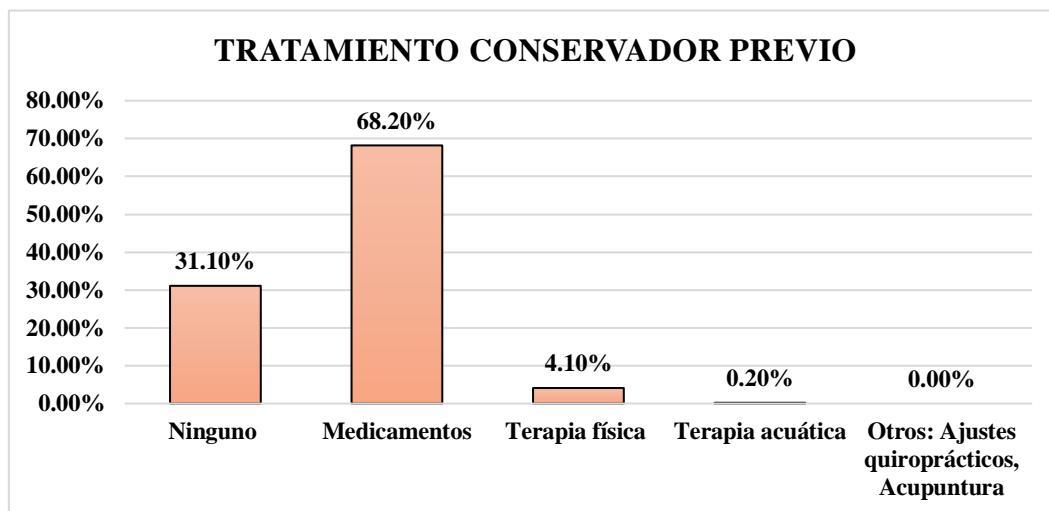
Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 23.56$, $gl = 24$, $p = 0.487$

No se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Fuente: Tabla 19, Anexo 3, Página XXV

Gráfico #12: Distribución del tratamiento conservador previo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

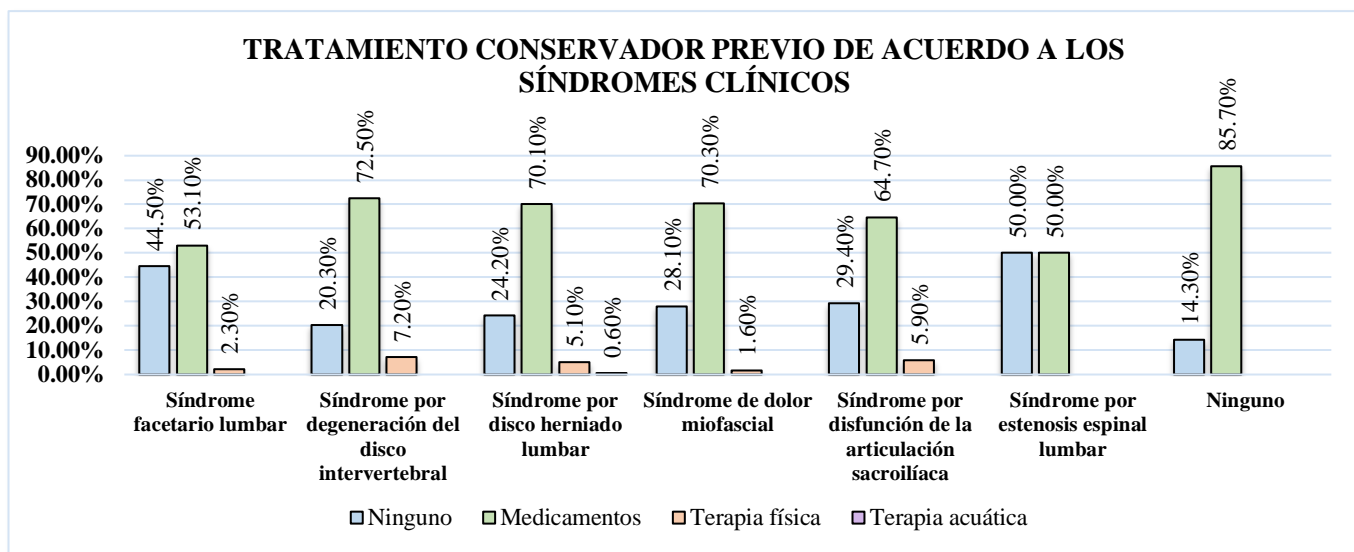
N=437



Fuente: Tabla 22, Anexo 3, Página XXVI

Gráfico #13: Distribución del tratamiento conservador previo de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



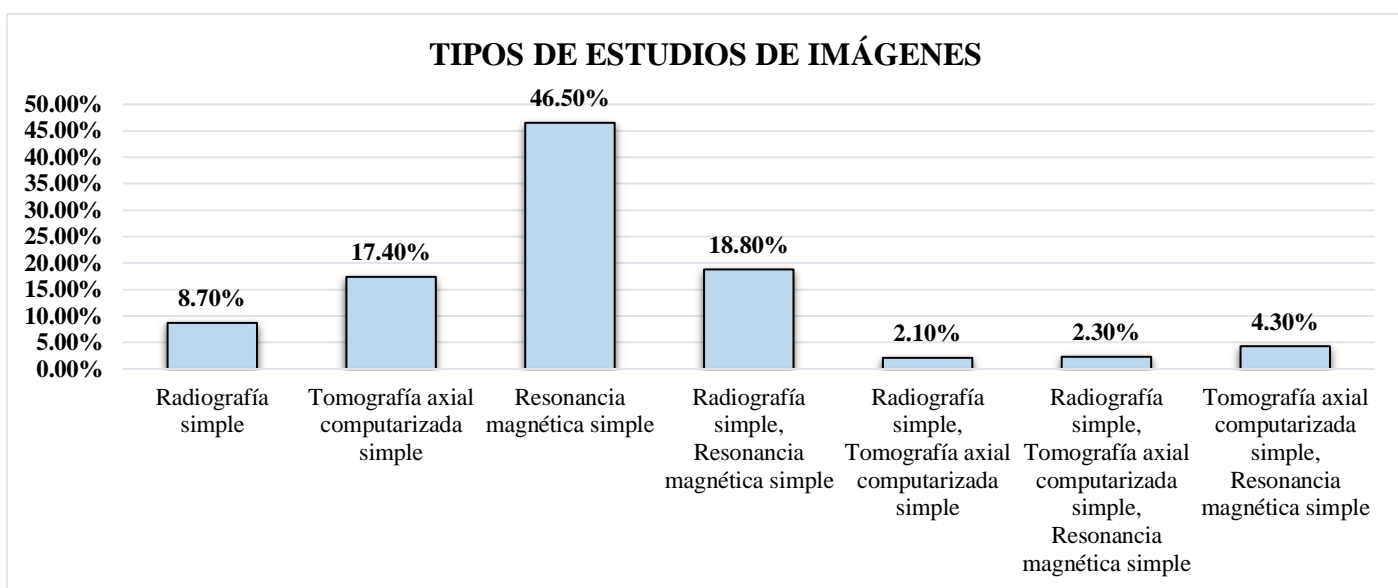
Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 26.82$, gl = 18, p = 0.0825

No se evidenció una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Fuente: Tabla 23, Anexo 3, Página XXVII

Gráfico #14: Distribución de los tipos de estudios de imágenes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

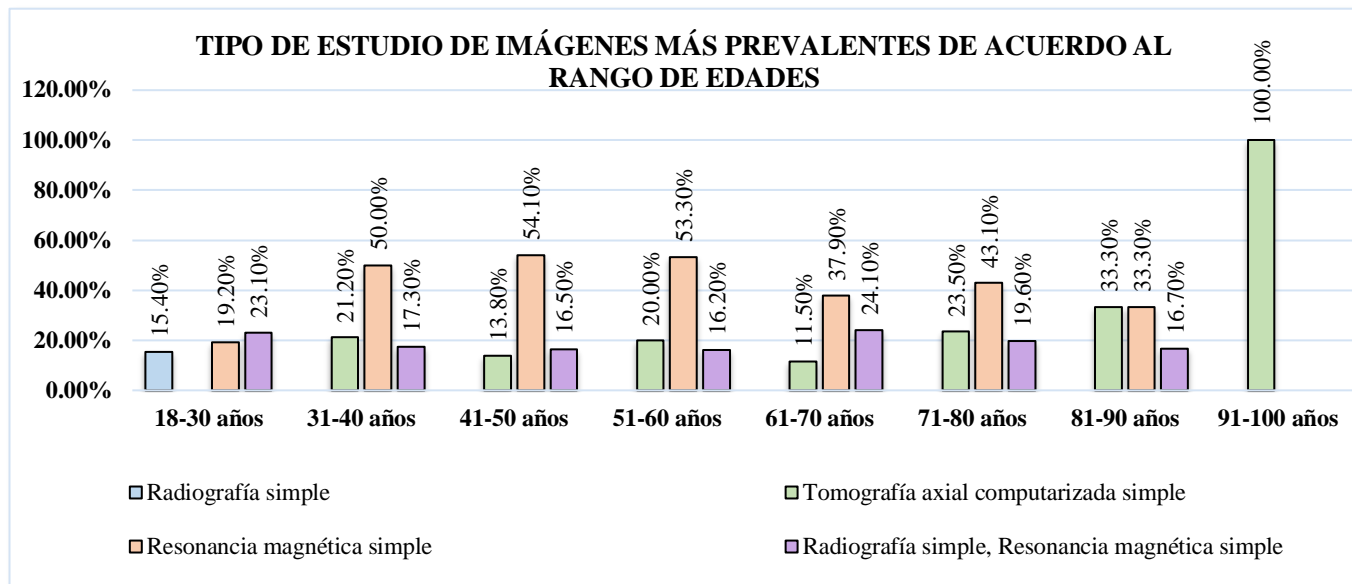
N=437



Fuente: Tabla 24, Anexo 3, Página XXVII

Gráfico #15: Distribución del tipo de estudio de imágenes más prevalentes de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



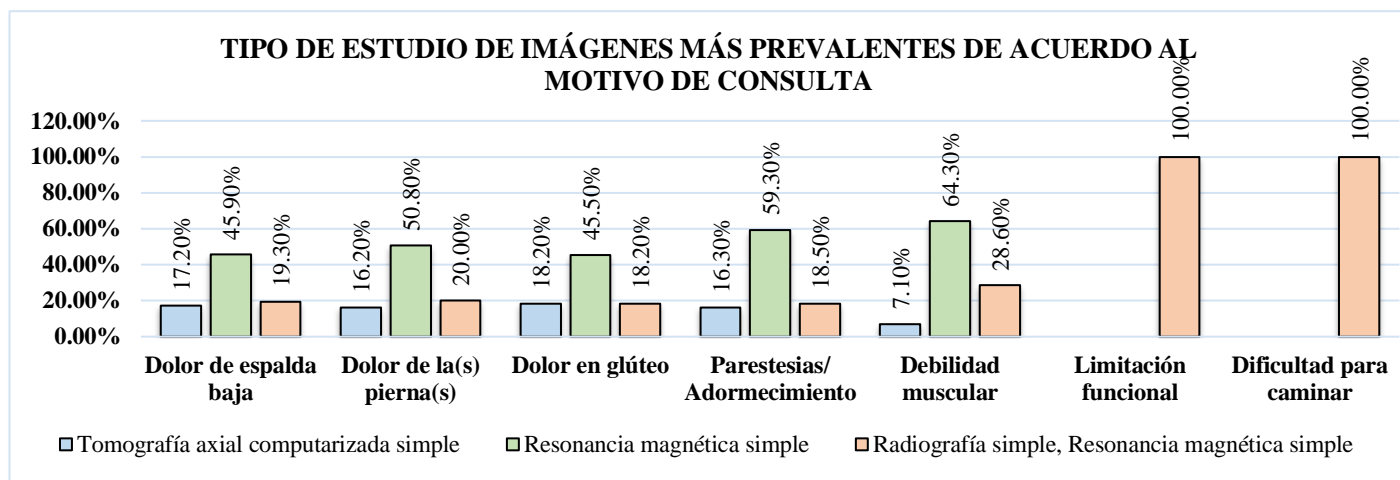
Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 59.70$, gl = 42, p = 0.037

Existe una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05).

Fuente: Tabla 25, Anexo 3, Página XXVIII

Gráfico #16: Distribución del tipo de estudio de imágenes más prevalentes de acuerdo al motivo de consulta de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



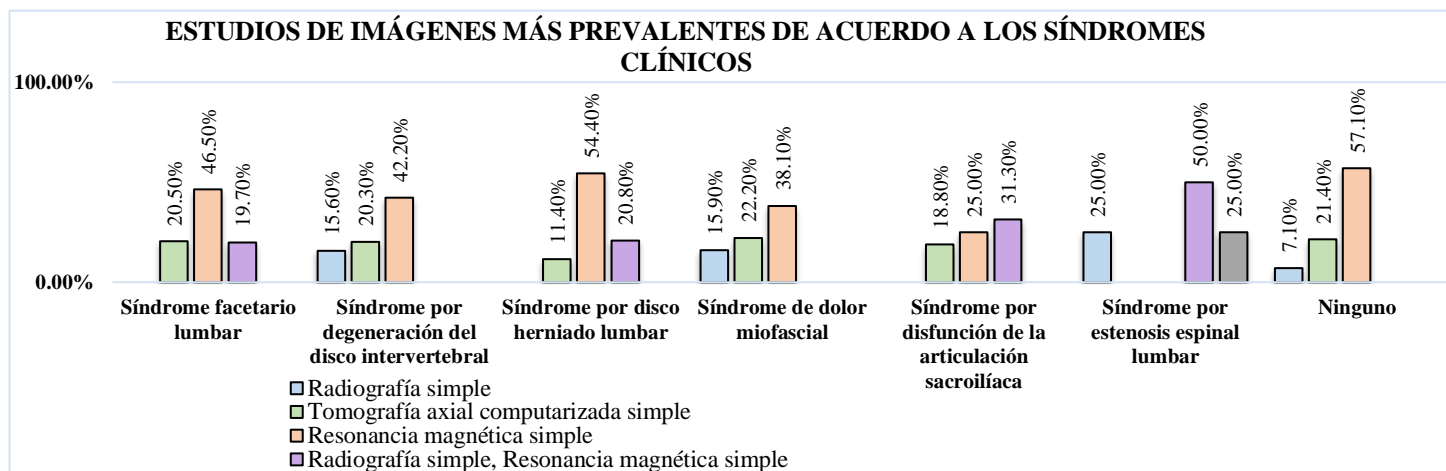
Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 31.12$, gl = 36, p = 0.6998

No se evidenció una asociación estadísticamente significativa (p > 0.05).

Fuente: Tabla 26, Anexo 3, Página XXIX

Gráfico #17: Distribución de los estudios de imágenes más prevalentes de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



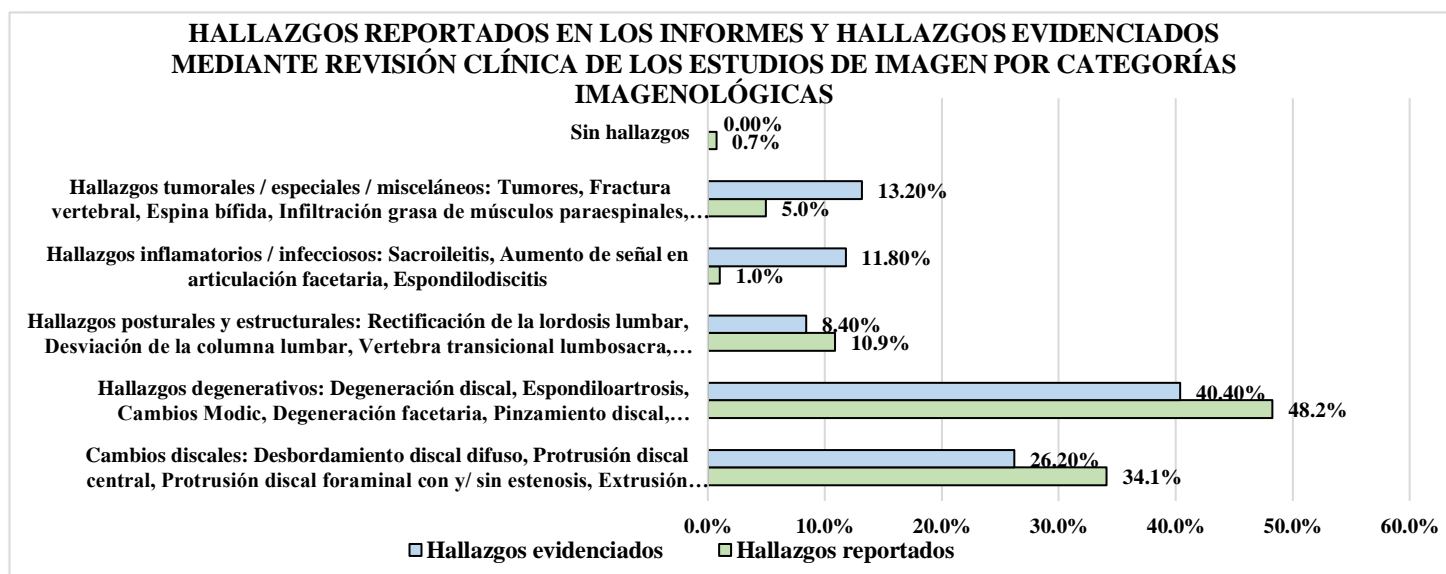
Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 65.51$, gl = 36, p = 0.0019

Existe una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05).

Fuente: Tabla 27, Anexo 3, Página XXX

Gráfico #18: Distribución de los hallazgos reportados en los informes y los hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen por categorías imagenológicas de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437

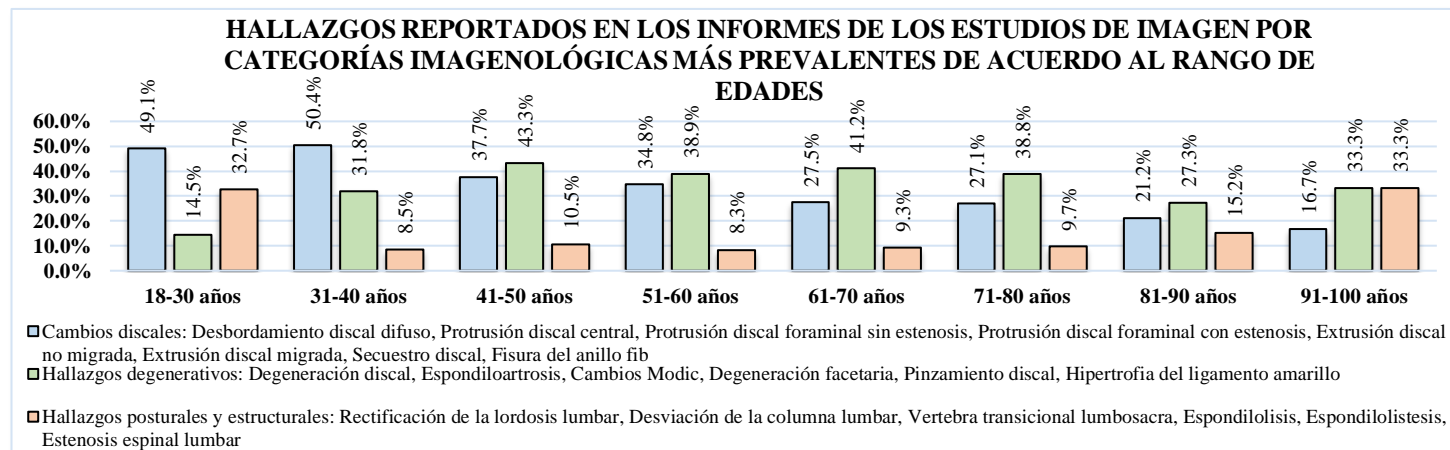


Los hallazgos fueron agrupados en 6 categorías imagenológicas para facilitar el análisis y presentación gráfica compacta.

Fuente: Tablas 28 y 37, Anexo 3, Páginas XXXI y XLIV

Gráfico #19: Distribución de los hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen por categorías imagenológicas más prevalentes de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



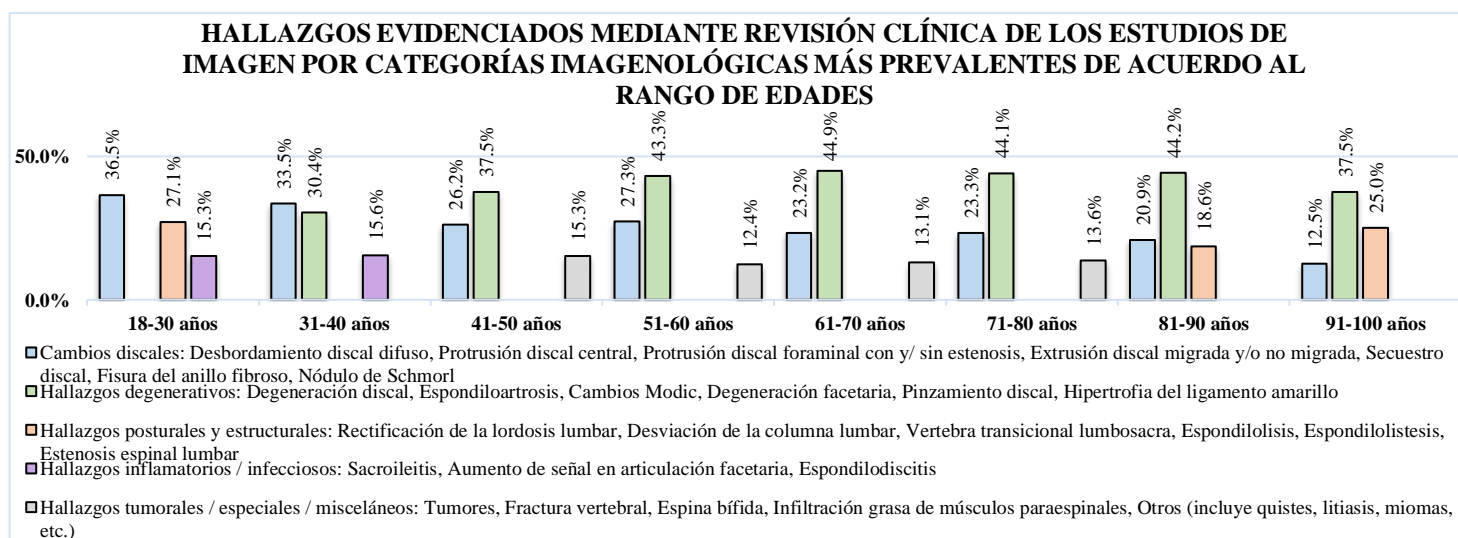
Prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 80.97$, gl = 35, p < 0.001)

Existe una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05).

Fuente: Tabla 29, Anexo 3, Página XXXII

Gráfico #20: Distribución de los hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen por categorías imagenológicas más prevalentes de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



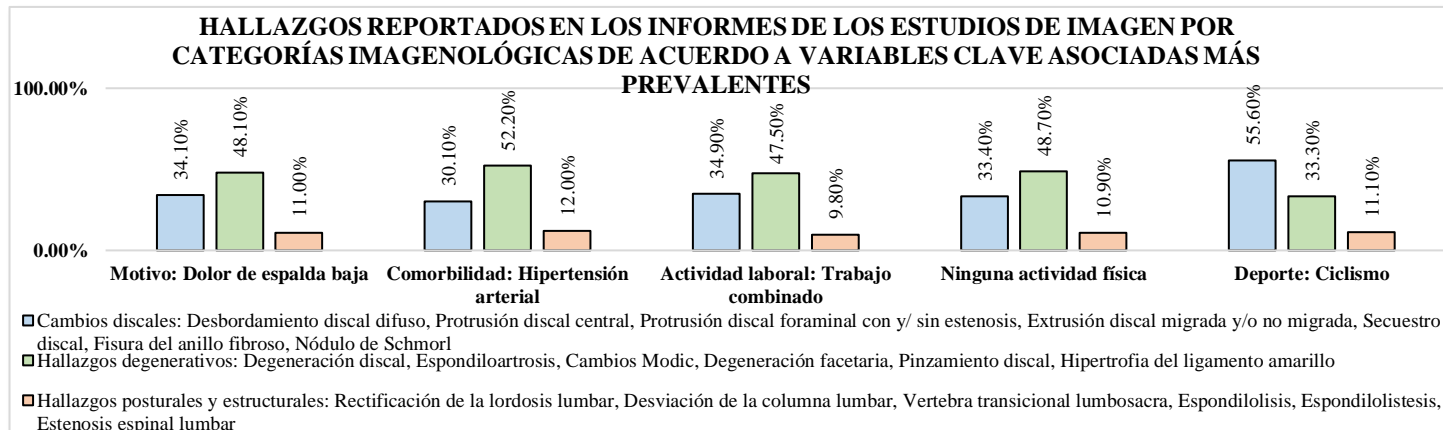
Prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 108.47$, gl =20, p < 0.001)

Existe una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05).

Fuente: Tabla 38, Anexo 3, Página XLV

Gráfico #21: Distribución de los hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen por categorías imagenológicas de acuerdo a variables clave asociadas más prevalentes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437

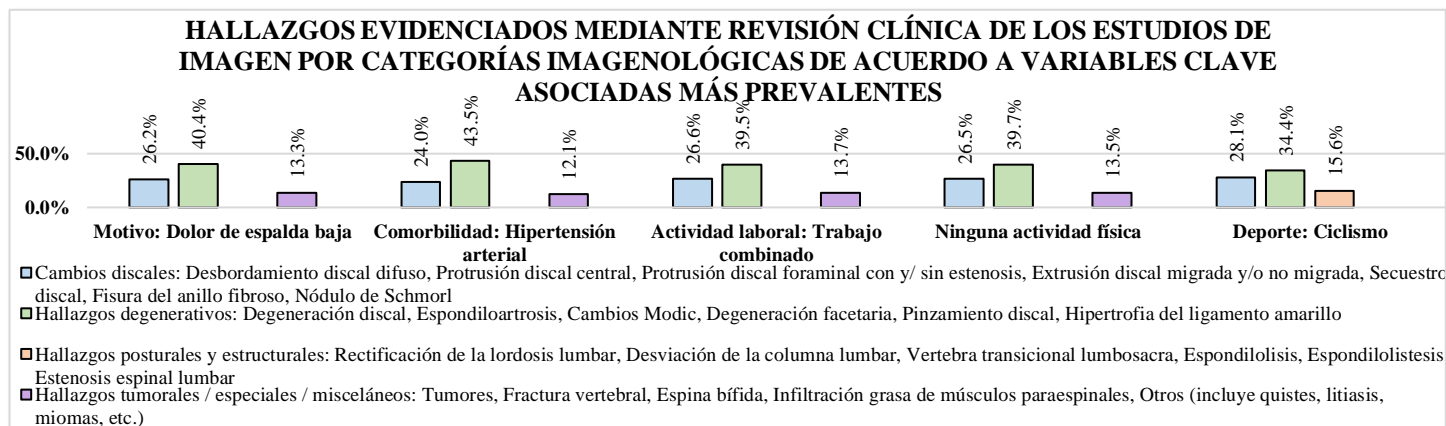


La prueba de Chi-cuadrado ($p > 0.05$) no mostró asociación estadísticamente significativa entre las categorías imagenológicas de los hallazgos reportados en estudio de imagen y el motivo de consulta, comorbilidades, tipo de actividad laboral, actividad física y deporte de los pacientes.

Fuente: Tablas 30-34, Anexo 3, Páginas XXXIII-XXXIX

Gráfico #22: Distribución de los hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen por categorías imagenológicas de acuerdo a variables clave asociadas más prevalentes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437

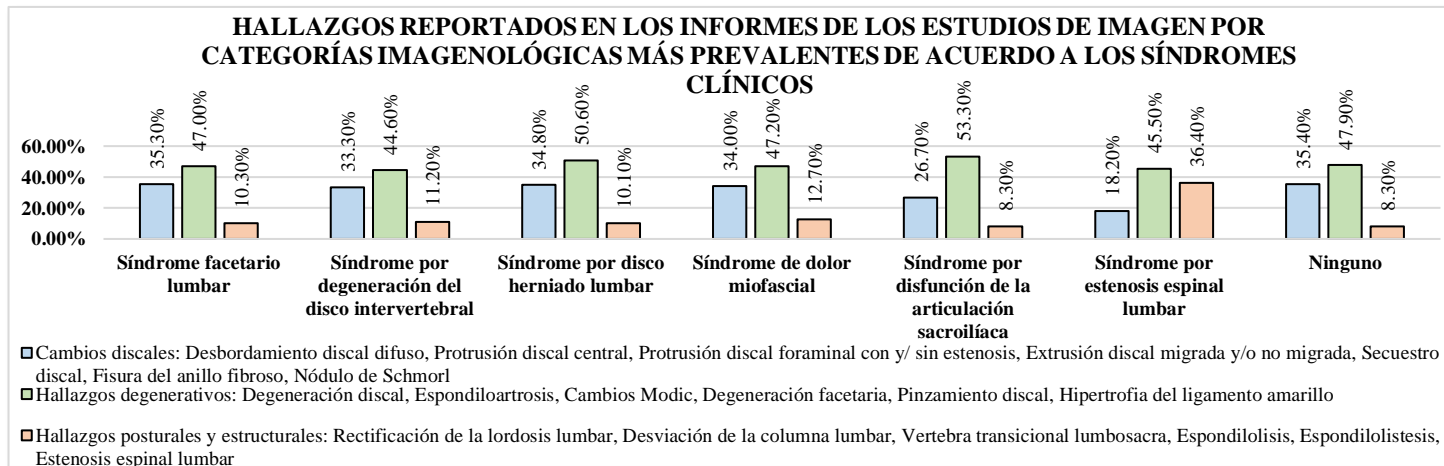


La prueba de Chi-cuadrado ($p > 0.05$) no mostró asociación estadísticamente significativa entre las categorías imagenológicas de los hallazgos evidenciados en estudio de imagen y el motivo de consulta, comorbilidades, tipo de actividad laboral, actividad física y deporte de los pacientes.

Fuente: Tablas 39-43, Anexo 3, Páginas XLVI-LII

Gráfico #23: Distribución de los hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen por categorías imagenológicas más prevalentes de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



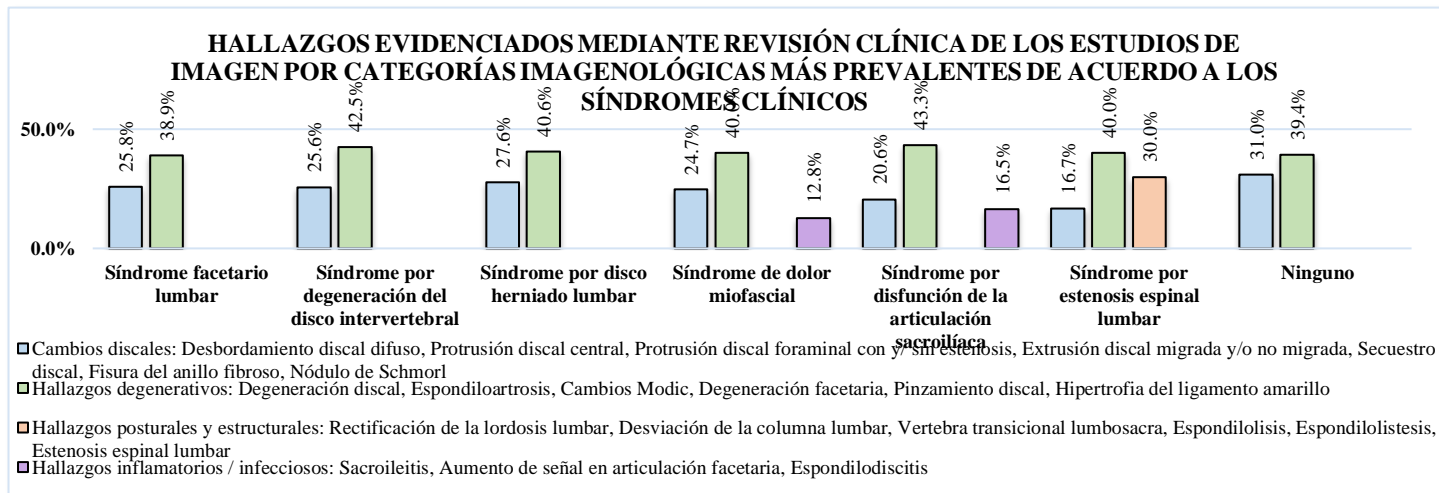
Prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 56.72$, gl =30, p = 0.00225)

Existe una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05).

Fuente: Tabla 35, Anexo 3, Página XLI

Gráfico #24: Distribución de los hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen por categorías imagenológicas más prevalentes de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



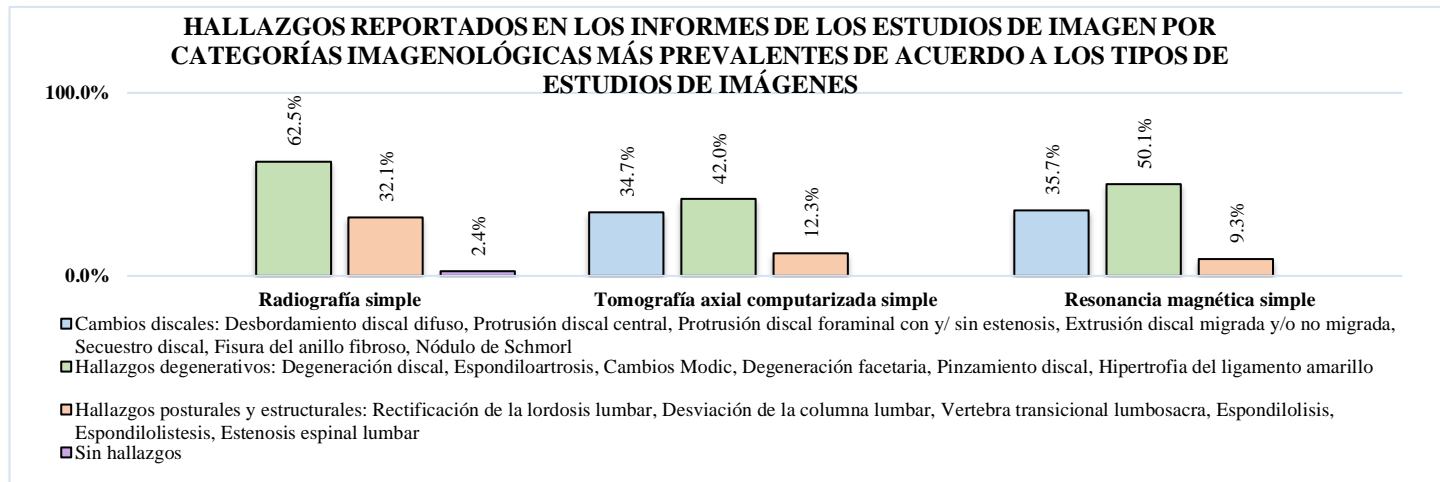
Prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 34.52$, gl = 24, p = 0.076)

No se evidenció asociación estadísticamente significativa (p > 0.05).

Fuente: Tabla 44, Anexo 3, Página LIV

Gráfico #25: Distribución de los hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen por categorías imagenológicas más prevalentes de acuerdo a los tipos de estudios de imágenes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



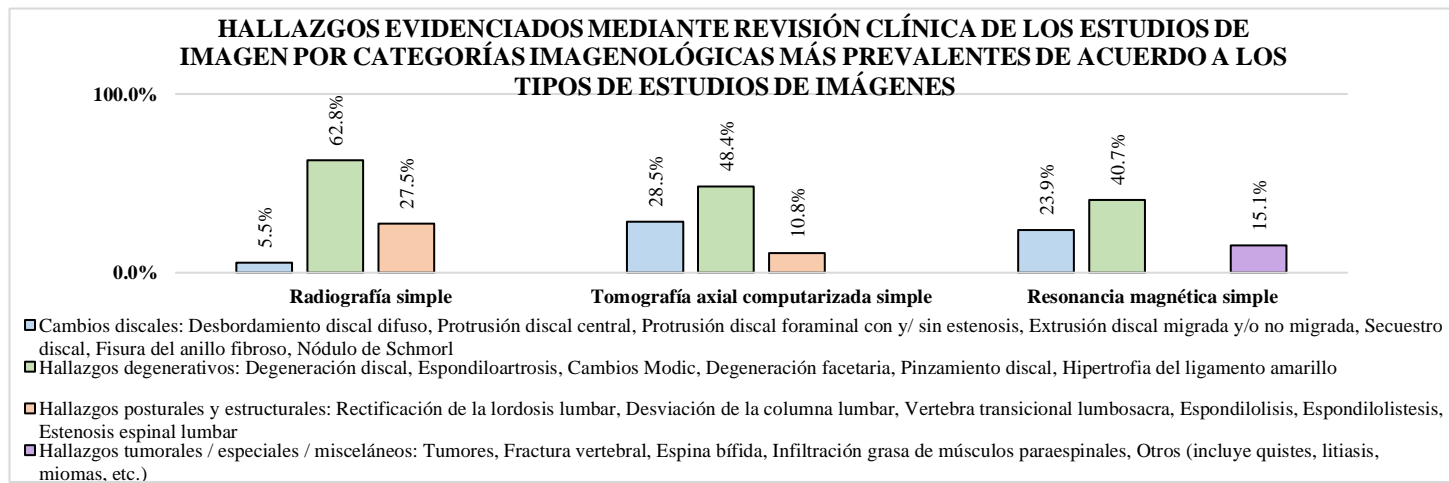
Prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 262.19$, gl =10, p < 0.001)

Existe una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05).

Fuente: Tabla 36, Anexo 3, Página XLII

Gráfico #26: Distribución de los hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen por categorías imagenológicas más prevalentes de acuerdo a los tipos de estudios de imágenes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



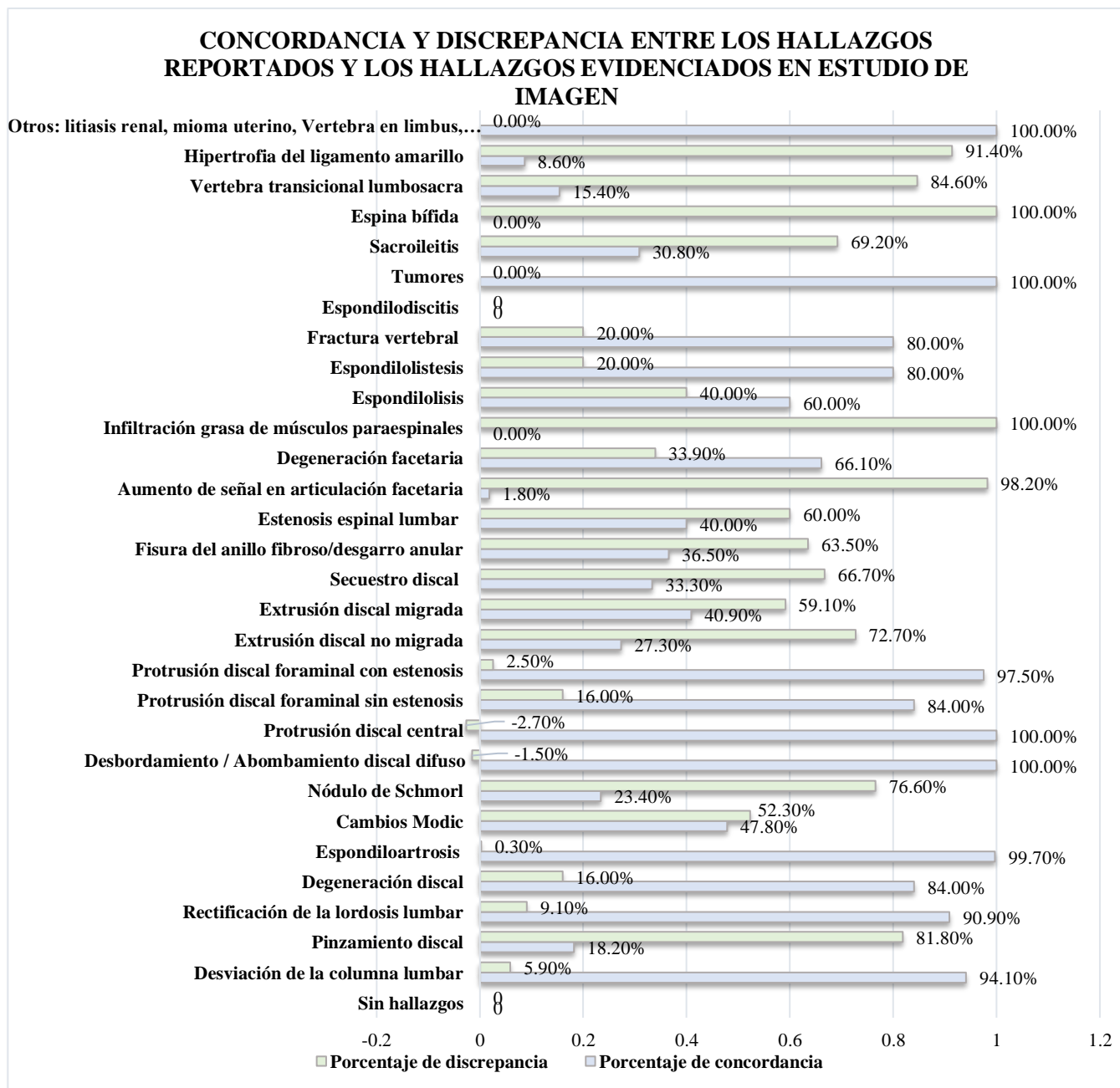
Prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 362.12$, gl = 8, p < 0.001)

Existe una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05).

Fuente: Tabla 45, Anexo 3, Página LVI

Gráfico #27: Distribución de la concordancia y discrepancia entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados en estudio de imagen de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437

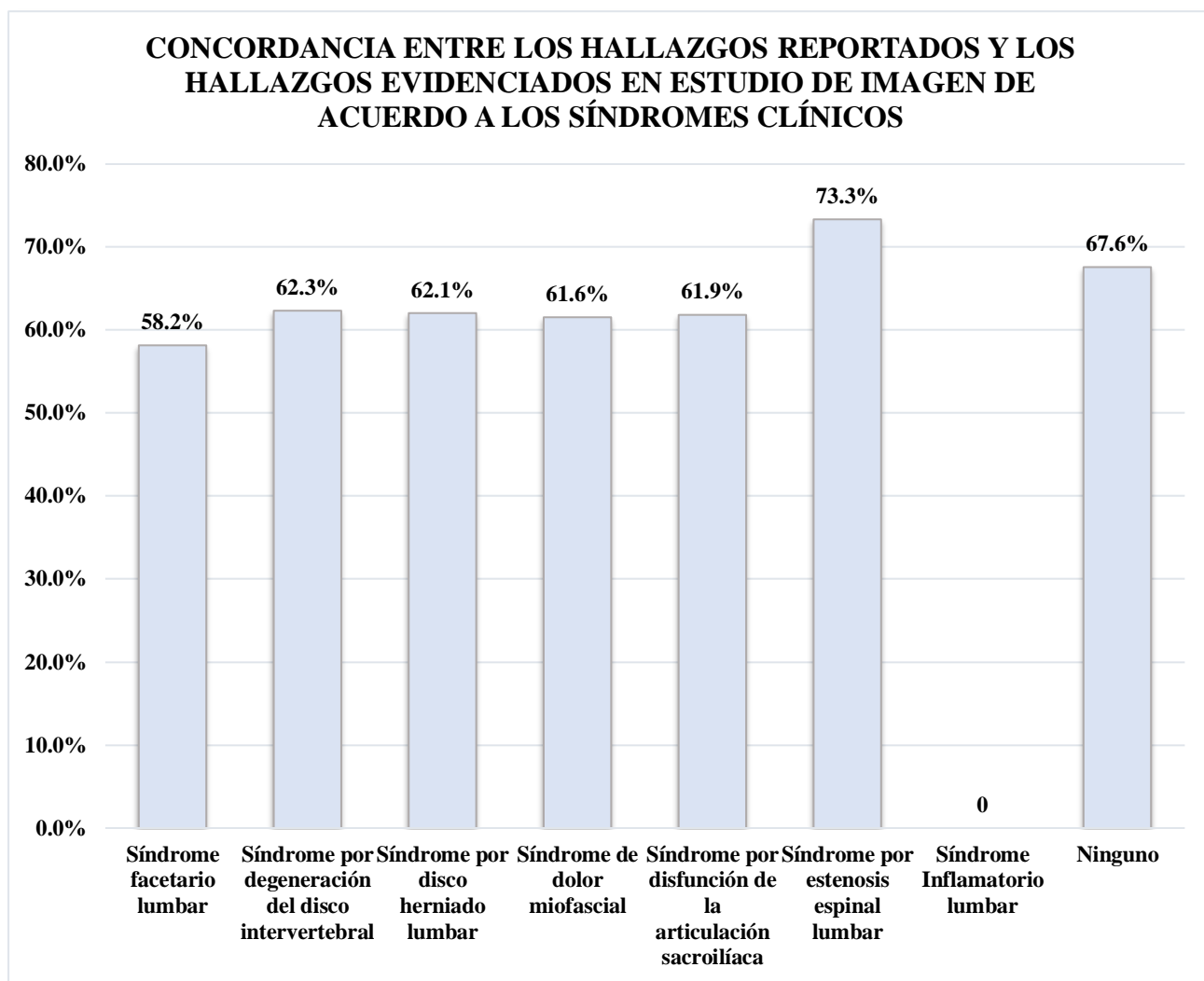


El índice Kappa de Cohen calculado fue $\kappa = 0.016$, lo que evidencia la baja concordancia sistemática entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados, indicando un nivel de acuerdo muy pobre.

Fuente: Tabla 46, Anexo 3, Página LVII

Gráfico #28: Distribución de la concordancia entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

N=437



El **índice Kappa de Cohen** calculado fue $\kappa = 0.00$, lo que evidencia la baja concordancia sistemática entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados de acuerdo a los síndromes clínicos, indicando ausencia total de acuerdo más allá del azar.

Fuente: Tabla 47, Anexo 3, Página LVIII

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN

La presente discusión se basa en el análisis e interpretación crítica de los principales hallazgos obtenidos en este estudio sobre dolor lumbar, integrando aspectos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos e imagenológicos. Se establecieron relaciones relevantes entre las variables estudiadas y se compararon con la literatura científica actual, con el objetivo de valorar su significado clínico y sus implicaciones para la práctica médica en el contexto de la rehabilitación.

Para facilitar su comprensión y mantener una estructura sistemática, la discusión ha sido organizada en cinco bloques temáticos.

Bloque I. Características sociodemográficas y clínicas generales

El análisis demográfico de los pacientes evaluados en consulta de Medicina Física y Rehabilitación por dolor lumbar mostró una mayor representación del sexo femenino, en concordancia con los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indican una mayor carga de discapacidad por esta condición en mujeres a nivel global. [9] Este patrón puede estar relacionado con factores biomecánicos, hormonales, así como con diferencias en la percepción y reporte del dolor.

El rango de edad más representado fue entre los 41 y 60 años, coincidiendo con el periodo de mayor exposición a factores de riesgo ocupacionales, metabólicos y degenerativos. Este patrón etario es considerado crítico por la OMS en cuanto a la incidencia y carga funcional del dolor lumbar, [9] lo cual resalta la importancia de intervenciones oportunas durante esta etapa.

En relación con las condiciones médicas asociadas, se encontró que una proporción considerable de los pacientes presentaba al menos una comorbilidad, siendo más comunes la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Estas condiciones no transmisibles pueden contribuir a la disfunción musculoesquelética y amplificar los síntomas dolorosos, actuando como factores perpetuantes del dolor lumbar. La OMS ha destacado esta interacción como parte de un ciclo de discapacidad que debe abordarse mediante un enfoque integral. [9]

En cuanto al perfil ocupacional, la actividad laboral más frecuente fue el trabajo combinado (caracterizado por alternancia entre labores administrativas, operativas y/o de campo), seguida del trabajo exclusivo de oficina. Este patrón difiere parcialmente de lo reportado por Díaz Páez et al., quienes en atención primaria encontraron mayor prevalencia de lumbalgia en obreros y trabajadores industriales, con predominio masculino y factores asociados como jornadas prolongadas y esfuerzos físicos repetitivos. [44]

La discrepancia en el perfil laboral y de género puede atribuirse al contexto especializado del presente estudio y a las características sociodemográficas propias de la población atendida.

En relación con el estilo de vida, se identificó que una proporción importante de los pacientes no realizaba actividad física regular, a pesar de que las guías clínicas y la OMS promueven el ejercicio como uno de los pilares del tratamiento no farmacológico del dolor lumbar. [9] Esta inactividad fue especialmente frecuente entre pacientes con comorbilidades como hipertensión y obesidad, mientras que se observó una mayor práctica de ejercicio cardiovascular en pacientes con diabetes o enfermedad cardíaca.

No obstante, el análisis estadístico no mostró una asociación significativa entre la presencia de comorbilidades y el tipo de actividad física realizada ($p > 0.05$), lo que sugiere que la práctica de ejercicio no se encuentra necesariamente determinada por el perfil clínico, sino posiblemente por factores conductuales o socioculturales. Esta situación evidencia una brecha entre las recomendaciones clínicas y su implementación, lo que podría limitar los resultados terapéuticos y subraya la necesidad de estrategias que fomenten la actividad física adaptada en la práctica cotidiana de la rehabilitación.

Por otro lado, la práctica de deportes fue escasa entre los pacientes estudiados. Los deportes más frecuentemente reportados fueron natación, baloncesto, ciclismo y softball. Este hallazgo contrasta con la revisión de Dal Farra et al., que identifica una mayor prevalencia de dolor lumbar en atletas expuestos a mayores demandas biomecánicas como deportes náuticos, fútbol y gimnasia. [22] La diferencia observada podría atribuirse a la baja frecuencia de práctica deportiva en la muestra analizada, así como a la menor exposición a cargas repetitivas, lo que limita la generalización del riesgo asociado a la actividad física de tipo competitivo en esta población.

En conjunto, estos hallazgos perfilan a una población predominantemente femenina, en edad laboral activa, con alta carga de comorbilidades y niveles reducidos de actividad física. La frecuencia de trabajo combinado y la baja práctica deportiva complementan este perfil. Estos elementos son fundamentales para comprender el comportamiento clínico del dolor lumbar en el contexto rehabilitador y deben ser considerados al diseñar programas de intervención individualizados, centrados en el paciente y ajustados a sus condiciones médicas, funcionales y ocupacionales.

Bloque II. Caracterización clínica del dolor lumbar y abordaje terapéutico inicial

En esta cohorte, el dolor de espalda baja fue el principal motivo de consulta, seguido por síntomas radiculares como dolor en las piernas y parestesias/adormecimiento. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por la OMS que identifica a la lumbalgia como una de las principales causas de discapacidad global, frecuentemente asociada a manifestaciones clínicas irradiadas y neurosensoriales. [9] Aunque con menor frecuencia, también se observaron síntomas como debilidad muscular, dolor glúteo, dificultad para caminar y limitaciones funcionales, lo que refleja la heterogeneidad de presentación del dolor lumbar en el contexto rehabilitador.

En relación con los síndromes clínicos, el síndrome por disco herniado lumbar y el síndrome facetario fueron los más frecuentes. Se identificó una distribución diferenciada por edad: el síndrome facetario predominó en adultos entre 31 y 50 años, mientras que el síndrome por hernia discal fue más común en mayores de 50 años. Esta tendencia difiere parcialmente de lo descrito por Pojskic et al., quienes documentan que la hernia discal lumbar es más prevalente en personas de 30 a 50 años, coincidiendo con la alta actividad biomecánica y los cambios degenerativos propios de esta etapa. [45] A su vez, Mann et al. han señalado que la afectación facetaria aumenta con la edad, aunque puede manifestarse desde la cuarta década de vida. [46]

La mayor frecuencia del síndrome facetario en pacientes más jóvenes observada en este estudio podría reflejar una presentación clínica atípica o factores poblacionales específicos, sugiriendo la necesidad de investigar más a fondo la influencia de variables biomecánicas y demográficas en la manifestación de este síndrome en edades más tempranas. Sin embargo, el análisis estadístico no evidenció una asociación significativa entre los síndromes clínicos y el rango de edad ($p > 0.05$), lo que indica que, aunque se observaron patrones por grupo etario, estos no fueron lo suficientemente consistentes como para establecer una relación estadísticamente robusta en esta muestra.

Resaltar que la ausencia de diagnóstico de síndrome inflamatorio lumbar en esta muestra puede deberse a su baja prevalencia en la población general, así como a la necesidad de evaluación reumatológica especializada para su identificación, lo que resalta una limitación diagnóstica habitual en contextos no especializados.

Desde el enfoque ocupacional, se evidenciaron patrones específicos en la prevalencia de los síndromes clínicos según el tipo de actividad laboral. El síndrome facetario fue especialmente común en trabajadores de oficina y en aquellos con labores operativas, lo que coincide con lo reportado por Ilmidin et al., quienes documentaron una asociación entre posturas mantenidas, especialmente la sedestación prolongada, y el desarrollo de dolor lumbar crónico con disfunción facetaria. [47]

Asimismo, el síndrome por disco herniado fue predominante en trabajadores de campo y en aquellos con labores combinadas, lo cual es coherente con lo descrito por Zhang et al., quienes identificaron al levantamiento repetitivo, las vibraciones y las torsiones como factores mecánicos desencadenantes. [48] Además, este síndrome también fue común en personas con actividad pasiva no laboral que se refiere a aquellas ocupaciones o rutinas diarias que no implican actividad física significativa y que no están relacionadas con un empleo formal como los jubilados, lo cual podría explicarse por el impacto negativo del sedentarismo prolongado sobre los discos lumbares, tal como se señala en el Global Burden of Disease 2021. [49]

El síndrome de dolor miofascial tuvo una presencia importante en trabajadores de campo, lo que coincide con lo reportado por Alammari et al., quienes relacionan el esfuerzo muscular sostenido, la fatiga y el estrés físico con la activación de puntos gatillo miofasciales en entornos laboralmente exigentes. [50]

Sin embargo, el análisis estadístico no evidenció asociación significativa ($p > 0.05$) entre los síndromes clínicos y el tipo de actividad laboral. Aunque se observaron ciertos patrones ocupacionales, estos no fueron estadísticamente consistentes. Esto podría explicarse por la heterogeneidad de tareas y la naturaleza multifactorial del dolor lumbar.

En relación con el tratamiento conservador previo a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación, se evidenció una clara tendencia hacia el manejo farmacológico como estrategia inicial predominante, mientras que el uso de intervenciones no farmacológicas, como la terapia física o acuática, fue marcadamente reducido. No se registró aplicación de técnicas complementarias como ajustes quiroprácticos o acupuntura. Estos hallazgos sugieren un patrón de medicalización temprana del dolor lumbar, que contrasta con las recomendaciones actuales de las guías clínicas y de la OMS, las cuales promueven un enfoque conservador multimodal desde fases iniciales, basado en educación, ejercicio y fisioterapia, en ausencia de signos de alarma o indicación quirúrgica. [9]

La proporción significativa de pacientes que no había recibido ningún tipo de tratamiento antes de acudir a la consulta especializada podría reflejar múltiples barreras: limitaciones en el acceso al sistema de salud, desconocimiento del abordaje adecuado o una subvaloración del dolor lumbar en etapas tempranas. Esto refuerza las observaciones de la OMS sobre la necesidad de establecer estrategias más eficaces para la identificación temprana, educación del paciente y prevención de la discapacidad secundaria a esta condición. [9]

Al desglosar el abordaje terapéutico según los síndromes clínicos identificados, el tratamiento farmacológico fue igualmente la opción más empleada en todos los casos, especialmente en el síndrome por disco herniado, el síndrome facetario y el síndrome de dolor miofascial. Esto es coherente con la evidencia disponible, que posiciona a los antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y corticosteroides como primera línea terapéutica para el control del dolor en fases agudas y subagudas, en espera de una posible resolución espontánea del cuadro. [51]

En contraste, la aplicación de terapia física fue considerablemente baja, y las modalidades complementarias prácticamente ausentes.

Además, se identificó un subgrupo de pacientes con dolor lumbar inespecífico que, al momento de la evaluación física, no presentaban signos clínicos que permitieran su clasificación en algún síndrome específico. La mayoría de ellos había recibido tratamiento farmacológico previo, lo que posiblemente influyó en la atenuación de los hallazgos clínicos. Esta situación ha sido descrita por Pedersen et al., quienes observaron que parte de la mejoría en cuadros de lumbalgia inespecífica puede atribuirse a la evolución natural de la enfermedad, al efecto placebo o a intervenciones informales no registradas. [52]

Sin embargo, el análisis estadístico no mostró asociación significativa entre los síndromes clínicos y el tratamiento conservador previo ($p > 0.05$). Esto sugiere que la elección terapéutica respondió más a criterios generales de manejo institucional o limitaciones en el acceso a intervenciones físicas especializadas.

En conjunto, estos resultados evidencian la diversidad clínica del dolor lumbar, las múltiples influencias de las comorbilidades, el entorno laboral y el abordaje inicial predominante centrado en el manejo farmacológico. Estos patrones sugieren la necesidad de fortalecer la identificación temprana de síndromes clínicos específicos, mejorar la derivación oportuna hacia terapias físicas y promover el manejo multimodal individualizado. Estos elementos son fundamentales para optimizar los resultados funcionales y prevenir la cronificación del dolor lumbar en los diferentes perfiles clínicos observados.

Bloque III. Estudios imagenológicos realizados

El análisis del tipo de estudios de imagen utilizados mostró una predominancia de la resonancia magnética (RM), seguida por la tomografía computarizada (TC) y la radiografía simple. También se evidenció el uso combinado de estas técnicas, reflejando la complejidad diagnóstica del dolor lumbar. Esta distribución refleja la prioridad diagnóstica asignada a la RM en el contexto del dolor lumbar, especialmente ante síntomas radiculares o signos clínicos sugestivos de compromiso neurológico. Lo anterior es consistente con las recomendaciones de la OMS y las principales guías clínicas, que promueven un uso racional de la imagenología, reservando la RM para situaciones con sospecha de patología estructural relevante, y desaconsejan su indicación en casos sin signos de alarma. [9]

Se observó que la RM fue más frecuente en adultos entre 31 y 60 años, grupo en el que predominan los cambios degenerativos vertebrales. Estos resultados coinciden con estudios que reportan una alta sensibilidad de esta técnica para detectar alteraciones discales incluso en individuos asintomáticos, lo cual plantea el desafío clínico de diferenciar entre hallazgos incidentales y lesiones clínicamente relevantes. [53] No obstante, en pacientes jóvenes sin señales de alarma, se recomienda evitar estudios de imagen en las primeras seis semanas, debido al riesgo de hallazgos incidentales sin valor terapéutico. [54]

Por otro lado, la TC fue más utilizada en pacientes de mayor edad (≥ 71 años), lo que puede deberse a su utilidad en la detección de fracturas osteoporóticas o estenosis óseas, tal como ha sido documentado en estudios enfocados en población geriátrica. [55]

Las radiografías simples fueron menos empleadas en general, pero mostraron mayor proporción en adultos jóvenes (18–30 años), lo que puede explicarse por su indicación en casos de dolor lumbar no complicado, sin signos neurológicos ni antecedentes traumáticos, en concordancia con las recomendaciones actuales. [54]

El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre el tipo de estudio de imagen utilizado y el grupo etario del paciente ($p < 0.05$), lo que sugiere que la elección del método diagnóstico se realiza en función de criterios clínicos ajustados a la edad y probabilidad pretest de patologías específicas, en concordancia con las guías de práctica clínica.

Al relacionar el tipo de estudio de imagen con el motivo de consulta, se identificó un mayor uso de RM en pacientes con dolor de espalda baja, dolor de la(s) pierna(s), parestesias y debilidad muscular, lo cual está alineado con su capacidad para identificar compresión neural o patología discal. En los casos con limitación funcional y dificultad para caminar, fue frecuente el uso combinado de estudios de imagen. Este patrón coincide con lo señalado por Valdebenito et al., quienes resaltan el valor de la RM en pacientes con síntomas complejos, aunque subrayan la necesidad de que su uso esté guiado por criterios clínicos adecuados para evitar su sobreutilización. [2]

La TC fue seleccionada principalmente en cuadros dolorosos localizados, como dolor de espalda baja y dolor en glúteo, desempeñando un papel esencial cuando la RM está contraindicada o para descartar fracturas vertebrales, estenosis ósea o alteraciones óseas sutiles, como lo evidencian estudios recientes que resaltan su valor en pacientes mayores o con sospecha de fractura por compresión. [55]

La menor frecuencia de radiografías simples observada en este estudio según el motivo de consulta sugiere un uso más prudente y alineado con las guías clínicas actuales. Hall et al. advierten que, en la mayoría de los casos de dolor lumbar no complicado, las imágenes no modifican el tratamiento y pueden inducir intervenciones innecesarias. [56] Ruiz Santiago et al. recomiendan reservarlas solo ante sospechas específicas, como fractura, deformidad o patología inflamatoria/infecciosa. [57]

No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre los tipos de estudios de imagen y el motivo de consulta ($p > 0.05$), lo que sugiere que, aunque existen tendencias clínicas en la elección del estudio, estas no se consolidan como patrones consistentes en términos estadísticos en esta muestra.

En la distribución del tipo de estudio de imagen con el síndrome clínico, la RM fue la herramienta más utilizada en todos los síndromes, principalmente en el síndrome por disco herniado, el síndrome facetario y el síndrome por degeneración discal.

Esta elección es coherente con la evidencia que la posiciona como el método de elección en presencia de radiculopatía o sospecha de compresión neural, dada su alta sensibilidad para identificar hernias, estenosis y cambios inflamatorios en estructuras articulares como las facetarias. [58]

La combinación de estudios, especialmente RM con radiografía, fue común en síndromes más complejos como la estenosis espinal y la disfunción facetaria, lo que sugiere una búsqueda diagnóstica más detallada cuando los hallazgos clínicos no son concluyentes con una sola modalidad.

Por su parte, la TC tuvo un uso relevante en síndromes con predominio de componente óseo, como síndrome facetario y síndrome por degeneración del disco intervertebral, lo cual coincide con literatura que respalda su uso cuando la RM está contraindicada o se busca una valoración precisa de las estructuras óseas, especialmente en estenosis y fracturas óseas. [55]

En tanto, el uso limitado de radiografías en los distintos síndromes clínicos refleja una mayor selectividad y adherencia a las guías actuales, que desaconsejan su uso rutinario en casos de dolor lumbar sin signos de alarma, debido a su bajo rendimiento diagnóstico y el riesgo de inducir tratamientos innecesarios. [56]

El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre los síndromes clínicos y los tipos de estudios de imágenes utilizados ($p < 0.05$), lo que respalda que la elección del método diagnóstico estuvo influenciada por el cuadro clínico predominante.

En síntesis, estos hallazgos reflejan un patrón de utilización de estudios de imagen acorde con los criterios clínicos y las recomendaciones internacionales vigentes. Además, se identificó un patrón diferenciado por edad. La RM fue priorizada en cuadros con sospecha neurológica y fue más utilizada en adultos jóvenes y de mediana edad, la TC en adultos mayores y cumplió un rol complementario en el análisis estructural, y las radiografías se reservaron para casos específicos. Esta orientación diagnóstica favorece un enfoque más fundamentado y racional, evitando el uso innecesario de recursos imagenológicos y contribuyendo a una mejor toma de decisiones clínicas en el manejo del dolor lumbar.

Bloque IV. Hallazgos en estudios de imagen y correlaciones imagenológicas

Los resultados del presente estudio revelan que los hallazgos más frecuentemente reportados en los informes por los especialistas en imagenología en pacientes con dolor lumbar corresponden a alteraciones degenerativas, destacándose la espondiloartrosis, la degeneración discal, la degeneración facetaria y abombamiento discal difuso. Asimismo, entre los hallazgos evidenciados directamente durante la revisión clínica de las imágenes destacaron la degeneración facetaria, la espondiloartrosis, el aumento de señal en articulación facetaria y la infiltración grasa en músculos paraespinales.

Esto coincide con lo reportado por Santos et al. quienes destacan que la gran mayoría los hallazgos serán de etiología degenerativa, siendo las estructuras a las que con mayor frecuencia se les atribuye el origen del dolor las articulaciones facetarias, el disco intervertebral, las placas vertebrales y las articulaciones sacroilíacas. [59]

Además, Gu Heyi et al. demostraron una correlación directa entre la presencia de degeneración discal y la infiltración grasa de los músculos paraespinales, específicamente a nivel de L4-L5 y L5-S1, utilizando mediciones cuantitativas mediante RM. [60]

El análisis de los hallazgos imagenológicos distribuidos por grupos etarios reveló una progresión estructural coherente con el envejecimiento de la columna lumbar.

En el grupo de 18 a 30 años se evidenció un patrón predominantemente funcional o biomecánico. Los hallazgos reportados más frecuentes fueron el abombamiento discal difuso, la rectificación de la lordosis lumbar y la desviación de la columna, mientras que los evidenciados incluyeron el abombamiento discal difuso, el aumento de señal en las articulaciones facetarias y la desviación lumbar. Este patrón sugiere que en los pacientes jóvenes predominan cambios estructurales leves o adaptativos más que procesos degenerativos establecidos, lo cual concuerda con lo descrito por Leiva López en estudios sobre lumbalgia en población joven. [61]

En el grupo de 31 a 40 años, los hallazgos reportados más frecuentes fueron el abombamiento discal difuso, la espondiloartrosis y la protrusión discal central. En contraste, los evidenciados incluyeron el aumento de señal en las articulaciones facetarias, la infiltración grasa en músculos paraespinales y nuevamente el abombamiento discal, lo que sugiere el inicio de cambios estructurales en tejidos blandos y articulares.

En el grupo de 41 a 50 años, se observaron como hallazgos reportados la espondiloartrosis, el abombamiento discal y la degeneración discal. Por su parte, entre los evidenciados destacaron el aumento de señal facetaria, la degeneración facetaria y la infiltración grasa muscular, lo que indica una progresión hacia degeneración estructural más consolidada.

Estos patrones reflejan una transición clínica desde alteraciones iniciales hacia un daño degenerativo más definido, en línea con lo señalado por Gallegos y Sigüenza, quienes describieron un incremento de hernias y protrusiones discales en la mediana edad, asociado al comienzo del proceso degenerativo intervertebral. [62]

En los grupos etarios de 51 a 90 años se consolidó un patrón degenerativo mixto caracterizado por hallazgos repetitivos tanto en los informes como en la revisión clínica de imágenes. Los hallazgos reportados más frecuentes fueron la espondiloartrosis, la degeneración discal, la degeneración facetaria y el abombamiento discal, manteniéndose este perfil a lo largo de las décadas.

Entre los hallazgos evidenciados, se reiteraron la espondiloartrosis, la degeneración facetaria, la degeneración discal, y la infiltración grasa en músculos paraespinales, reflejando una progresión estructural que afecta simultáneamente discos, articulaciones y musculatura.

A partir de los 91 años, aunque la muestra fue menor, persistieron patrones similares, con presencia de rectificación lumbar, espondiloartrosis y protrusión discal central, tanto reportados como evidenciados. Esto sugiere que, incluso en edades avanzadas, los hallazgos imagenológicos mantienen consistencia con el deterioro crónico propio del envejecimiento espinal.

Este conjunto de hallazgos es coherente con lo descrito por Wong et al., quienes evidencian que, desde los 50 años en adelante, aumenta la prevalencia de dolor lumbar no específico vinculado a cambios degenerativos en facetas, discos y tejidos blandos. [63] La presencia constante de infiltración grasa paravertebral, especialmente en las últimas décadas de vida, coincide con estudios que documentan un aumento progresivo de grasa intramuscular en pacientes con lumbalgia crónica. [64]

El análisis estadístico mostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre los hallazgos imagenológicos en estudio de imagen y el rango de edad, lo que respalda una progresión estructural asociada al envejecimiento.

En el presente estudio, se evidenció una variación en la distribución de los hallazgos imagenológicos según las variables clínicas clave más prevalentes, incluyendo el motivo de consulta, la presencia de comorbilidades, el tipo de actividad laboral, la práctica de actividad física y el deporte. A pesar de esta heterogeneidad, se mantuvo una tendencia predominante hacia los hallazgos de naturaleza degenerativa.

En los pacientes que consultaron por motivo de consulta más frecuente que fue el dolor de espalda baja, los hallazgos reportados más comunes fueron la espondiloartrosis, la degeneración discal y el abombamiento discal difuso. En contraste, entre los hallazgos evidenciados destacaron la degeneración facetaria, la espondiloartrosis y el aumento de señal en las articulaciones facetarias, lo que refleja un patrón de compromiso articular progresivo, posiblemente infravalorado en los informes iniciales.

Este patrón concuerda con lo reportado por Brinjikji et al., quienes demostraron una mayor prevalencia de hallazgos degenerativos discales en adultos con dolor lumbar en comparación con individuos asintomáticos, confirmando su asociación clínica. [65] Asimismo, Curtis et al. señalan que la enfermedad facetaria es una causa frecuente de dolor lumbar mecánico en adultos mayores, caracterizada por alteraciones como esclerosis, hipertrofia articular y pérdida del espacio facetario, las cuales pueden ser pasadas por alto en la evaluación imagenológica convencional. [66]

Estos hallazgos reafirman la necesidad de valorar con mayor atención los cambios facetarios e inflamatorios articulares en pacientes con dolor lumbar inespecífico, integrando la revisión crítica de las imágenes con la presentación clínica del paciente.

En cuanto a la comorbilidad más observada, la hipertensión arterial se asoció con un patrón degenerativo caracterizado por espondiloartrosis, degeneración discal y degeneración facetaria como hallazgos reportados, los cuales se mantuvieron también entre los hallazgos evidenciados, aunque con menor frecuencia observada. Esto sugiere una posible relación entre la hipertensión y cambios estructurales crónicos en la columna lumbar, incluso en ausencia de sobrecarga mecánica significativa.

Lo anterior coincide con lo reportado por Samartzis et al., quienes identificaron una asociación independiente entre hipertensión y degeneración del disco lumbar, atribuyéndolo al compromiso vascular y disminución en la perfusión del disco intervertebral. [67]

En los trabajadores con actividad combinada como labor más frecuente, los hallazgos reportados incluyeron espondiloartrosis, degeneración discal y protrusión discal foraminal con estenosis, mientras que los hallazgos evidenciados reflejaron un compromiso mixto articular, destacando degeneración facetaria y aumento de señal en articulaciones facetarias. Este patrón se corresponde con la naturaleza variable de las cargas biomecánicas en este grupo. En el trabajo operativo o manual, caracterizado por esfuerzos físicos intensos y carga axial sostenida, se observaron hallazgos similares, con mayor proporción de espondiloartrosis, degeneración discal y afectación facetaria.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Hung et al. [68] y Beck et al. [69], quienes evidenciaron una relación dosis-respuesta entre la exposición ocupacional a cargas pesadas y el desarrollo de degeneración discal y protrusiones.

Los hallazgos imagenológicos, analizados en relación con la actividad física reportada, evidenciaron que los pacientes que no realizaban ninguna actividad física concentraron la mayor proporción de alteraciones degenerativas, con predominio de espondiloartrosis, degeneración discal, abombamiento discal y degeneración facetaria entre los hallazgos reportados.

Esta tendencia se mantuvo en los hallazgos evidenciados, donde además se observaron con frecuencia aumento de señal en articulaciones facetarias e infiltración grasa paravertebral.

Estos resultados están en concordancia con el estudio longitudinal de Maurer et al., que encontró que la inactividad física prolongada se asoció significativamente con un mayor grado de degeneración discal en columna torácica y lumbar. [70]

En el tipo de deporte más practicado que fue el ciclismo, los hallazgos más reportados fueron la protrusión discal central, acompañada de espondiloartrosis, abombamiento discal y cambios en la curvatura lumbar. Se evidenciaron también hallazgos de degeneración y aumento de señal en articulaciones facetarias. Este patrón puede explicarse por las adaptaciones posturales propias del ciclismo, como la inversión de la lordosis lumbar y el aumento del ángulo pélvico, que elevan la presión intradiscal y favorecen cambios degenerativos. [71]

En síntesis, aunque el estudio permitió identificar variaciones descriptivas en los patrones de hallazgos imagenológicos según el motivo de consulta, la presencia de comorbilidades, la naturaleza del trabajo, el grado de actividad física y el deporte practicado, los análisis de chi-cuadrado no revelaron asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0.05$) para ninguna de estas variables. Esto sugiere que las alteraciones estructurales observadas, principalmente de índole degenerativa, se distribuyen de manera relativamente homogénea entre los distintos perfiles clínicos y estilos de vida evaluados.

En consecuencia, los resultados apuntan a que la aparición de estos hallazgos podría estar más vinculada a procesos degenerativos propios del envejecimiento u otros factores no capturados en las variables analizadas, antes que a diferencias en síntomas, comorbilidades o actividades específicas dentro de la muestra estudiada.

La evaluación de los hallazgos imagenológicos en función de los distintos síndromes clínicos mostró patrones característicos que refuerzan la correlación clínico-imagenológica en el dolor lumbar.

En los pacientes con síndrome facetario lumbar, se observaron predominantemente hallazgos reportados relacionados con espondiloartrosis y degeneración facetaria, seguidos por alteraciones discales como el abombamiento y la degeneración del disco intervertebral. En los hallazgos evidenciados, predominó la degeneración facetaria, el aumento de señal en las articulaciones facetarias y la infiltración grasa en la musculatura paraespinal.

Este patrón puede deberse a la interdependencia biomecánica entre las facetas articulares y los discos intervertebrales, donde la degeneración de una estructura puede acelerar el desgaste de la otra. Este predominio del compromiso articular está en consonancia con lo reportado por Gadegbeku et al., quienes estiman que las articulaciones facetarias son responsables de un porcentaje significativo de los casos de dolor lumbar, ya sea por inflamación local o por compresión de estructuras adyacentes. [72] Además, Schmidt et al. observaron que los procesos degenerativos facetarios y discales pueden progresar en paralelo, especialmente en fases iniciales, aunque no necesariamente de forma dependiente. [73]

Asimismo, los hallazgos como la infiltración grasa de musculatura paraespinal, guardan relación con lo planteado por Guven et al., quienes demostraron una asociación significativa entre el grado de artrosis facetaria y la atrofia del multifidus, sugiriendo un vínculo funcional entre la degeneración articular y el deterioro muscular. [74] Esto sugiere que el dolor facetario podría estar influido no solo por la afectación estructural directa, sino también por la desestabilización muscular asociada.

Estos resultados refuerzan al síndrome facetario como una entidad multifactorial, con predominio articular acompañado de cambios discales y musculares. Este patrón combinado orienta intervenciones rehabilitadoras centradas en estabilización y fortalecimiento lumbar.

En el síndrome por degeneración del disco intervertebral se evidenció un patrón degenerativo mixto, caracterizado por la coexistencia de alteraciones discales (degeneración discal y abombamiento discal difuso) y articulares (espondiloartrosis, degeneración facetaria y aumento de señal en las articulaciones facetarias).

Lo anterior concuerda con lo descrito en la literatura, donde la pérdida de hidratación del núcleo pulposo y el abombamiento del anillo fibroso son considerados manifestaciones estructurales tempranas de la degeneración discal. [75] Además, Park et al. evidenciaron que la degeneración facetaria asimétrica reduce el rango de movimiento y aumenta la carga sobre los discos adyacentes, lo que favorece una progresión degenerativa a nivel segmentario. [76]

Estos resultados permiten interpretar un patrón degenerativo mixto con potencial para alterar la biomecánica lumbar. En particular, la alteración facetaria documentada en este estudio podría comprometer la estabilidad segmentaria y favorecer un deterioro progresivo del disco intervertebral.

En el síndrome por disco herniado lumbar se evidenció un patrón mixto de alteraciones discales y articulares. Tanto en los hallazgos reportados como en los evidenciados predominó la presencia de protrusiones discales centrales y foraminales con estenosis acompañadas por degeneración discal, espondiloartrosis y degeneración facetaria, lo que refleja la afectación simultánea de múltiples componentes de la unidad funcional vertebral. Adicionalmente, se observaron abombamiento discal, fisura del anillo fibroso e infiltración grasa paravertebral.

Este patrón refuerza la noción de que la hernia discal rara vez ocurre de forma aislada, sino como parte de una cascada degenerativa progresiva. Lo anterior concuerda con lo descrito por Latif et al., quienes identificaron a las protrusiones como el hallazgo más prevalente en pacientes con hernia lumbar, con correlación clínica significativa con el signo de Lasegue y déficit motor. [77] Asimismo, Donnally et al. explican que la pérdida de altura discal por degeneración incrementa la carga sobre las facetas, favoreciendo su deterioro y cerrando un ciclo patológico que culmina en herniación. [78]

En el síndrome de dolor miofascial, aunque se considera una entidad funcional, se identificaron hallazgos estructurales relevantes en este estudio. Predominaron la espondiloartrosis, el abombamiento discal, la degeneración facetaria y discal tanto en los hallazgos reportados como en los evidenciados, acompañados además de infiltración grasa muscular y aumento de señal articular. Esta coincidencia sugiere una relación entre el dolor miofascial y alteraciones estructurales subyacentes. Jiang et al. describen un ciclo entre la degeneración discal y la infiltración grasa muscular, promovido por inflamación, desuso y desequilibrio biomecánico. [79] Mosabbir et al. agregan que estos cambios comprometen la estabilidad lumbar y facilitan la formación de puntos gatillo. [80]

En el síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca se identificó un patrón combinado de alteraciones degenerativas e inflamatorias. Tanto en los hallazgos reportados como evidenciados predominaron la espondiloartrosis, la degeneración y el abombamiento discal, junto a casos de sacroileítis. Esta combinación sugiere una sobrecarga axial crónica que podría favorecer la inflamación sacroilíaca, especialmente en contextos de desbalance biomecánico.

Lee et al. describen una coexistencia frecuente entre sacroileítis y cambios degenerativos, lo que refuerza la necesidad de un enfoque diagnóstico integral que contemple tanto el componente mecánico como el inflamatorio. [81]

En el síndrome por estenosis espinal lumbar se evidenció un patrón degenerativo multifactorial. Predominaron hallazgos como protrusión discal foraminal, espondiloartrosis y signos directos de estenosis, tanto en reportados como evidenciados. También se identificaron degeneración discal, facetaria y fisuras anulares, lo que refleja un compromiso estructural amplio.

Una revisión reciente describe cómo estos cambios convergen para estrechar el canal raquídeo y generar síntomas por compresión neural. [82]

En pacientes sin un síndrome clínico definido, se identificaron múltiples hallazgos degenerativos como espondiloartrosis, degeneración facetaria, abombamiento discal e infiltración grasa muscular. Estos resultados coinciden con lo descrito por Wocial et al., quienes documentaron alta prevalencia de alteraciones estructurales en individuos asintomáticos mayores de 60 años. [53] Esto sugiere la posibilidad de fases subclínicas o adaptaciones sin expresión clínica.

En conjunto, estos hallazgos evidencian una correlación estructural, reafirmando su carácter multifactorial y la necesidad de una interpretación clínica integrada para evitar sobrediagnósticos basados únicamente en imagen. En coherencia con ello, el análisis estadístico mostró una asociación significativa entre los hallazgos imagenológicos y los síndromes clínicos ($p < 0.05$), lo que respalda la existencia de patrones estructurales específicos con valor diagnóstico complementario.

Al comparar los hallazgos imagenológicos con los distintos tipos de estudios de imagen, se evidenciaron patrones característicos según la modalidad utilizada. La RM simple fue el método de imagen más utilizado y el que reportó la mayor variedad de hallazgos clínicamente relevantes. Predominaron hallazgos como espondiloartrosis, degeneración discal, degeneración facetaria y abombamiento discal difuso. Además, se identificaron lesiones específicas de tejidos blandos, como fisura del anillo fibroso, infiltración grasa muscular, extrusión y secuestro discal, lo que refuerza su utilidad diagnóstica integral.

Teichner et al. destacan la RM como método de referencia para evaluar deshidratación del núcleo pulposo, pérdida de altura discal y cambios Modic. [75] Donnally et al. también señalan su superioridad para detectar herniaciones severas, asociadas a compromiso neurológico, y que requieren una planificación terapéutica más específica. [78]

Por su parte, la tomografía computarizada (TC) simple mostró alta sensibilidad para visualizar cambios degenerativos óseos y discales, como espondiloartrosis, abombamiento discal y degeneración facetaria.

Fue particularmente útil para detectar hallazgos menos comunes como nódulos de Schmorl y sacroileítis, observaciones que coinciden con los hallazgos de Dieckmeyer et al., quienes subrayan la eficacia de la TC en la evaluación de canales foraminales y facetas articulares. [83] Asimismo, Cueva Jaramillo demostró la elevada frecuencia de hallazgos degenerativos en TC abdominales, aún en pacientes sin sospecha clínica de dolor lumbar, lo que sugiere su utilidad incluso en contextos no específicos. [84]

En cuanto a la radiografía simple, permitió detectar principalmente espondiloartrosis, pinzamiento discal, desviaciones de la columna y pérdida de altura intervertebral, lo que la convierte en una herramienta accesible para evaluación inicial. Sin embargo, presenta limitaciones importantes para valorar estructuras blandas y cambios neuroforaminales sutiles. Estos hallazgos se alinean con lo descrito por Almeida Lozano, quien reportó alteraciones óseas degenerativas como osteofitos, esclerosis y desviaciones lumbares en un alto porcentaje de radiografía de pacientes con dolor lumbar crónico. [85]

Estos resultados confirman la utilidad de cada modalidad diagnóstica en función del tipo de hallazgo esperado. La radiografía simple ofrece una aproximación inicial a alteraciones óseas, la tomografía computarizada (TC) aporta mayor precisión en la evaluación de la anatomía ósea y de los forámenes, y la resonancia magnética (RM) se consolida como el estudio más completo para valorar tejidos blandos, discos, raíces nerviosas y articulaciones, permitiendo una correlación clínica más precisa en pacientes con dolor lumbar crónico o complejo.

En coherencia con ello, el análisis estadístico mostró una asociación significativa entre los hallazgos imagenológicos y el tipo de estudio de imagen utilizado ($p < 0.001$), lo que refuerza la pertinencia de seleccionar la modalidad diagnóstica según la sospecha clínica.

En conjunto, todos estos hallazgos demuestran que las alteraciones degenerativas en discos, facetas y musculatura paravertebral representan un patrón imagenológico dominante en el dolor lumbar, con variaciones según edad, síntomas, comorbilidades, ocupación, actividad física y modalidad diagnóstica. Estos subrayan la importancia de una interpretación integral, donde los estudios de imagen se contextualicen clínicamente para optimizar el abordaje terapéutico y evitar decisiones basadas únicamente en hallazgos estructurales.

Bloque V. Análisis de concordancia clínico-imagenológica

El análisis de concordancia entre hallazgos reportados y hallazgos evidenciados evidenció una disparidad sistemática significativa, con un índice de Kappa de Cohen $\kappa = 0.016$, reflejando un nivel de acuerdo muy pobre. Esta discrepancia contrasta con estudios como el de Berg et al., donde se reportaron niveles de concordancia de moderados a buenos ($\kappa = 0.40-0.77$) entre observadores expertos. [86]

Se encontró alta concordancia en hallazgos estructurales típicos como abombamiento discal difuso, protrusión discal central, espondiloartrosis y deformidades posturales, lo que indica una buena correlación clínica por su presentación característica. También hubo buena concordancia en degeneración discal, protrusión foraminal sin estenosis, espondilolistesis y fracturas, debido a sus síntomas clínicos específicos que favorece su sospecha clínica.

Por otro lado, hallazgos como cambios Modic, extrusión discal, estenosis espinal, fisura del anillo fibroso, nódulos de Schmorl, infiltración grasa de músculos paraespinales y sacroileítis mostraron baja o nula concordancia, probablemente por su baja especificidad clínica, falta de sospecha o limitaciones técnicas en la evaluación.

La falta de reconocimiento clínico de estos hallazgos puede tener un impacto relevante en la evolución del dolor lumbar e implicaciones terapéuticas. Zhang et al. demostraron una asociación significativa entre la infiltración grasa muscular y la alteración electromiográfica en músculos paravertebrales, implicando disfunción espinal y dolor lumbar persistente [87]. Herlin et al. señalaron que los cambios Modic, aunque clínicamente relevantes, presentan interpretación clínica variable por su presencia en individuos asintomáticos y el desconocimiento de su impacto biomecánico e inflamatorio [88]. Ambos hallazgos refuerzan la importancia de una valoración imagenológica más contextualizada.

La evaluación de la concordancia en relación con los distintos síndromes clínicos reveló una disparidad sistemática significativa, con un índice de Kappa de Cohen $\kappa = 0.00$, lo que refleja ausencia total de concordancia más allá del azar.

El síndrome facetario lumbar mostró una concordancia moderada, con más hallazgos evidenciados que reportados, lo que sugiere una subestimación inicial probablemente relacionada con la inespecificidad del dolor y la dificultad diagnóstica clínica. De forma similar, el síndrome por degeneración discal y el síndrome por hernia discal presentaron moderada concordancia, reflejando la complejidad para diferenciar lesiones discales que suelen coexistir con otros patrones degenerativos.

En el dolor miofascial, también con concordancia moderada, se identificaron hallazgos estructurales subyacentes que podrían no ser detectados clínicamente, lo que resalta el valor de complementar la evaluación con estudios de imagen.

En la disfunción sacroilíaca, el nivel de concordancia fue igualmente moderado, posiblemente limitado por la anatomía compleja de la región y la baja sensibilidad de las maniobras clínicas.

Por el contrario, el síndrome por estenosis espinal lumbar mostró una concordancia buena, probablemente facilitada por la especificidad clínica de la claudicación neurogénica, que guía la correlación con la imagen. Finalmente, en los casos sin síndrome clínico definido, también se observó una concordancia buena, aunque los hallazgos en imagen no se asociaron claramente a una presentación clínica específica, lo que evidencia la importancia del juicio clínico en estos escenarios.

El valor exploratorio de este estudio radica en ser uno de los primeros en evaluar concordancia desglosada por síndromes clínicos específicos de dolor lumbar, ya que la mayoría de estudios previos se enfocan en la relación imagen-síntoma en términos globales o en la fiabilidad entre radiólogos.

En conjunto, los resultados reflejan una brecha importante entre lo clínicamente sospechado y lo imagenológicamente evidenciado, con riesgo tanto de subdiagnóstico como de sobreinterpretación. Esto refuerza la necesidad de establecer protocolos integradores y formación continua, promoviendo una lectura funcional de la imagen que se correlacione activamente con la presentación clínica del paciente.

5.2 CONCLUSIÓN

El dolor lumbar es una de las principales causas de consulta en Medicina Física y Rehabilitación, afectando predominantemente a mujeres de los 41 a 60 años y en pacientes con comorbilidades como hipertensión, diabetes y obesidad. Estos hallazgos reflejan su origen multifactorial y la necesidad de considerar factores clínicos, ocupacionales y metabólicos en su abordaje.

El dolor de espalda baja fue el motivo de consulta más frecuente, usualmente acompañado de síntomas como parestesias o irradiación. La inactividad física, combinada con trabajos de oficina o mixtos que implican posturas sostenidas o cargas se identificaron como factores de riesgo relevantes.

Los síndromes más prevalentes fueron el de hernia discal lumbar y el síndrome facetario, con una distribución asociada a la edad, comorbilidades y tipo de trabajo. El dolor facetario predominó en trabajadores de oficina y operativo/manual, mientras que el de hernia discal fue más común en quienes realizaban esfuerzos físicos repetitivos o mantenían posturas prolongadas.

La mayoría de los pacientes no había recibido tratamiento conservador previo. En quienes sí lo recibieron, predominó el manejo farmacológico, lo que evidencia una brecha en la implementación de terapias no farmacológicas recomendadas por las guías internacionales, como ejercicio terapéutico y fisioterapia.

La resonancia magnética simple fue el estudio de imagen más utilizado, incluso en ausencia de banderas rojas. Los hallazgos más frecuentes fueron degenerativos (espondiloartrosis, degeneración discal y facetaria), presentes incluso en pacientes jóvenes y sin comorbilidades, lo cual refuerza el rol del envejecimiento espinal, la inactividad y las condiciones metabólicas.

Se observó una baja concordancia entre los hallazgos reportados y los evidenciados en imágenes, y ausencia total de concordancia en relación con los distintos síndromes clínicos (índice de Kappa de Cohen $\kappa = 0.016$ y $\kappa = 0.00$, respectivamente). Esta disparidad fue más notable en hallazgos musculares e inflamatorios subvalorados en los informes radiológicos, lo que pone de relieve la necesidad de una revisión activa por parte del médico rehabilitador.

En conjunto, estos resultados respaldan la necesidad de una valoración integral del dolor lumbar que incluya la exploración clínica, funcional e imagenológica contextualizada. Este enfoque permite mejorar la correlación clínico-imagenológica, optimizar la toma de decisiones y garantizar un abordaje terapéutico más preciso y centrado en el paciente.

CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES

- **Ministerio de Salud Pública**

Desarrollar guías clínicas nacionales actualizadas para el abordaje del dolor lumbar, que integren criterios clínicos, funcionales e imagenológicos, promoviendo el enfoque conservador como primera línea de manejo.

Ampliar y fortalecer la red nacional de servicios de rehabilitación, garantizando la disponibilidad y acceso equitativo a terapias no farmacológicas, como fisioterapia, ejercicio terapéutico y educación en dolor.

Implementar programas de formación continua para el personal de atención primaria, orientados a mejorar la identificación clínica del dolor lumbar y reducir el uso indiscriminado de estudios de imagen sin criterios clínicos bien definidos.

- **Hospital General de la Plaza de la Salud**

Establecer protocolos institucionales y auditorías periódicas para optimizar la solicitud de estudios imagenológicos, en especial la resonancia magnética, asegurando su indicación basada en criterios clínicos sólidos.

Consolidar un modelo de atención multidisciplinario que favorezca la integración efectiva entre fisiatras, ortopedas, reumatólogos, terapeutas físicos, psicólogos y radiólogos musculoesqueléticos.

Promover espacios de discusión clínica interdisciplinaria para casos complejos de dolor lumbar, facilitando una visión integral en la toma de decisiones terapéuticas.

- **Personal médico**

Actualizarse continuamente en correlación clínico-imagenológica, desarrollando habilidades para interpretar hallazgos relevantes en imágenes lumbares y diferenciar cambios degenerativos comunes de hallazgos clínicamente significativos.

Mejorar la calidad del registro clínico, integrando adecuadamente los hallazgos físicos, funcionales e imagenológicos, con lenguaje claro, estructurado y alineado con los diagnósticos clínicos sospechados.

Adoptar un enfoque biopsicosocial, que contemple las comorbilidades, contexto laboral, impacto funcional y factores psicoemocionales del paciente como elementos fundamentales para el diagnóstico y manejo.

Solicitar estudios de imagen únicamente cuando estén clínicamente justificados, es decir, en presencia de signos de alarma, déficit neurológico progresivo o cuando el resultado modifique la conducta terapéutica.

- **Pacientes**

Entender que el diagnóstico del dolor lumbar se fundamenta en una evaluación clínica integral, y que los hallazgos imagenológicos, por sí solos, no siempre explican la causa del dolor ni deben condicionar el tratamiento.

Adoptar una actitud activa frente a su salud, comprendiendo que mantenerse físicamente activos, aún con hallazgos degenerativos, favorece la recuperación y disminuye el riesgo de cronicidad.

Participar activamente en su proceso de atención, siguiendo las recomendaciones médicas, evitando la sobredependencia de medicamentos o imágenes, y valorando las estrategias no farmacológicas como parte esencial del manejo.

Algoritmo clínico e imagenológico para el abordaje integral del dolor lumbar

Como resultado del análisis clínico, imagenológico y estadístico de esta investigación, se diseñó un algoritmo clínico e imagenológico práctico para orientar el abordaje integral del dolor lumbar, considerando los hallazgos más frecuentes y las correlaciones observadas.

Esta herramienta busca apoyar la toma de decisiones desde la valoración inicial hasta la elección racional de estudios de imagen y derivación oportuna, considerando la prevalencia y asociación de patrones clínico-imagenológicos encontrados.

(Ver Anexo 5)

REFERENCIAS

1. Yates M, Oliveira CB, Galloway JB, Maher CG. Defining and measuring imaging appropriateness in low back pain studies: a scoping review. *Eur Spine J*. 2020;29(3):519–29. doi:10.1007/s00586-019-06269-7.
2. Valdebenito M, Zamorano C, Villanueva D, et al. Imágenes en dolor lumbar: cuándo solicitarlas y qué buscar. *Rev Med Clin Las Condes*. 2019;30(5):522–30. doi:10.1016/j.rmclc.2019.08.003.
3. Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024;25(1). doi:10.1186/s12891-024-07468-0.
4. Petersen T, Laslett M, Juhl CB. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1). doi:10.1186/s12891-017-1549-6.
5. Hartvigsen L, Kongsted A, Hestbaek L. Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature. *Chiropr Man Therap*. 2015;23(1). doi:10.1186/s12998-015-0054-y.
6. Tanner L, Saywell NL, Adams T, Niazi IK, Hill J. Factors influencing imaging clinical decision-making in low back pain management. A scoping review. *Musculoskeletal Care*. 2024;22(2). doi:10.1002/msc.1898.
7. Ojeda González JJ, Jerez Labrada JA. Dolor de espalda. Generalidades en su diagnóstico y tratamiento. *Rev Cub Ortop Traumatol*. 2022;36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2022000300005.
8. Brinjikji W, Luetmer P, Comstock B, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2014;36(4):811–6. doi:10.3174/ajnr.a4173.
9. World Health Organization (WHO). Low back pain. 2023 Jun 19. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>.
10. Y CM, M EG, M ASM. Imagenología del dolor lumbar. *Rev Chil Neurocir*. 2003;9(2). doi:10.4067/s0717-93082003000200005.
11. Pojskic M, Bisson E, Oertel J, et al. Lumbar disc herniation: Epidemiology, clinical and radiologic diagnosis WFNS spine committee recommendations. *World Neurosurg X*. 2024;22:100279. doi:10.1016/j.wnsx.2024.100279.
12. Antohe BA, Uysal HŞ, Panaet AE, et al. The Relationship between Magnetic Resonance Imaging and Functional Tests Assessment in Patients with Lumbar Disk Hernia. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(19):2669. doi:10.3390/healthcare11192669.
13. Yang L, Li W, Yang Y, Zhao H, Yu X. The Correlation Between the Lumbar Disc MRI High-Intensity Zone and Discogenic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Orthop Surg Res*. 2023;18(1). doi:10.1186/s13018-023-04187-5.
14. Lemmers GPG, Van Lankveld W, Westert GP, Van Der Wees PJ, Staal JB. Imaging versus no imaging for low back pain: a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. *Eur Spine J*. 2019;28(5):937–50. doi:10.1007/s00586-019-05918-1.
15. Shraim BA, Shraim MA, Ibrahim AR, et al. The association between early MRI and length of disability in acute lower back pain: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1). doi:10.1186/s12891-021-04863-9.

16. Besse M. Lumbalgia y derivación al especialista de columna: situación y recursos en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Medicina (B Aires)*. 2023;84(1669–9106):407–14.
17. Henry LL, Cifu DX, eds. *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
18. Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD Jr. *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
19. Sánchez CAZ, Samaniego GDR, Pesantez Piedra MD, Granda Benites ME. Dolor de espalda baja (lumbalgia), enfermedad que no discrimina: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *RECIMUNDO*. 2019;3(2):610–27. doi:10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.610-627.
20. Espí-López GV, Muñoz-Gómez E, Arnal-Gómez A, et al. La obesidad como factor determinante en el dolor lumbar: revisión bibliográfica. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*. 2019;28(3):217–28.
21. Byfield DC, Stacey BS, Evans HT, et al. Spinal pain prevalence and associated determinants: A population-based study using the National Survey for Wales. *Physiol Rep*. 2024;12(21):e70101. doi:10.14814/phy2.70101.
22. Dal Farra F, Arippa F, Carta G, et al. Deporte y dolor lumbar inespecífico en deportistas: una revisión exploratoria. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2022;14:216. doi:10.1186/s13102-022-00609-9.
23. Rodríguez De La Rosa ME. Estudio de los factores psicosociales del dolor lumbar crónico en la población [Internet]. UOC Universitat Oberta de Catalunya; 2020 [citado 2024 sep 21]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10609/128186>.
24. Mestanza-Peralta M, Uguña-Sari F. El camino desde el dolor lumbar crónico hasta el diagnóstico de la espondiloartritis. *Metro Ciencia*. 2023;30(1):51–9. doi:10.47464/metrociencia/vol31/1/2023/51-59.
25. Martínez-Martínez A, García-Espinosa J, Ruiz-Santiago F, et al. Abordaje intervencionista del síndrome facetario lumbar: denervación con radiofrecuencia. *Rev Chil Neurocir*. 2017;23(1):7–14. doi:10.4067/s0717-93082017000100003.
26. Stuber K, Lerede C, Kristmanson K, et al. The diagnostic accuracy of the Kemp's test: a systematic review. *J Can Chiropr Assoc*. 2014;58(3):258–67.
27. Romero SH, Acevedo Gonzalez JC, Basto Aluja LE, Moreno Luna IDS. Identificación de signos y síntomas para el diagnóstico del dolor lumbar de origen discogénico: revisión de mapeo. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27. doi:10.20986/resed.2020.3803/2020.
28. Valencia NBC. Estimulación intramuscular con aguja seca versus laserterapia en síndrome miofascial lumbar. *Rev Hered Rehabil*. 2020;2(1):11–6. doi:10.20453/rhr.v2i1.3692.
29. Rincón Rueda Z, Ramírez Ramírez C. Longitud muscular, dolor y funcionalidad en adultos jóvenes con disfunción de la articulación sacroilíaca. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2024;43. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/1850>.
30. Urits I, Burshtein A, Sharma M, et al. Low back pain, a comprehensive review: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(3):23. doi:10.1007/s11916-019-0757-1.
31. Pérez AA. Diagnóstico diferencial en la estenosis espinal lumbar. *Orthotips AMOT*. 2019;14(1):17–21.
32. Gutiérrez AC, Arriola Gutiérrez JG, Padilla Ureña Y. Generalidades sobre el abordaje de hernia de disco lumbar. *Rev Méd Sinergia*. 2023;8(1):e945. doi:10.31434/rms.v8i1.945.
33. Majlesi J, Togay H, Unalan H, Toprak S. The sensitivity and specificity of the Slump and the Straight Leg Raising tests in patients with lumbar disc herniation. *J Clin Rheumatol*. 2008;14(2):87–91. doi:10.1097/RHU.0b013e31816b2f99.
34. Dada Santos M, Zarnowski Gutiérrez A, Salazar Santiz A. Actualización de lumbalgia en atención primaria. *Rev Méd Sinergia*. 2021;6(8):e696. doi:10.31434/rms.v6i8.696.

35. van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(2):CD007431. doi:10.1002/14651858.CD007431.pub2.
36. Buckup K, Buckup J. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular: exploraciones, signos y síntomas. España: Elsevier Masson; 2014.
37. Tasso M, Uguccioni V, Bertolini N, et al. Role of Patrick-FABER test in detecting sacroiliitis and diagnosing spondyloarthritis in subjects with low back pain. *Clin Exp Rheumatol.* 2023;41(11):2298–300. doi:10.55563/clinexprheumatol/kgje8k.
38. Nejati P, Sartaj E, Imani F, et al. Accuracy of the diagnostic tests of sacroiliac joint dysfunction. *J Chiropr Med.* 2020;19(1):28–37. doi:10.1016/j.jcm.2019.12.002.
39. Physiotutors. Kemp's Test | Extension Quadrant Test | Lumbar Spinal Stenosis [Internet]. 2024 [citado 21 sep 2024]. Disponible en: <https://www.physiotutors.com/es/wiki/kemps-test/>
40. Malaithong W, Lim NT. Low-Back Pain. World Federation of Societies of Anesthesiologists [Internet]. 2023 [citado 22 sep 2024]. Disponible en: https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/ATOW512_ED.pdf.
41. Prada MF. Dolor lumbar. Fundación para la Formación de la OMC [Internet]. 2015 [citado 21 sep 2024]. Disponible en: <https://www.ffomc.org/sites/ffomc/files/files/2022-02/PAS%20DOLOR%20LUMBAR-MONOGRAFIA.pdf>.
42. Burbano-Burbano H, Belalcázar-Bolaños EG, Fernández-Tapia S. Resonancia magnética de la columna lumbar: lo que el radiólogo debe conocer antes de elaborar un reporte. *An Radiol Mex.* 2014;13(3):292–305.
43. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, et al. Low back pain. *Lancet.* 2021;398(10294):78–92. doi:10.1016/s0140-6736(21)00733-9.
44. Díaz Páez I, Fuentes Flores Y, Montes Osorio MG, et al. Características clínicas e incapacidad laboral en pacientes con lumbalgia en atención primaria. *Rev Sanit Investig.* 2023;4(12):1–10. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caracteristicas-clinicas-e-incapacidad-laboral-en-pacientes-con-lumbalgia-en-atencion-primaria/>
45. Pojskic M, Bisson E, Oertel J, et al. Lumbar disc herniation: Epidemiology, clinical and radiologic diagnosis WFNS spine committee recommendations. *World Neurosurg X.* 2024;22:100279. doi:10.1016/j.wnsx.2024.100279.
46. Mann SJ, Viswanath O, Singh P. Lumbar Facet Arthropathy. [Updated 2023 Jul 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538228/>
47. Ildidin I, Situmeang IF, Sarasnita N. The prevalence and risk factors of low back pain among healthcare workers in Asia. *Indones J Occup Saf Health.* 2023;12(3):449–56. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/IJOSH/article/view/42291>
48. Zhang Y, Wang X, Li H, et al. Prevalence of and risk factors for low back pain among professional drivers: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res.* 2024;19(1):99. doi:10.1186/s13018-024-04999-z.
49. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(6):e316–29. doi:10.1016/S2665-9913(23)00098-X.

50. Alammari A, Almutairi A, Alghamdi F, et al. Psychosocial and occupational factors associated with low back pain among healthcare professionals: a systematic review. *J Occup Health*. 2025;67(2):e12345. doi:10.7759/cureus.77426.
51. Molina M. Estenosis lumbar degenerativa: conceptos básicos, evaluación clínica y manejo. *Rev Med Clin Las Condes*. 2020;31(5–6):441–7. doi:10.1016/j.rmclc.2020.10.004. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-estenosis-lumbar-degenerativa-conceptos-basicos-S0716864020300675>
52. Pedersen JR, Strijkers R, Gerger H, Koes B, Chiarotto A. Clinical improvements due to specific effects and placebo effects in conservative interventions and changes observed with no treatment in randomized controlled trials of patients with chronic nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2024;165(6):1217–32. doi:10.1097/j.pain.0000000000003151. PMID:38198235.
53. Wocial K, Feldman BA, Mruk B, Sklinda K, Walecki J, Waśko M. Imaging features of the aging spine. *Pol J Radiol*. 2021;86:e380-e386. Published 2021 Jun 28. doi:10.5114/pjr.2021.107728
54. American Academy of Family Physicians. Avoid imaging studies (MRI, CT or X-rays) for acute low back pain in the first six weeks after pain begins except specific indications. *Amer Fam Physician*. 2014. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/collections/choosing-wisely/180.html>
55. Sunder A, Chhabra HS, Aryal A. Geriatric spine fractures - Demography, changing trends, challenges and special considerations: A narrative review. *J Clin Orthop Trauma*. 2023;43:102190. Published 2023 Jun 29. doi:10.1016/j.jcot.2023.102190
56. Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. *BMJ*. 2021;372:n291. Published 2021 Feb 12. doi:10.1136/bmj.n291
57. Ruiz Santiago F, Láinez Ramos-Bossini AJ, Wáng YXJ, López Zúñiga D. The role of radiography in the study of spinal disorders. *Quant Imaging Med Surg*. 2020 Dec;10(12):2322-2355. doi: 10.21037/qims-20-1014. PMID: 33269230; PMCID: PMC7596402.
58. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Low Back Pain. Reston (VA): American College of Radiology; 2021 [citado 2025 Jun 4]. Disponible en: <https://acsearch.acr.org/docs/69483/narrative/>
59. Santos, Donoso, et al. Dolor lumbar: revisión y evidencia de tratamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2020; 31(2):148-159. doi:10.1016/j.rmclc.2020.03.008. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300717>
60. Gu H, Hong J, Wang Z, et al. Association of MRI findings with paraspinal muscles fat infiltration at lower lumbar levels in patients with chronic low back pain: a multicenter prospective study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024;25(1):549. Published 2024 Jul 16. doi:10.1186/s12891-024-07649-x
61. Leiva López LA. Hallazgos en la radiografía digital de la columna lumbar en pacientes con síntoma de lumbalgia – Hospital Sergio Bernales enero – octubre, Lima 2017 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17024>
62. Gallegos Durán MA, Sigüenza Jara DV. Frecuencia de hernia discal diagnosticada por resonancia magnética de columna lumbar en pacientes de 31 a 80 años de edad del Instituto de Diagnóstico por Imágenes (Cuenca), en el periodo enero – diciembre 2020 [bachelor's thesis on the Internet]. Cuenca; 2023-01-18 [cited 17 June 2025]. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/40776>

63. Wong W, Zhang Y, Sit RWS, Wong SY, Mercer SW, Yip BH. Prevalence, incidence, and factors associated with non-specific chronic low back pain in community-dwelling older adults aged 60 years and older: A systematic review and meta-analysis. *J Pain*. 2022;23(5):509–525. doi:10.1016/j.jpain.2021.07.012.
64. Wang W, Guo Y, Li W, Chen Z. The difference of paraspinal muscle between patients with lumbar spinal stenosis and normal middle-aged and elderly people, studying by propensity score matching. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13:1080033. Published 2022 Nov 22. doi:10.3389/fendo.2022.1080033
65. Brinjikji W, Diehn FE, Jarvik JG, et al. MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(12):2394–2399. doi:10.3174/ajnr.A4498
66. Curtis L, Dua A, Shah N, Padalia D, Shah J. Facet Joint Disease. [Updated 2025 Mar 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541049/>
67. Samartzis, D., Karppinen, J., Cheung, J. P. Y., & Lotz, J. C. (2015). Hypertension Is Independently Associated with Lumbar Disc Degeneration: A Large-Scale Population-Based Study. *Global Spine Journal*, 5(2), 113–119. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1055/s-0034-1376579>
68. Hung IYJ, Shih TTF, Chen BB, Liang HW, Lee CL, Yang CF, et al. The role of lumbar load thresholds in cumulative lifting exposure to predict disc protrusion in an Asian population. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21:169. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-3167-4>
69. Beck R, Schiltenswolf M, Wang H. Occupational load as a risk factor for intervertebral disc degeneration: A systematic review. *Int Orthop*. 2020;44(10):1999–2007. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7370072/>
70. Maurer E, Klinger C, Lorbeer R, et al. Long-term effect of physical inactivity on thoracic and lumbar disc degeneration-an MRI-based analysis of 385 individuals from the general population. *Spine J*. 2020;20(9):1386–1396. doi:10.1016/j.spinee.2020.04.016
71. Antequera-Vique, J. A., Oliva-Lozano, J. M., & Muyor, J. M. (2022). Effects of cycling on the morphology and spinal posture in professional and recreational cyclists: a systematic review. *Sports Biomechanics*, 22(4), 567–596. <https://doi.org/10.1080/14763141.2022.2058990>
72. Gadegbeku H, Osei-Poku F, Antwi WK, Dzefi-Tettey K, Osei K. Lumbar facet joint osteoarthritis on magnetic resonance imaging among adults with low back pain at the Korle Bu Teaching Hospital, Ghana. *Pan Afr Med J*. 2023 Dec 22;46:222. doi:10.11604/pamj.2023.46.222.41498. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38059220/>
73. Schmidt H, Reitmaier S, Yang D, Duda G, Pumberger M. Degenerative relationships in lumbar intervertebral discs and facet joints: an MRI-based comparative study of asymptomatic individuals and patients with chronic and intermittent low back pain. *Front Bioeng Biotechnol*. 2025;13:1502082. Published 2025 Apr 9. doi:10.3389/fbioe.2025.1502082
74. Guven AE, Schönngel L, Camino-Willhuber G, et al. Relationship between facet joint osteoarthritis and lumbar paraspinal muscle atrophy: a cross-sectional study. *J Neurosurg Spine*. 2024;41(3):360–368. Published 2024 Jun 14. doi:10.3171/2024.4.SPINE231018
75. Teichner EM, Subtirelu RC, Crutchfield CR, et al. The advancement and utility of multimodal imaging in the diagnosis of degenerative disc disease. *Front Radiol*. 2025;5:1298054. Published 2025 Mar 6. doi:10.3389/fradi.2025.1298054

76. Park JS, Goh TS, Lee JS, Lee C. Impact of asymmetric L4-L5 facet joint degeneration on lumbar spine biomechanics using a finite element approach. *Sci Rep.* 2025;15(1):12613. Published 2025 Apr 12. doi:10.1038/s41598-025-97021-3
77. Latif M, Balooch S, Ali Z, et al. Clinical correlation of Magnetic Resonance Imaging (MRI) with symptom complex in prolapsed intervertebral disc disease in the patients of Tertiary Care Hospital, Kharian. *Professional Med J.* 2024;31(04):545-55
78. Donnally CJ 3rd, Hanna A, Varacallo MA. Lumbar Degenerative Disk Disease [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [actualizado el 4 de agosto de 2023; citado el 14 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448134/>
79. Jiang J, Huang Y, He B. Advances in the interaction between lumbar intervertebral disc degeneration and fat infiltration of paraspinal muscles: critical summarization, classification, and perspectives. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2024;15:1353087. doi: 10.3389/fendo.2024.1353087
80. Mosabbir A. Mechanisms behind the Development of Chronic Low Back Pain and Its Neurodegenerative Features. *Life (Basel).* 2022;13(1):84. Published 2022 Dec 28. doi:10.3390/life13010084
81. Lee A, Gupta M, Boyinepally K, Stokey PJ, Ebraheim NA. Sacroiliitis: A Review on Anatomy, Diagnosis, and Treatment. *Adv Orthop.* 2022;2022:3283296. Published 2022 Dec 28. doi:10.1155/2022/3283296
82. Kwon JW, Moon SH, Park SY, et al. Lumbar Spinal Stenosis: Review Update 2022. *Asian Spine J.* 2022;16(5):789-798. doi:10.31616/asj.2022.0366
83. Dieckmeyer M, Sollmann N, Kupfer K, et al. Computed Tomography of the Spine : Systematic Review on Acquisition and Reconstruction Techniques to Reduce Radiation Dose. *Clin Neuroradiol.* 2023;33(2):271-291. doi:10.1007/s00062-022-01227-1
84. Cueva Jaramillo J. Hallazgos patológicos en la Columna Lumbosacra identificados incidentalmente en Tomografía Abdominal en los pacientes adultos atendidos en el Servicio de Imagenología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo comprendido entre junio y septiembre de 2021 [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2021 [citado 2025 junio 1]. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24300>
85. Almeida Lozano, K. Asociación de lumbalgia con los hallazgos radiológicos degenerativos de columna de los pacientes atendidos en el servicio de imagenología del Hospital IESS Quito Sur en el periodo comprendido entre enero y diciembre 2021. [Internet]. Quito: UCE; 2023 [citado: 2025, junio] 77 páginas. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/30965> DSpace UCE
86. Berg L, Neckelmann G, Gjertsen O, et al. Reliability of MRI findings in candidates for lumbar disc prosthesis. *Neuroradiology.* 2012;54(7):699-707. doi:10.1007/s00234-011-0963-y
87. Zhang T, Firouzabadi A, Becker L, Broers T, Mazur L, Krug R, et al. Association between lumbar paraspinal muscle activities and quality in chronic low back pain: a cross-sectional analysis. *Eur Spine J.* 2025;34(5):1348–58. <https://doi.org/10.1007/s00586-025-08727-x>
88. Herlin C, Kjaer P, Espeland A, et al. Modic changes-Their associations with low back pain and activity limitation: A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(8):e0200677. Published 2018 Aug 1. doi:10.1371/journal.pone.0200677

APÉNDICE

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CORRELACIÓN CLÍNICA E IMAGENOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DOLOR LUMBAR QUE ASISTIERON A LA CONSULTA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2023.

Este formulario ha sido creado con el fin de recopilar la información pertinente del paciente con dolor lumbar, tomada de su récord clínico digital de forma minuciosa, que asistió a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.

1. Sexo:

Masculino

Femenino

2. Edad:

18-30 años

31-40 años

41-50 años

51-60 años

61-70 años

71-80 años

81-90 años

91-100 años

3. Comorbilidades:

Ninguna

Hipertensión arterial

Diabetes Mellitus

Sobrepeso/Obesidad

Hipotiroidismo/Hipertiroidismo

Cardiopatía

Enfermedad pulmonar

Enfermedad reumatológica

Cáncer

Otras:

4. Actividad laboral:

Trabajo de Oficina/Escritorio

Trabajo de campo

Trabajo operativo/manual

Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo/manual)

Actividad pasiva no laboral

5. Actividad física:

Ninguna

Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.) <3 veces / semana

Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.) >3 veces / semana

Ejercicio de fuerza muscular 2-3 veces / semana

Ejercicio de estiramiento

6. Deporte:

Ninguno

Voleibol

Baloncesto

Futbol

Atletismo

Golf

Gimnasia

Natación

Otros: Atletismo, Golf, Gimnasia, Tenis

7. Motivo de consulta principal:

Dolor de espalda baja

Dolor de la(s) pierna(s)

Dolor en glúteo

Parestesias/ Adormecimiento

Debilidad muscular

Limitación funcional

Dificultad para caminar

8. Tratamiento conservador previo a la consulta:

Ninguno

Medicamentos

Terapia física

Ajustes quiroprácticos

Acupuntura

Terapia acuática

Otros:

9. Tipo de Estudio de imagen:

Radiografía simple

Tomografía axial computarizada simple

Resonancia magnética simple

Mielografía

Otros:

10. Síndromes clínicos de dolor lumbar:

Síndrome facetario lumbar
Síndrome por degeneración del disco intervertebral
Síndrome por disco herniado lumbar
Síndrome de dolor miofascial
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca
Síndrome por estenosis espinal lumbar
Síndrome Inflamatorio lumbar
Ninguno

11. Hallazgos reportados en estudio de imagen:

Sin hallazgos
Desviación de la columna lumbar
Pinzamiento discal
Rectificación de la lordosis lumbar
Degeneración discal
Espondiloartrosis
Cambios Modic
Nódulo de Schmorl
Desbordamiento/ Abombamiento discal difuso
Protrusión discal central
Protrusión discal foraminal sin estenosis
Protrusión discal foraminal con estenosis
Extrusión discal no migrada
Extrusión discal migrada
Secuestro discal
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular
Estenosis espinal lumbar
Aumento de señal en articulación facetaria
Degeneración facetaria
Infiltración grasa de músculos paraespinales
Espondilolisis
Espondilolistesis
Fractura vertebral
Espondilodiscitis
Tumores
Sacroileitis
Espina bífida
Vertebra transicional lumbosacra
Hipertrofia del ligamento amarillo
Otros:

12. Hallazgos evidenciados en estudio de imagen:

Sin hallazgos

Desviación de la columna lumbar

Pinzamiento discal

Rectificación de la lordosis lumbar

Degeneración discal

Espondiloartrosis

Cambios Modic

Nódulo de Schmorl

Desbordamiento/ Abombamiento discal difuso

Protrusión discal central

Protrusión discal foraminal sin estenosis

Protrusión discal foraminal con estenosis

Extrusión discal no migrada

Extrusión discal migrada

Secuestro discal

Fisura del anillo fibroso/desgarro anular

Estenosis espinal lumbar

Aumento de señal en articulación facetaria

Degeneración facetaria

Infiltración grasa de músculos paraespinales

Espondilolisis

Espondilolistesis

Fractura vertebral

Espondilodiscitis

Tumores

Sacroileitis

Espina bífida

Vertebra transicional lumbosacra

Hipertrofia del ligamento amarillo

Otros:

ANEXO 3: TABLAS

Tabla 1: Sexo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	317	72.5%
Masculino	120	27.5%
Total	437	100.0%

Tabla 2: Rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
18-30 años	26	5.9%
31-40 años	52	11.9%
41-50 años	109	24.9%
51-60 años	105	24.0%
61-70 años	87	19.9%
71-80 años	51	11.7%
81-90 años	6	1.4%
91-100 años	1	0.2%
Total	437	100.0%

Tabla 3: Rango de edades de acuerdo al sexo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Rango de edades de acuerdo al sexo				
Rango de edad	Sexo femenino		Sexo masculino	
	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=317)	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=120)
18-30 años	15	4.7%	11	9.2%
31-40 años	34	10.7%	18	15.0%
41-50 años	84	26.5%	25	20.8%
51-60 años	75	23.7%	30	25.0%
61-70 años	66	20.8%	21	17.5%
71-80 años	37	11.7%	14	11.7%
81-90 años	6	1.9%	0	0.0%
91-100 años	0	0.0%	1	0.8%
Total	317	100.0%	120	100.0%

Tabla 4: Comorbilidades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=437)
Ninguna	166	38.0%
Hipertensión arterial	174	39.8%
Diabetes Mellitus	53	12.1%
Sobrepeso/Obesidad	34	7.8%
Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	37	8.5%
Insuficiencia venosa profunda	44	10.1%
Cardiopatía	9	2.1%
Enfermedad pulmonar	28	6.4%
Enfermedad reumatológica	5	1.1%
Cáncer	6	1.4%
Otras: Arritmia, Evento vasculocerebral, Insuficiencia renal crónica, Dislipidemia, Epilepsia, Enfermedad psiquiátrica, Hepatopatía, Leucemia, mieloma múltiple, Falcemia	26	5.9%
Total de respuestas	582	133.2%

Nota: Los pacientes pueden presentar más de una comorbilidad, por lo que los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de paciente.

Tabla 5: Comorbilidades de acuerdo al sexo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Comorbilidades de acuerdo al sexo				
Comorbilidades	Sexo femenino		Sexo masculino	
	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=317)	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=120)
Ninguna	114	36.0%	52	43.3%
Hipertensión arterial	128	40.4%	46	38.3%
Diabetes Mellitus	41	12.9%	12	10.0%
Sobrepeso/Obesidad	28	8.8%	6	5.0%
Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	35	11.0%	2	1.7%
Insuficiencia venosa profunda	37	11.7%	7	5.8%
Cardiopatía	7	2.2%	2	1.7%
Enfermedad pulmonar	22	6.9%	6	5.0%
Enfermedad reumatológica	5	1.6%	0	0.0%
Cáncer	6	1.9%	0	0.0%
Otras: Arritmia, Evento vasculocerebral, Insuficiencia renal crónica, Dislipidemia, Epilepsia, Enfermedad psiquiátrica, Hepatopatía, Leucemia, mieloma múltiple, Falcemia	21	6.6%	5	4.2%
Total de respuestas	444	140.1%	138	115.0%

Nota: Los pacientes pueden presentar más de una comorbilidad, por lo que los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 6: Comorbilidades de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Comorbilidades de acuerdo al rango de edades									
Comorbilidades	Rango de edades								Total de respuestas
	18-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	61-70 años	71-80 años	81-90 años	91-100 años	
Ninguna	18 (66.7%)	36 (66.7%)	62 (49.2%)	31 (22.3%)	15 (11.6%)	4 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	166
Hipertensión arterial	2 (7.4%)	5 (9.3%)	27 (21.4%)	44 (31.7%)	53 (41.1%)	36 (40.9%)	6 (35.3%)	1 (50.0%)	174
Diabetes Mellitus	0 (0.0%)	1 (1.9%)	7 (5.6%)	14 (10.1%)	13 (10.1%)	13 (14.8%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	53
Sobrepeso/Obesidad	1 (3.7%)	5 (9.3%)	8 (6.3%)	10 (7.2%)	9 (7.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	34
Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	0 (0.0%)	1 (1.9%)	7 (5.6%)	14 (10.1%)	5 (3.9%)	8 (9.1%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	37
Insuficiencia venosa profunda	1 (3.7%)	2 (3.7%)	5 (4.0%)	10 (7.2%)	12 (9.3%)	12 (13.6%)	1 (5.9%)	1 (50.0%)	44
Cardiopatía	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (2.2%)	3 (2.3%)	1 (1.1%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	9
Enfermedad pulmonar	4 (14.8%)	4 (7.4%)	2 (1.6%)	8 (5.8%)	6 (4.7%)	4 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	28
Enfermedad reumatológica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Cáncer	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.4%)	2 (1.6%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6
Otras: Arritmia, Evento vasculocerebral, Insuficiencia renal crónica, Dislipidemia, Epilepsia, Enfermedad psiquiátrica, Hepatopatía, Leucemia, mieloma múltiple, Falcemia	1 (3.7%)	0 (0.0%)	7 (5.6%)	3 (2.2%)	8 (6.2%)	6 (6.8%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	26
Total de respuestas	27	54	126	139	129	88	17	2	582

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes con cada rango de edad (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de una comorbilidad, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 7: Tipo de actividad laboral de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de actividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo de Oficina/ Escritorio	91	20.8%
Trabajo de campo	21	4.8%
Trabajo operativo/manual	25	5.7%
Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo/manual)	253	57.9%
Actividad pasiva no laboral	47	10.8%
Total	437	100.0%

Tabla 8: Tipo de actividad laboral de acuerdo al sexo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de actividad laboral de acuerdo al sexo				
Tipo de actividad laboral	Sexo femenino		Sexo masculino	
	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=317)	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=120)
Trabajo de Oficina/Escritorio	63	19.9%	28	23.3%
Trabajo de campo	7	2.2%	14	11.7%
Trabajo operativo/manual	10	3.2%	15	12.5%
Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo)	192	60.6%	57	47.5%
Actividad pasiva no laboral	45	14.2%	6	5.0%
Total	317	100.0%	120	100.0%

Tabla 9: Tipo de actividad laboral de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de actividad laboral de acuerdo al rango de edades						
Rango de edad	Tipo de actividad laboral					Total de frecuencia
	Trabajo de Oficina/Escritorio	Trabajo de campo	Trabajo operativo/manual	Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo)	Actividad pasiva no laboral	
18-30 años	8 (30.8%)	1 (3.8%)	2 (7.7%)	15 (57.7%)	0 (0.0%)	26
31-40 años	16 (30.8%)	3 (5.8%)	4 (7.7%)	29 (55.8%)	0 (0.0%)	52
41-50 años	25 (22.9%)	5 (4.6%)	5 (4.6%)	74 (67.9%)	0 (0.0%)	109
51-60 años	22 (21.0%)	3 (2.9%)	10 (9.5%)	70 (66.7%)	0 (0.0%)	105
61-70 años	15 (17.2%)	8 (9.2%)	3 (3.4%)	55 (63.2%)	6 (6.9%)	87
71-80 años	5 (9.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	10 (19.6%)	34 (66.7%)	51
81-90 años	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (100.0%)	6
91-100 años	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	1
Total de frecuencia	91	21	25	253	47	437

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes en cada rango de edad (por fila) para mostrar la distribución de los distintos tipos de actividad laboral según el grupo etario.

Tabla 10: Tipo de actividad física de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de actividad física	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=437)
Ninguna	319	73.0%
Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.)	114	26.1%
Ejercicio de fuerza muscular	17	3.9%
Ejercicio de estiramiento	2	0.5%
Total de respuestas	452	103.4%

Nota: Los pacientes pueden realizar más de un tipo de actividad física, por lo que los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 11: Tipo de actividad física de acuerdo a las comorbilidades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de actividad física de acuerdo a las comorbilidades					
Comorbilidades	Tipo de actividad física				Total de respuestas
	Ninguna	Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.)	Ejercicio de fuerza muscular	Ejercicio de estiramiento	
Ninguna	118 (67.0%)	45 (25.6%)	11 (6.2%)	2 (1.1%)	176
Hipertensión arterial	130 (73.4%)	43 (24.3%)	4 (2.3%)	0 (0.0%)	177
Diabetes Mellitus	31 (57.4%)	22 (40.7%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	54
Sobrepeso/Obesidad	27 (79.4%)	7 (20.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	34
Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	28 (73.7%)	9 (23.7%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	38
Insuficiencia venosa profunda	31 (70.5%)	13 (29.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	44
Cardiopatía	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
Enfermedad pulmonar	23 (79.3%)	5 (17.2%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	29
Enfermedad reumatológica	5 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Cáncer	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6
Otras: Arritmia, Evento vasculocerebral, Insuficiencia renal crónica, Dislipidemia, Epilepsia, Enfermedad psiquiátrica, Hepatopatía, Leucemia, mieloma múltiple, Falcemia	19 (67.9%)	6 (21.4%)	3 (10.7%)	0 (0.0%)	28
Total de respuestas	422	155	21	2	600

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas para cada comorbilidad (por fila). Dado que los pacientes pueden presentar múltiples comorbilidades y realizar más de un tipo de actividad física, se permite más de una respuesta por persona en ambas variables.

Tabla 12: Tipo de deporte de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de deporte	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	420	96.1%
Voleibol	2	0.5%
Baloncesto	4	0.9%
Futbol	1	0.2%
Ciclismo	5	1.1%
Softball	2	0.5%
Natación	3	0.7%
Otros	0	0.0%
Total	437	100.0%

Tabla 13: Tipo de deporte de acuerdo al sexo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de deporte de acuerdo al sexo				
Tipo de deporte	Sexo femenino		Sexo masculino	
	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=317)	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=120)
Ninguno	314	99.1%	106	88.3%
Voleibol	1	0.3%	1	0.8%
Baloncesto	0	0.0%	4	3.3%
Futbol	0	0.0%	1	0.8%
Ciclismo	0	0.0%	5	4.2%
Softball	0	0.0%	2	1.7%
Natación	2	0.6%	1	0.8%
Otros: Atletismo, Golf, Gimnasia, Tenis	0	0.0%	0	0.0%
Total	317	100.0%	120	100.0%

Tabla 14: Motivo de consulta de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=437)
Dolor de espalda baja	425	97.3%
Dolor de la(s) pierna(s)	260	59.5%
Dolor en glúteo	11	2.5%
Parestesias/ Adormecimiento	135	30.9%
Debilidad muscular	14	3.2%
Limitación funcional	1	0.2%
Dificultad para caminar	1	0.2%
Total de respuestas	847	193.8%

Nota: Los pacientes pueden presentar más de un motivo de consulta, por lo que los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 15: Síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Síndromes clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome facetario lumbar	127	29.1%
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	64	14.6%
Síndrome por disco herniado lumbar	149	34.1%
Síndrome de dolor miofascial	63	14.4%
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	16	3.7%
Síndrome por estenosis espinal lumbar	4	0.9%
Síndrome Inflamatorio lumbar	0	0.0%
Ninguno	14	3.2%
Total	437	100.0%

Tabla 16: Síndromes clínicos de acuerdo al sexo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Síndromes clínicos de acuerdo al sexo				
Síndromes clínicos	Sexo femenino		Sexo masculino	
	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=317)	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=120)
Síndrome facetario lumbar	96	30.3%	31	25.8%
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	45	14.2%	19	15.8%
Síndrome por disco herniado lumbar	111	35.0%	38	31.7%
Síndrome de dolor miofascial	41	12.9%	22	18.3%
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	13	4.1%	3	2.5%
Síndrome por estenosis espinal lumbar	3	0.9%	1	0.8%
Síndrome Inflamatorio lumbar	0	0.0%	0	0.0%
Ninguno	8	2.5%	6	5.0%
Total	317	100.0%	120	100.0%

Tabla 17: Síndromes clínicos de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Síndromes clínicos de acuerdo al rango de edades									
Rango de edad	Síndromes clínicos								Total de frecuencia
	SFL	SDDI	SDHL	SDM	SDASI	SEEL	SIL	Ninguno	
18-30 años	7 (26.9%)	0 (0.0%)	9 (34.6%)	7 (26.9%)	2 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	26
31-40 años	21 (40.4%)	4 (7.7%)	18 (34.6%)	5 (9.6%)	2 (3.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (3.8%)	52
41-50 años	36 (33.0%)	14 (12.8%)	33 (30.3%)	18 (16.5%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (5.5%)	109
51-60 años	32 (30.5%)	17 (16.2%)	36 (34.3%)	18 (17.1%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	105
61-70 años	17 (19.5%)	14 (16.1%)	35 (40.2%)	10 (11.5%)	7 (8.0%)	3 (3.4%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	87
71-80 años	13 (25.5%)	13 (25.5%)	15 (29.4%)	5 (9.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	3 (5.9%)	51
81-90 años	1 (16.7%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6
91-100 años	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Total de frecuencia	127	64	149	63	16	4	0	14	437

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes en cada rango de edad (por fila), para reflejar la proporción de presentación de los distintos síndromes clínicos en cada grupo etario.

SFL: Síndrome facetario lumbar, SDDI: Síndrome por degeneración del disco intervertebral, SDHL: Síndrome por disco herniado lumbar, SDM: Síndrome de dolor miofascial, SDASI: Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca, SEEL: Síndrome por estenosis espinal lumbar, SIL: Síndrome Inflamatorio lumbar

Tabla 18: Síndromes clínicos de acuerdo a las comorbilidades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Síndromes clínicos de acuerdo a las comorbilidades									
Comorbilidades	Síndromes clínicos								Total de respuestas
	SFL	SDDI	SDHL	SDM	SDASI	SEEL	SIL	Ninguno	
Ninguna	54 (32.5%)	23 (13.9%)	49 (29.5%)	29 (17.5%)	6 (3.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (3.0%)	166
Hipertensión arterial	43 (24.7%)	28 (16.1%)	66 (37.9%)	21 (12.1%)	6 (3.4%)	4 (2.3%)	0 (0.0%)	6 (3.4%)	174
Diabetes Mellitus	13 (24.5%)	5 (9.4%)	22 (41.5%)	8 (15.1%)	3 (5.7%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	53
Sobrepeso/ Obesidad	13 (38.2%)	3 (8.8%)	13 (38.2%)	3 (8.8%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	34
Hipotiroidismo/ Hipertiroidismo	7 (18.9%)	8 (21.6%)	21 (56.8%)	1 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	37
Insuficiencia venosa profunda	12 (27.3%)	7 (15.9%)	13 (29.5%)	6 (13.6%)	3 (6.8%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)	2 (4.5%)	44
Cardiopatía	3 (33.3%)	1 (11.1%)	5 (55.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
Enfermedad pulmonar	7 (25.0%)	5 (17.9%)	12 (42.9%)	2 (7.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7.1%)	28
Enfermedad reumatológica	0 (0.0%)	2 (40.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Cáncer	3 (50.0%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6
Otras: Arritmia, Evento vasculocerebral, Insuficiencia renal crónica, Dislipidemia, Epilepsia, Enfermedad psiquiátrica, Hepatopatía, Leucemia, mieloma múltiple, Falcemia	6 (23.1%)	5 (19.2%)	9 (34.6%)	2 (7.7%)	2 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7.7%)	26
Total de respuestas	161	88	214	73	20	7	0	19	582

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes con cada comorbilidad (por fila). Dado que un mismo paciente puede presentar múltiples comorbilidades, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

SFL: Síndrome facetario lumbar, SDDI: Síndrome por degeneración del disco intervertebral, SDHL: Síndrome por disco herniado lumbar, SDM: Síndrome de dolor miofascial, SDASI: Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca, SEEL: Síndrome por estenosis espinal lumbar, SIL: Síndrome Inflamatorio lumbar

Tabla 19: Síndromes clínicos de acuerdo al tipo de actividad laboral de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Síndromes clínicos de acuerdo al tipo de actividad laboral						
Síndromes clínicos	Tipo de actividad laboral					Total de frecuencia
	Trabajo de Oficina/ Escritorio	Trabajo de campo	Trabajo operativo/manual	Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo)	Actividad pasiva no laboral	
Síndrome facetario lumbar	33 (36.3%)	1 (4.8%)	9 (36.0%)	73 (28.9%)	11 (23.4%)	127
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	10 (11.0%)	2 (9.5%)	2 (8.0%)	39 (15.4%)	11 (23.4%)	64
Síndrome por disco herniado lumbar	27 (29.7%)	10 (47.6%)	9 (36.0%)	86 (34.0%)	17 (36.2%)	149
Síndrome de dolor miofascial	12 (13.2%)	6 (28.6%)	4 (16.0%)	37 (14.6%)	4 (8.5%)	63
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	5 (5.5%)	1 (4.8%)	0 (0.0%)	8 (3.2%)	2 (4.3%)	16
Síndrome por estenosis espinal lumbar	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (1.6%)	0 (0.0%)	4
Síndrome Inflamatorio lumbar	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Ninguno	4 (4.4%)	1 (4.8%)	1 (4.0%)	6 (2.4%)	2 (4.3%)	14
Total de frecuencia	91	21	25	253	47	437

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes en cada tipo de actividad laboral (por columna).

Tabla 20: Tipo de actividad física de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de actividad física de acuerdo a los síndromes clínicos					
Síndromes clínicos	Tipo de actividad física				Total de respuestas
	Ninguna	Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.)	Ejercicio de fuerza muscular	Ejercicio de estiramiento	
Síndrome facetario lumbar	90 (68.2%)	36 (27.3%)	5 (3.8%)	1 (0.8%)	132
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	49 (75.4%)	15 (23.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	65
Síndrome por disco herniado lumbar	112 (73.7%)	37 (24.3%)	3 (2.0%)	0 (0.0%)	152
Síndrome de dolor miofascial	48 (72.7%)	13 (19.7%)	5 (7.6%)	0 (0.0%)	66
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	9 (47.4%)	7 (36.8%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)	19
Síndrome por estenosis espinal lumbar	3 (75.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Síndrome Inflamatorio lumbar	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Ninguno	8 (57.1%)	5 (35.7%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	14
Total de respuestas	319	114	17	2	452

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes con cada síndrome clínico (por fila). Dado que un mismo paciente puede realizar más de un tipo de actividad física, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes

Tabla 21: Síndromes clínicos de acuerdo al tipo de deporte de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Síndromes clínicos de acuerdo al Tipo de deporte									
Síndromes clínicos	Tipo de deporte								Total de frecuencia
	Ninguno	Voleibol	Baloncesto	Futbol	Ciclismo	Softball	Natación	Otros	
Síndrome facetario lumbar	120 (28.6%)	1 (50.0%)	1 (25.0%)	1 (100%)	1 (20.0%)	1 (50.0%)	2 (66.7%)	0 (0.0%)	127
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	63 (15.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	64
Síndrome por disco herniado lumbar	144 (34.3%)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (40.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	149
Síndrome de dolor miofascial	61 (14.5%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	63
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	14 (3.3%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	16
Síndrome por estenosis espinal lumbar	4 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Síndrome Inflamatorio lumbar	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Ninguno	14 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14
Total de frecuencia	420	2	4	1	5	2	3	0	437

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes en cada tipo de deporte (por columna).

Tabla 22: Tratamiento conservador previo de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tratamiento conservador previo	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=437)
Ninguno	136	31.1%
Medicamentos	298	68.2%
Terapia física	18	4.1%
Terapia acuática	1	0.2%
Otros: Ajustes quiroprácticos, Acupuntura	0	0.0%
Total de respuestas	453	103.7%

Nota: Los pacientes pueden presentar más de un tratamiento conservador previo, por lo que los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de paciente.

Tabla 23: Tratamiento conservador previo de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tratamiento conservador previo de acuerdo a los síndromes clínicos						
Síndromes clínicos	Tratamiento conservador previo					Total de respuestas
	Ninguno	Medicamentos	Terapia física	Terapia acuática	Otros: Ajustes quiroprácticos, Acupuntura	
Síndrome facetario lumbar	57 (44.5%)	68 (53.1%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	128
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	14 (20.3%)	50 (72.5%)	5 (7.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	69
Síndrome por disco herniado lumbar	38 (24.2%)	110 (70.1%)	8 (5.1%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	157
Síndrome de dolor miofascial	18 (28.1%)	45 (70.3%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	64
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	5 (29.4%)	11 (64.7%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17
Síndrome por estenosis espinal lumbar	2 (50.0%)	2 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Síndrome Inflamatorio lumbar	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Ninguno	2 (14.3%)	12 (85.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14
Total de respuestas	136	298	18	1	0	453

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes con cada síndrome clínico (por fila). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un tratamiento conservador, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes

Tabla 24: Tipos de Estudios de imágenes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipos de Estudios de imágenes	Frecuencia	Porcentaje
Radiografía simple	38	8.7%
Tomografía axial computarizada simple	76	17.4%
Resonancia magnética simple	203	46.5%
Radiografía simple, Resonancia magnética simple	82	18.8%
Radiografía simple, Tomografía axial computarizada simple	9	2.1%
Radiografía simple, Tomografía axial computarizada simple, Resonancia magnética simple	10	2.3%
Tomografía axial computarizada simple, Resonancia magnética simple	19	4.3%
Total	437	100.0%

Tabla 25: Tipo de estudio de imágenes de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de estudio de imágenes de acuerdo al rango de edades									
Tipo de estudio de imágenes	Rango de edades								Total de frecuencia
	18-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	61-70 años	71-80 años	81-90 años	91-100 años	
Radiografía simple	4 (15.4%)	3 (5.8%)	11 (10.1%)	5 (4.8%)	10 (11.5%)	4 (7.8%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	38
Tomografía axial computarizada simple	4 (15.4%)	11 (21.2%)	15 (13.8%)	21 (20.0%)	10 (11.5%)	12 (23.5%)	2 (33.3%)	1 (100.0%)	76
Resonancia magnética simple	5 (19.2%)	26 (50.0%)	59 (54.1%)	56 (53.3%)	33 (37.9%)	22 (43.1%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	203
Radiografía simple, Resonancia magnética simple	6 (23.1%)	9 (17.3%)	18 (16.5%)	17 (16.2%)	21 (24.1%)	10 (19.6%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	82
Radiografía simple, Tomografía axial computarizada simple	3 (11.5%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	2 (1.9%)	2 (2.3%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
Radiografía simple, Tomografía axial computarizada simple, Resonancia magnética simple	3 (11.5%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)	2 (1.9%)	3 (3.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10
Tomografía axial computarizada simple, Resonancia magnética simple	1 (3.8%)	3 (5.8%)	3 (2.8%)	2 (1.9%)	8 (9.2%)	2 (3.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	19
Total de frecuencia	26	52	109	105	87	51	6	1	437

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes dentro de cada rango de edad (por columna) para mostrar la distribución de los distintos tipos de estudios de imagen según el grupo etario.

Tabla 26: Tipo de estudio de imágenes de acuerdo al motivo de consulta de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Tipo de estudio de imágenes de acuerdo al motivo de consulta								
Tipo de estudio de imágenes	Motivo de consulta							Total de respuestas
	Dolor de espalda baja	Dolor de la(s) pierna(s)	Dolor en glúteo	Parestesias/ Adormecimiento	Debilidad muscular	Limitación funcional	Dificultad para caminar	
Radiografía simple	38 (8.9%)	16 (6.2%)	1 (9.1%)	3 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	58
Tomografía axial computarizada simple	73 (17.2%)	42 (16.2%)	2 (18.2%)	22 (16.3%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	140
Resonancia magnética simple	195 (45.9%)	132 (50.8%)	5 (45.5%)	80 (59.3%)	9 (64.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	421
Radiografía simple, Resonancia magnética simple	82 (19.3%)	52 (20.0%)	2 (18.2%)	25 (18.5%)	4 (28.6%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	167
Radiografía simple, Tomografía axial computarizada simple	9 (2.1%)	4 (1.5%)	1 (9.1%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15
Radiografía simple, Tomografía axial computarizada simple, Resonancia magnética simple	9 (2.1%)	4 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14
Tomografía axial computarizada simple, Resonancia magnética simple	19 (4.5%)	10 (3.8%)	0 (0.0%)	3 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	32
Total de respuestas	425	260	11	135	14	1	1	847

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de pacientes por cada motivo de consulta (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un motivo de consulta, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 27: Estudios de imágenes de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Estudios de imágenes de acuerdo a los síndromes clínicos								
Síndromes clínicos	Tipos de Estudios de imágenes							Total de respuestas
	Radiografía simple	TAC simple	RMN simple	Radiografía simple, RMN simple	Radiografía simple, TAC simple	Radiografía simple, TAC simple, RMN simple	TAC simple, RMN simple	
Síndrome facetario lumbar	11 (8.7%)	26 (20.5%)	59 (46.5%)	25 (19.7%)	2 (1.6%)	1 (0.8%)	3 (2.4%)	127
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	10 (15.6%)	13 (20.3%)	27 (42.2%)	8 (12.5%)	2 (3.1%)	1 (1.6%)	3 (4.7%)	64
Síndrome por disco herniado lumbar	4 (2.7%)	17 (11.4%)	81 (54.4%)	31 (20.8%)	1 (0.7%)	4 (2.7%)	11 (7.4%)	149
Síndrome de dolor miofascial	10 (15.9%)	14 (22.2%)	24 (38.1%)	10 (15.9%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)	1 (1.6%)	63
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	1 (6.3%)	3 (18.8%)	4 (25.0%)	5 (31.3%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	16
Síndrome por estenosis espinal lumbar	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	4
Síndrome Inflamatorio lumbar	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Ninguno	1 (7.1%)	3 (21.4%)	8 (57.1%)	1 (7.1%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14
Total de respuestas	38	76	203	82	9	10	19	437

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada síndrome clínico (por fila).

RMN = Resonancia magnética nuclear, TAC = Tomografía axial computarizada

Tabla 28: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=437)
Sin hallazgos	12	2.7%
Desviación de la columna lumbar	64	14.6%
Pinzamiento discal	12	2.7%
Rectificación de la lordosis lumbar	70	16.0%
Degeneración discal	210	48.1%
Espondiloartrosis	304	69.6%
Cambios Modic	53	12.1%
Nódulo de Schmorl	15	3.4%
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	201	46.0%
Protrusión discal central	113	25.9%
Protrusión discal foraminal sin estenosis	21	4.8%
Protrusión discal foraminal con estenosis	154	35.2%
Extrusión discal no migrada	3	0.7%
Extrusión discal migrada	9	2.1%
Secuestro discal	1	0.2%
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	38	8.7%
Estenosis espinal lumbar	10	2.3%
Aumento de señal en articulación facetaria	5	1.1%
Degeneración facetaria	203	46.5%
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0	0.0%
Espondilolisis	3	0.7%
Espondilolistesis	28	6.4%
Fractura vertebral	4	0.9%
Espondilodiscitis	0	0.0%
Tumores	1	0.2%
Sacroileitis	12	2.7%
Espina bífida	0	0.0%
Vertebra transicional lumbosacra	2	0.5%
Hipertrofia del ligamento amarillo	3	0.7%
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	76	17.4%
Total de respuestas	1627	372.3%

Nota: Los pacientes pueden presentar más de un hallazgo reportado en estudio de imagen, por lo que los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de paciente.

Tabla 29: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen	Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo al rango de edades								Total de respuestas
	Rango de edades								
	18-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	61-70 años	71-80 años	81-90 años	91-100 años	
Sin hallazgos	1 (1.8%)	3 (2.3%)	5 (1.5%)	2 (0.5%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12
Desviación de la columna lumbar	7 (12.7%)	5 (3.9%)	14 (4.1%)	9 (2.3%)	16 (3.9%)	11 (4.3%)	2 (6.1%)	0 (0.0%)	64
Pinzamiento discal	1 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (1.0%)	6 (1.5%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12
Rectificación de la lordosis lumbar	8 (14.5%)	5 (3.9%)	18 (5.3%)	13 (3.3%)	15 (3.7%)	8 (3.1%)	2 (6.1%)	1 (16.7%)	70
Degeneración discal	4 (7.3%)	11 (8.5%)	36 (10.5%)	58 (14.6%)	62 (15.2%)	34 (13.2%)	5 (15.2%)	0 (0.0%)	210
Espondiloartrosis	2 (3.6%)	16 (12.4%)	59 (17.3%)	89 (22.5%)	80 (19.6%)	51 (19.8%)	6 (18.2%)	1 (16.7%)	304
Cambios Modic	0 (0.0%)	5 (3.9%)	10 (2.9%)	8 (2.0%)	19 (4.7%)	11 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	53
Nódulo de Schmorl	1 (1.8%)	1 (0.8%)	3 (0.9%)	2 (0.5%)	2 (0.5%)	5 (1.9%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	15
Desbordamiento/ Abombamiento discal difuso	10 (18.2%)	24 (18.6%)	38 (11.1%)	50 (12.6%)	44 (10.8%)	31 (12.0%)	4 (12.1%)	0 (0.0%)	201
Protrusión discal central	6 (10.9%)	16 (12.4%)	32 (9.4%)	32 (8.1%)	16 (3.9%)	9 (3.5%)	1 (3.0%)	1 (16.7%)	113
Protrusión discal foraminal sin estenosis	1 (1.8%)	4 (3.1%)	6 (1.8%)	5 (1.3%)	2 (0.5%)	2 (0.8%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	21
Protrusión discal foraminal con estenosis	5 (9.1%)	12 (9.3%)	37 (10.8%)	39 (9.8%)	41 (10.0%)	19 (7.4%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	154
Extrusión discal no migrada	1 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Extrusión discal migrada	0 (0.0%)	1 (0.8%)	2 (0.6%)	3 (0.8%)	3 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
Secuestro discal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	3 (5.5%)	7 (5.4%)	13 (3.8%)	9 (2.3%)	4 (1.0%)	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	38
Estenosis espinal lumbar	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (1.0%)	3 (1.2%)	1 (3.0%)	1 (16.7%)	10
Aumento de señal en articulación facetaria	0 (0.0%)	1 (0.8%)	3 (0.9%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Degeneración facetaria	1 (1.8%)	9 (7.0%)	43 (12.6%)	51 (12.9%)	58 (14.2%)	37 (14.3%)	3 (9.1%)	1 (16.7%)	203
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Espondilolisis	1 (1.8%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Espondilolistesis	2 (3.6%)	2 (1.6%)	1 (0.3%)	5 (1.3%)	7 (1.7%)	8 (3.1%)	3 (9.1%)	0 (0.0%)	28
Fractura vertebral	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	3 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)	2 (0.5%)	4 (1.0%)	3 (1.2%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	12
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Hipertrofia del ligamento amarillo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	3
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	1 (1.8%)	5 (3.9%)	19 (5.6%)	11 (2.8%)	22 (5.4%)	16 (6.2%)	1 (3.0%)	1 (16.7%)	76
Total de respuestas	55	129	342	396	408	258	33	6	1627

Nota de tabla 29: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas dentro de cada grupo de edad (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo reportado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 30: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo al motivo de consulta de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo al motivo de consulta								
Hallazgos reportados en estudio de imagen	Motivo de consulta							Total de respuestas
	Dolor de espalda baja	Dolor de la(s) pierna(s)	Dolor en glúteo	Parestesias/ Adormecimiento	Debilidad muscular	Limitación funcional	Dificultad para caminar	
Sin hallazgos	11 (0.7%)	6 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	18
Desviación de la columna lumbar	63 (4.0%)	36 (3.7%)	1 (2.4%)	14 (2.7%)	2 (3.0%)	1 (50.0%)	1 (11.1%)	118
Pinzamiento discal	11 (0.7%)	7 (0.7%)	1 (2.4%)	3 (0.6%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	24
Rectificación de la lordosis lumbar	69 (4.4%)	41 (4.2%)	2 (4.9%)	17 (3.2%)	5 (7.5%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	135
Degeneración discal	204 (12.9%)	128 (13.1%)	7 (17.1%)	73 (13.9%)	11 (16.4%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	424
Espondiloartrosis	294 (18.6%)	182 (18.6%)	9 (22.0%)	96 (18.3%)	12 (17.9%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	594
Cambios Modic	52 (3.3%)	30 (3.1%)	0 (0.0%)	19 (3.6%)	4 (6.0%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	106
Nódulo de Schmorl	14 (0.9%)	8 (0.8%)	1 (2.4%)	2 (0.4%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	26
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	196 (12.4%)	135 (13.8%)	5 (12.2%)	63 (12.0%)	4 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	403
Protrusión discal central	110 (7.0%)	72 (7.4%)	0 (0.0%)	40 (7.6%)	3 (4.5%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	226
Protrusión discal foraminal sin estenosis	21 (1.3%)	11 (1.1%)	0 (0.0%)	6 (1.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	39
Protrusión discal foraminal con estenosis	147 (9.3%)	90 (9.2%)	3 (7.3%)	55 (10.5%)	8 (11.9%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	304
Extrusión discal no migrada	3 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Extrusión discal migrada	9 (0.6%)	7 (0.7%)	0 (0.0%)	3 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	19
Secuestro discal	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	38 (2.4%)	22 (2.2%)	2 (4.9%)	17 (3.2%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	80
Estenosis espinal lumbar	8 (0.5%)	7 (0.7%)	0 (0.0%)	4 (0.8%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	21
Aumento de señal en articulación facetaria	5 (0.3%)	3 (0.3%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10
Degeneración facetaria	196 (12.4%)	123 (12.6%)	7 (17.1%)	68 (13.0%)	10 (14.9%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	405

Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Espondilolisis	3 (0.2%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7
Espondilolistesis	28 (1.8%)	21 (2.1%)	0 (0.0%)	11 (2.1%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	62
Fractura vertebral	4 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Sacroileitis	11 (0.7%)	6 (0.6%)	1 (2.4%)	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	20
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	2 (0.1%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Hipertrofia del ligamento amarillo	3 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	75 (4.7%)	36 (3.7%)	2 (4.9%)	25 (4.8%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	139
Total de respuestas	1579	979	41	525	67	2	9	3202

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas para cada motivo de consulta (por columna). Dado que los pacientes pueden presentar múltiples hallazgos y presentar más de un motivo de consulta, se permite más de una respuesta por persona en ambas variables y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 31: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo a las comorbilidades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo a las comorbilidades												
Hallazgos reportados en estudio de imagen	Comorbilidades											Total de respuestas
	Ninguna	HTA	DM	SP/OB	HIPOT/HIPERT	IVP	CDP	EP	ER	CA	Otras	
Sin hallazgos	10 (1.9%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12
Desviación de la columna lumbar	22 (4.2%)	29 (3.9%)	8 (3.5%)	7 (5.8%)	5 (3.2%)	5 (2.6%)	1 (2.4%)	4 (3.5%)	2 (14.3%)	1 (3.7%)	5 (5.2%)	89
Pinzamiento discal	3 (0.6%)	5 (0.7%)	2 (0.9%)	1 (0.8%)	1 (0.6%)	2 (1.0%)	1 (2.4%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	18

Rectificación de la lordosis lumbar	27 (5.1%)	34 (4.6%)	12 (5.2%)	5 (4.2%)	7 (4.5%)	6 (3.1%)	3 (7.1%)	3 (2.7%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	7 (7.3%)	105
Degeneración discal	60 (11.4%)	98 (13.3%)	33 (14.3%)	15 (12.5%)	18 (11.5%)	27 (14.1%)	5 (11.9%)	15 (13.3%)	2 (14.3%)	5 (18.5%)	12 (12.5%)	290
Espondiloartrosis	82 (15.6%)	156 (21.2%)	49 (21.2%)	26 (21.7%)	32 (20.4%)	37 (19.4%)	8 (19.0%)	22 (19.5%)	3 (21.4%)	5 (18.5%)	22 (22.9%)	442
Cambios Modic	19 (3.6%)	26 (3.5%)	6 (2.6%)	1 (0.8%)	3 (1.9%)	5 (2.6%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	1 (7.1%)	4 (14.8%)	1 (1.0%)	69
Nódulo de Schmorl	4 (0.8%)	8 (1.1%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	4 (2.5%)	3 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.1%)	23
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	79 (15.0%)	81 (11.0%)	28 (12.1%)	16 (13.3%)	18 (11.5%)	23 (12.0%)	4 (9.5%)	8 (7.1%)	1 (7.1%)	1 (3.7%)	10 (10.4%)	269
Protrusión discal central	47 (8.9%)	35 (4.8%)	7 (3.0%)	8 (6.7%)	11 (7.0%)	13 (6.8%)	2 (4.8%)	12 (10.6%)	0 (0.0%)	2 (7.4%)	4 (4.2%)	141
Protrusión discal foraminal sin estenosis	8 (1.5%)	7 (1.0%)	4 (1.7%)	2 (1.7%)	3 (1.9%)	2 (1.0%)	1 (2.4%)	3 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	31
Protrusión discal foraminal con estenosis	49 (9.3%)	71 (9.7%)	19 (8.2%)	8 (6.7%)	13 (8.3%)	18 (9.4%)	3 (7.1%)	9 (8.0%)	1 (7.1%)	4 (14.8%)	7 (7.3%)	202
Extrusión discal no migrada	0 (0.0%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Extrusión discal migrada	2 (0.4%)	5 (0.7%)	1 (0.4%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.8%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.1%)	15
Secuestro discal	0 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	18 (3.4%)	11 (1.5%)	4 (1.7%)	1 (0.8%)	2 (1.3%)	5 (2.6%)	0 (0.0%)	4 (3.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	46
Estenosis espinal lumbar	1 (0.2%)	7 (1.0%)	4 (1.7%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	4 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17
Aumento de señal en articulación facetaria	3 (0.6%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	5
Degeneración facetaria	57 (10.8%)	98 (13.3%)	34 (14.7%)	14 (11.7%)	23 (14.6%)	27 (14.1%)	7 (16.7%)	18 (15.9%)	1 (7.1%)	3 (11.1%)	12 (12.5%)	294
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Espondilolisis	2 (0.4%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Espondilolistesis	6 (1.1%)	17 (2.3%)	5 (2.2%)	3 (2.5%)	6 (3.8%)	1 (0.5%)	1 (2.4%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)	1 (3.7%)	2 (2.1%)	43
Fractura vertebral	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	5
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	2 (0.4%)	7 (1.0%)	3 (1.3%)	1 (0.8%)	1 (0.6%)	2 (1.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	18
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Hipertrofia del ligamento amarillo	1 (0.2%)	1 (0.1%)	1 (0.4%)	1 (0.8%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6

Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	23 (4.4%)	31 (4.2%)	9 (3.9%)	9 (7.5%)	9 (5.7%)	11 (5.8%)	2 (4.8%)	4 (3.5%)	1 (7.1%)	1 (3.7%)	4 (4.2%)	104
Total de respuestas	527	735	231	120	157	191	42	113	14	27	96	2253

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas para cada comorbilidad (por columna). Dado que los pacientes pueden presentar múltiples hallazgos y presentar más de una comorbilidad, se permite más de una respuesta por persona en ambas variables y el total de respuestas supera el número de pacientes.

HTA: Hipertensión arterial, DM: Diabetes mellitus, SP/OB: Sobrepeso/Obesidad, HIPOT/HIPERT: Hipotiroidismo/Hipertiroidismo, IVP: Insuficiencia venosa profunda, CDP: Cardiopatía, EP: Enfermedad pulmonar, ER: Enfermedad reumatológica, CA: Cáncer, Otras: Arritmia, Evento vasculocerebral, Insuficiencia renal crónica, Dislipidemia, Epilepsia, Enfermedad psiquiátrica, Hepatopatía, Leucemia, mieloma múltiple, Falcemia.

Tabla 32: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo al tipo de actividad laboral de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo al tipo de actividad laboral						
Hallazgos reportados en estudio de imagen	Tipo de actividad laboral					Total de respuestas
	Trabajo de Oficina/ Escritorio	Trabajo de campo	Trabajo operativo/manual	Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo)	Actividad pasiva no laboral	
Sin hallazgos	5 (1.7%)	2 (2.8%)	0 (0.0%)	5 (0.5%)	0 (0.0%)	12
Desviación de la columna lumbar	11 (3.7%)	2 (2.8%)	5 (5.7%)	35 (3.7%)	11 (4.8%)	64
Pinzamiento discal	2 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	8 (0.9%)	1 (0.4%)	12
Rectificación de la lordosis lumbar	13 (4.3%)	5 (6.9%)	4 (4.5%)	40 (4.3%)	8 (3.5%)	70
Degeneración discal	36 (12.0%)	9 (12.5%)	11 (12.5%)	122 (13.0%)	32 (13.9%)	210
Espondiloartrosis	52 (17.3%)	15 (20.8%)	19 (21.6%)	173 (18.5%)	45 (19.5%)	304
Cambios Modic	10 (3.3%)	3 (4.2%)	3 (3.4%)	29 (3.1%)	8 (3.5%)	53
Nódulo de Schmorl	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (1.0%)	5 (2.2%)	15

Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	42 (14.0%)	8 (11.1%)	11 (12.5%)	110 (11.8%)	30 (13.0%)	201
Protrusión discal central	30 (10.0%)	4 (5.6%)	6 (6.8%)	66 (7.1%)	7 (3.0%)	113
Protrusión discal foraminal sin estenosis	6 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (2.3%)	10 (1.1%)	3 (1.3%)	21
Protrusión discal foraminal con estenosis	24 (8.0%)	10 (13.9%)	9 (10.2%)	99 (10.6%)	12 (5.2%)	154
Extrusión discal no migrada	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.4%)	3
Extrusión discal migrada	3 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (0.5%)	1 (0.4%)	9
Secuestro discal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	1
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	7 (2.3%)	1 (1.4%)	2 (2.3%)	27 (2.9%)	1 (0.4%)	38
Estenosis espinal lumbar	2 (0.7%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	4 (0.4%)	3 (1.3%)	10
Aumento de señal en articulación facetaria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	4 (0.4%)	0 (0.0%)	5
Degeneración facetaria	32 (10.7%)	10 (13.9%)	10 (11.4%)	117 (12.5%)	34 (14.7%)	203
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Espondilolisis	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	3
Espondilolistesis	8 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (1.1%)	10 (4.3%)	28
Fractura vertebral	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)	4
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (1.0%)	3 (1.3%)	12
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	2
Hipertrofia del ligamento amarillo	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.4%)	3
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	11 (3.7%)	1 (1.4%)	3 (3.4%)	49 (5.2%)	12 (5.2%)	76
Total de respuestas	300	72	88	936	231	1627

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada tipo de actividad laboral (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo reportado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 33: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo al tipo de actividad física de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo al tipo de actividad física					
Hallazgos reportados en estudio de imagen	Tipo de actividad física				Total de respuestas
	Ninguna	Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.)	Ejercicio de fuerza muscular	Ejercicio de estiramiento	
Sin hallazgos	10 (0.8%)	2 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12
Desviación de la columna lumbar	48 (4.0%)	14 (3.4%)	7 (12.3%)	0 (0.0%)	69
Pinzamiento discal	10 (0.8%)	2 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12
Rectificación de la lordosis lumbar	50 (4.2%)	18 (4.3%)	5 (8.8%)	1 (9.1%)	74
Degeneración discal	155 (12.9%)	54 (12.9%)	4 (7.0%)	2 (18.2%)	215
Espondiloartrosis	229 (19.1%)	74 (17.7%)	8 (14.0%)	2 (18.2%)	313
Cambios Modic	39 (3.3%)	13 (3.1%)	1 (1.8%)	1 (9.1%)	54
Nódulo de Schmorl	13 (1.1%)	2 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	142 (11.9%)	57 (13.7%)	10 (17.5%)	0 (0.0%)	209
Protrusión discal central	79 (6.6%)	33 (7.9%)	5 (8.8%)	0 (0.0%)	117
Protrusión discal foraminal sin estenosis	18 (1.5%)	3 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	21
Protrusión discal foraminal con estenosis	111 (9.3%)	42 (10.1%)	4 (7.0%)	2 (18.2%)	159
Extrusión discal no migrada	2 (0.2%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Extrusión discal migrada	8 (0.7%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
Secuestro discal	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	26 (2.2%)	12 (2.9%)	2 (3.5%)	0 (0.0%)	40
Estenosis espinal lumbar	9 (0.8%)	1 (0.2%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	11
Aumento de señal en articulación facetaria	5 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Degeneración facetaria	147 (12.3%)	55 (13.2%)	6 (10.5%)	2 (18.2%)	210
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Espondilolisis	2 (0.2%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Espondilolistesis	20 (1.7%)	8 (1.9%)	2 (3.5%)	0 (0.0%)	30
Fractura vertebral	3 (0.3%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	9 (0.8%)	3 (0.7%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	13
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Hipertrofia del ligamento amarillo	3 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, diverticulos, osteopenia radiológica	55 (4.6%)	20 (4.8%)	1 (1.8%)	1 (9.1%)	77
Total de respuestas	1197	417	57	11	1682

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas para cada tipo de actividad física (por columna). Dado que los pacientes pueden presentar múltiples hallazgos y presentar más de un tipo de actividad física, se permite más de una respuesta por persona en ambas variables y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 34: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo al tipo de deporte de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo a los tipos de deporte									
Hallazgos reportados en estudio de imagen	Tipo de deportes								Total de respuestas
	Ninguno	Voleibol	Baloncesto	Futbol	Ciclismo	Softball	Natación	Otros: Atletismo, Golf, Gimnasia, Tenis	
Sin hallazgos	12 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	12
Desviación de la columna lumbar	64 (4.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	64
Pinzamiento discal	11 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	12
Rectificación de la lordosis lumbar	64 (4.1%)	1 (20.0%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	70
Degeneración discal	206 (13.1%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	210
Espondiloartrosis	297 (18.8%)	1 (20.0%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)	3 (16.7%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	304
Cambios Modic	51 (3.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	53
Nódulo de Schmorl	15 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	15
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	192 (12.2%)	0 (0.0%)	3 (27.3%)	1 (100.0%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	3 (42.9%)	0 (0%)	201
Protrusión discal central	107 (6.8%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	5 (27.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	113
Protrusión discal foraminal sin estenosis	21 (1.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	21
Protrusión discal foraminal con estenosis	149 (9.4%)	1 (20.0%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	0 (0%)	154
Extrusión discal no migrada	3 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	3
Extrusión discal migrada	9 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	9
Secuestro discal	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	1
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	35 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	38
Estenosis espinal lumbar	9 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	10

Aumento de señal en articulación facetaria	5 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	5
Degeneración facetaria	200 (12.7%)	1 (20.0%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	203
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0
Espondilolisis	3 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	3
Espondilolistesis	27 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	28
Fractura vertebral	4 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	4
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0
Tumores	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	1
Sacroileitis	12 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	12
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	2 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	2
Hipertrofia del ligamento amarillo	3 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	3
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, diverticulos, osteopenia radiológica	75 (4.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0%)	76
Total de respuestas	1578	5	11	1	18	7	7	0	1627

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada tipo de deporte (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo reportado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 35: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo a los Síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo a los Síndromes clínicos									
Hallazgos reportados en estudio de imagen	Síndromes clínicos								Total de respuestas
	SFL	SDDI	SDHL	SDM	SDASI	SEEL	SIL	Ninguno	
Sin hallazgos	5 (1.2%)	1 (0.4%)	1 (0.2%)	4 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)	12
Desviación de la columna lumbar	17 (4.1%)	11 (4.3%)	18 (2.9%)	10 (5.1%)	4 (6.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	2 (4.2%)	64
Pinzamiento discal	2 (0.5%)	2 (0.8%)	5 (0.8%)	1 (0.5%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12
Rectificación de la lordosis lumbar	14 (3.3%)	11 (4.3%)	33 (5.3%)	7 (3.6%)	1 (1.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	2 (4.2%)	70
Degeneración discal	54 (12.9%)	32 (12.4%)	84 (13.5%)	23 (11.7%)	10 (16.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	5 (10.4%)	210
Espondiloartrosis	77 (18.4%)	49 (19.0%)	110 (17.7%)	41 (20.8%)	14 (23.3%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)	9 (18.8%)	304
Cambios Modic	11 (2.6%)	7 (2.7%)	27 (4.3%)	5 (2.5%)	1 (1.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	53
Nódulo de Schmorl	3 (0.7%)	5 (1.9%)	7 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	53 (12.6%)	34 (13.2%)	66 (10.6%)	29 (14.7%)	12 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (14.6%)	201
Protrusión discal central	28 (6.7%)	16 (6.2%)	49 (7.9%)	13 (6.6%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (10.4%)	113
Protrusión discal foraminal sin estenosis	5 (1.2%)	6 (2.3%)	7 (1.1%)	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)	21
Protrusión discal foraminal con estenosis	46 (11.0%)	18 (7.0%)	65 (10.4%)	17 (8.6%)	2 (3.3%)	3 (13.6%)	0 (0.0%)	3 (6.2%)	154
Extrusión discal no migrada	0 (0.0%)	1 (0.4%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Extrusión discal migrada	1 (0.2%)	1 (0.4%)	7 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
Secuestro discal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	12 (2.9%)	5 (1.9%)	13 (2.1%)	6 (3.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)	38
Estenosis espinal lumbar	1 (0.2%)	1 (0.4%)	3 (0.5%)	3 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10
Aumento de señal en articulación facetaria	3 (0.7%)	1 (0.4%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Degeneración facetaria	51 (12.2%)	25 (9.7%)	88 (14.1%)	23 (11.7%)	5 (8.3%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	9 (18.8%)	203
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Espondilolisis	0 (0.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3

Espondilolistesis	10 (2.4%)	5 (1.9%)	8 (1.3%)	3 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	28
Fractura vertebral	0 (0.0%)	3 (1.2%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	0 (0.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	2 (0.5%)	5 (1.9%)	1 (0.2%)	1 (0.5%)	3 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Hipertrofia del ligamento amarillo	2 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	21 (5.0%)	17 (6.6%)	24 (3.9%)	7 (3.6%)	4 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (6.2%)	76
Total de respuestas	419	258	623	197	60	22	0	48	1627

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada síndrome clínico (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo reportado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

SFL: Síndrome facetario lumbar, SDDI: Síndrome por degeneración del disco intervertebral, SDHL: Síndrome por disco herniado lumbar, SDM: Síndrome de dolor miofascial, SDASI: Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca, SEEL: Síndrome por estenosis espinal lumbar, SIL: Síndrome Inflamatorio lumbar

Tabla 36: Hallazgos reportados en los informes de los estudios de imagen de acuerdo a los tipos de estudios de imágenes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos reportados en estudio de imagen de acuerdo a los tipos de estudios de imágenes				
Hallazgos reportados en estudio de imagen	Tipos de estudios de imágenes			Total de respuestas
	Radiografía simple	Tomografía axial computarizada simple	Resonancia magnética simple	
Sin hallazgos	7 (2.39%)	1 (0.25%)	4 (0.31%)	12
Desviación de la columna lumbar	51 (17.41%)	6 (1.51%)	42 (3.24%)	99
Pinzamiento discal	10 (3.41%)	2 (0.5%)	0 (0.0%)	12
Rectificación de la lordosis lumbar	26 (8.87%)	28 (7.04%)	52 (4.01%)	106
Degeneración discal	62 (21.16%)	33 (8.29%)	191 (14.73%)	286
Espondiloartrosis	96 (32.76%)	85 (21.36%)	221 (17.04%)	402

Cambios Modic	14 (4.78%)	8 (2.01%)	53 (4.09%)	75
Nódulo de Schmorl	3 (1.02%)	9 (2.26%)	8 (0.62%)	20
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	0 (0.0%)	74 (18.59%)	145 (11.18%)	219
Protrusión discal central	0 (0.0%)	21 (5.28%)	102 (7.86%)	123
Protrusión discal foraminal sin estenosis	0 (0.0%)	5 (1.26%)	19 (1.46%)	24
Protrusión discal foraminal con estenosis	0 (0.0%)	29 (7.29%)	138 (10.64%)	167
Extrusión discal no migrada	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.23%)	3
Extrusión discal migrada	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (0.69%)	9
Secuestro discal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.08%)	1
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	0 (0.0%)	0 (0.0%)	38 (2.93%)	38
Estenosis espinal lumbar	0 (0.0%)	3 (0.75%)	9 (0.69%)	12
Aumento de señal en articulación facetaria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (0.39%)	5
Degeneración facetaria	0 (0.0%)	38 (9.55%)	184 (14.19%)	222
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Espondilolisis	1 (0.34%)	2 (0.5%)	2 (0.15%)	5
Espondilolistesis	14 (4.78%)	10 (2.51%)	16 (1.23%)	40
Fractura vertebral	2 (0.68%)	2 (0.5%)	2 (0.15%)	6
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.08%)	1
Sacroileitis	4 (1.37%)	11 (2.76%)	0 (0.0%)	15
Espina bífida	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Vertebra transicional lumbosacra	2 (0.68%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Hipertrofia del ligamento amarillo	1 (0.34%)	1 (0.25%)	1 (0.08%)	3
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	0 (0.0%)	30 (7.54%)	51 (3.93%)	81
Total de respuestas	293	398	1297	1988

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada tipo de estudio de imagen (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo reportado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 37: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Frecuencia	Porcentaje sobre total de pacientes (n=437)
Sin hallazgos	0	0.0%
Desviación de la columna lumbar	68	15.6%
Pinzamiento discal	66	15.1%
Rectificación de la lordosis lumbar	77	17.6%
Degeneración discal	250	57.2%
Espondiloartrosis	305	69.8%
Cambios Modic	111	25.4%
Nódulo de Schmorl	64	14.6%
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	198	45.3%
Protrusión discal central	110	25.2%
Protrusión discal foraminal sin estenosis	25	5.7%
Protrusión discal foraminal con estenosis	158	36.2%
Extrusión discal no migrada	11	2.5%
Extrusión discal migrada	22	5.0%
Secuestro discal	3	0.7%
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	104	23.8%
Estenosis espinal lumbar	25	5.7%
Aumento de señal en articulación facetaria	274	62.7%
Degeneración facetaria	307	70.3%
Infiltración grasa de músculos paraespinales	267	61.1%
Espondilolisis	5	1.1%
Espondilolistesis	35	8.0%
Fractura vertebral	5	1.1%
Espondilodiscitis	0	0.0%
Tumores	1	0.2%
Sacroileitis	39	8.9%
Espina bífida	2	0.5%
Vertebra transicional lumbosacra	13	3.0%
Hipertrofia del ligamento amarillo	35	8.0%
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	76	17.4%
Total de respuestas	2656	607.8%

Nota: Los pacientes pueden presentar más de un hallazgo evidenciado en estudio de imagen, por lo que los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de paciente.

Tabla 38: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo al rango de edades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo al rango de edades									
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Rango de edades								Total de respuestas
	18-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	61-70 años	71-80 años	81-90 años	91-100 años	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Desviación de la columna lumbar	8 (9.4%)	5 (2.2%)	17 (2.8%)	8 (1.2%)	17 (2.7%)	11 (2.8%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	68
Pinzamiento discal	5 (5.9%)	4 (1.8%)	18 (3.0%)	14 (2.1%)	18 (2.9%)	7 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	66
Rectificación de la lordosis lumbar	7 (8.2%)	7 (3.1%)	19 (3.2%)	18 (2.7%)	15 (2.4%)	8 (2.1%)	2 (4.7%)	1 (12.5%)	77
Degeneración discal	4 (4.7%)	19 (8.5%)	46 (7.6%)	66 (9.8%)	69 (11.0%)	40 (10.3%)	5 (11.6%)	1 (12.5%)	250
Espondiloartrosis	1 (1.2%)	17 (7.6%)	62 (10.3%)	88 (13.0%)	80 (12.7%)	50 (12.8%)	6 (14.0%)	1 (12.5%)	305
Cambios Modic	0 (0.0%)	7 (3.1%)	18 (3.0%)	31 (4.6%)	34 (5.4%)	19 (4.9%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	111
Nódulo de Schmorl	1 (1.2%)	4 (1.8%)	5 (0.8%)	20 (3.0%)	16 (2.5%)	16 (4.1%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	64
Desbordamiento/ Abombamiento discal difuso	12 (14.1%)	22 (9.8%)	40 (6.6%)	48 (7.1%)	42 (6.7%)	30 (7.7%)	4 (9.3%)	0 (0.0%)	198
Protrusión discal central	6 (7.1%)	15 (6.7%)	32 (5.3%)	31 (4.6%)	16 (2.5%)	8 (2.1%)	1 (2.3%)	1 (12.5%)	110
Protrusión discal foraminal sin estenosis	2 (2.4%)	4 (1.8%)	6 (1.0%)	7 (1.0%)	3 (0.5%)	2 (0.5%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)	25
Protrusión discal foraminal con estenosis	5 (5.9%)	13 (5.8%)	34 (5.6%)	40 (5.9%)	44 (7.0%)	21 (5.4%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)	158
Extrusión discal no migrada	1 (1.2%)	1 (0.4%)	3 (0.5%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)	4 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11
Extrusión discal migrada	0 (0.0%)	3 (1.3%)	5 (0.8%)	6 (0.9%)	5 (0.8%)	3 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	22
Secuestro discal	0 (0.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	4 (4.7%)	12 (5.4%)	33 (5.5%)	30 (4.4%)	20 (3.2%)	5 (1.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	104
Estenosis espinal lumbar	2 (2.4%)	1 (0.4%)	1 (0.2%)	4 (0.6%)	10 (1.6%)	5 (1.3%)	1 (2.3%)	1 (12.5%)	25
Aumento de señal en articulación facetaria	12 (14.1%)	33 (14.7%)	78 (12.9%)	69 (10.2%)	53 (8.4%)	27 (6.9%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	274
Degeneración facetaria	2 (2.4%)	20 (8.9%)	73 (12.1%)	88 (13.0%)	73 (11.6%)	46 (11.8%)	4 (9.3%)	1 (12.5%)	307
Infiltración grasa de músculos paraespinales	4 (4.7%)	24 (10.7%)	72 (11.9%)	73 (10.8%)	59 (9.4%)	32 (8.2%)	3 (7.0%)	0 (0.0%)	267
Espondilolisis	2 (2.4%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5

Espondilolistesis	2 (2.4%)	1 (0.4%)	1 (0.2%)	5 (0.7%)	9 (1.4%)	14 (3.6%)	3 (7.0%)	0 (0.0%)	35
Fractura vertebral	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	4 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	1 (1.2%)	2 (0.9%)	6 (1.0%)	8 (1.2%)	13 (2.1%)	7 (1.8%)	1 (2.3%)	1 (12.5%)	39
Espina bífida	1 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Vertebra transicional lumbosacra	2 (2.4%)	2 (0.9%)	5 (0.8%)	2 (0.3%)	1 (0.2%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13
Hipertrofia del ligamento amarillo	0 (0.0%)	1 (0.4%)	9 (1.5%)	5 (0.7%)	8 (1.3%)	10 (2.6%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	35
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, diverticulos, osteopenia radiológica	1 (1.2%)	5 (2.2%)	19 (3.2%)	11 (1.6%)	22 (3.5%)	16 (4.1%)	1 (2.3%)	1 (12.5%)	76
Total de respuestas	85	224	603	675	628	390	43	8	2656

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas dentro de cada grupo de edad (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo evidenciado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 39: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo al motivo de consulta de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo al motivo de consulta								
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Motivo de consulta							Total de respuestas
	Dolor de espalda baja	Dolor de la(s) pierna(s)	Dolor en glúteo	Parestesias/ Adormecimiento	Debilidad muscular	Limitación funcional	Dificultad para caminar	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Desviación de la columna lumbar	67 (2.6%)	67 (2.6%)	0 (0.0%)	15 (1.7%)	2 (1.9%)	1 (25.0%)	1 (7.7%)	153
Pinzamiento discal	65 (2.5%)	65 (2.6%)	1 (3.8%)	16 (1.8%)	2 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	149
Rectificación de la lordosis lumbar	75 (2.9%)	75 (3.0%)	1 (3.8%)	20 (2.3%)	5 (4.8%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	177
Degeneración discal	244 (9.5%)	244 (9.6%)	2 (7.7%)	87 (9.9%)	10 (9.5%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	588
Espondiloartrosis	295 (11.5%)	295 (11.6%)	3 (11.5%)	95 (10.8%)	11 (10.5%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	700

Cambios Modic	107 (4.2%)	107 (4.2%)	1 (3.8%)	36 (4.1%)	6 (5.7%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	258
Nódulo de Schmorl	62 (2.4%)	62 (2.4%)	1 (3.8%)	18 (2.1%)	4 (3.8%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	148
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	192 (7.5%)	192 (7.6%)	1 (3.8%)	63 (7.2%)	4 (3.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	452
Protrusión discal central	108 (4.2%)	108 (4.3%)	0 (0.0%)	38 (4.3%)	3 (2.9%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	258
Protrusión discal foraminal sin estenosis	25 (1.0%)	25 (1.0%)	0 (0.0%)	9 (1.0%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	60
Protrusión discal foraminal con estenosis	154 (6.0%)	154 (6.1%)	1 (3.8%)	56 (6.4%)	6 (5.7%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	372
Extrusión discal no migrada	11 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (0.5%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16
Extrusión discal migrada	19 (0.7%)	30 (1.2%)	0 (0.0%)	9 (1.0%)	3 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	61
Secuestro discal	3 (0.1%)	3 (0.1%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	101 (3.9%)	101 (4.0%)	3 (11.5%)	36 (4.1%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	242
Estenosis espinal lumbar	22 (0.9%)	22 (0.9%)	0 (0.0%)	12 (1.4%)	2 (1.9%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	59
Aumento de señal en articulación facetaria	266 (10.3%)	266 (10.5%)	2 (7.7%)	96 (10.9%)	13 (12.4%)	1 (25.0%)	1 (7.7%)	645
Degeneración facetaria	297 (11.5%)	297 (11.7%)	3 (11.5%)	105 (12.0%)	13 (12.4%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	716
Infiltración grasa de músculos paraespinales	259 (10.1%)	259 (10.2%)	3 (11.5%)	94 (10.7%)	12 (11.4%)	1 (25.0%)	1 (7.7%)	629
Espondilolisis	5 (0.2%)	5 (0.2%)	0 (0.0%)	3 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13
Espondilolistesis	34 (1.3%)	34 (1.3%)	0 (0.0%)	12 (1.4%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	82
Fractura vertebral	5 (0.2%)	5 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Sacroileitis	37 (1.4%)	37 (1.5%)	0 (0.0%)	8 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	82
Espina bífida	2 (0.1%)	2 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4
Vertebra transicional lumbosacra	13 (0.5%)	13 (0.5%)	0 (0.0%)	4 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	30
Hipertrofia del ligamento amarillo	32 (1.2%)	32 (1.3%)	2 (7.7%)	13 (1.5%)	4 (3.8%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	84
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis	75 (2.9%)	36 (1.4%)	2 (7.7%)	25 (2.9%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	139

aórtica, Enostosis, Siringomielia, diverticulos, osteopenia radiológica												
Total de respuestas	2576	2537	26	877	105	4	13	6138				

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas para cada motivo de consulta (por columna). Dado que los pacientes pueden presentar múltiples hallazgos y presentar más de un motivo de consulta, se permite más de una respuesta por persona en ambas variables y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 40: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo a las comorbilidades de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo a las comorbilidades												
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Comorbilidades											Total de respuestas
	Ninguna	HTA	DM	SP/OB	HIPOT/HIPERT	IVP	CDP	EP	ER	CA	Otras	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Desviación de la columna lumbar	25 (2.8%)	30 (2.6%)	7 (2.0%)	7 (3.7%)	5 (2.0%)	5 (1.7%)	1 (1.6%)	5 (3.0%)	2 (9.1%)	1 (1.9%)	7 (4.4%)	95
Pinzamiento discal	27 (3.0%)	26 (2.2%)	2 (0.6%)	5 (2.6%)	6 (2.4%)	6 (2.0%)	1 (1.6%)	7 (4.3%)	3 (13.6%)	1 (1.9%)	2 (1.3%)	86
Rectificación de la lordosis lumbar	30 (3.3%)	36 (3.1%)	11 (3.1%)	6 (3.1%)	7 (2.8%)	7 (2.4%)	3 (4.8%)	3 (1.8%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	8 (5.1%)	112
Degeneración discal	78 (8.7%)	113 (9.6%)	37 (10.4%)	17 (8.9%)	23 (9.2%)	31 (10.5%)	6 (9.5%)	17 (10.4%)	2 (9.1%)	5 (9.6%)	14 (8.9%)	343
Espondiloartrosis	83 (9.2%)	156 (13.3%)	47 (13.2%)	26 (13.6%)	32 (12.9%)	38 (12.9%)	8 (12.7%)	22 (13.4%)	3 (13.6%)	5 (9.6%)	21 (13.3%)	441
Cambios Modic	36 (4.0%)	54 (4.6%)	17 (4.8%)	7 (3.7%)	7 (2.8%)	11 (3.7%)	1 (1.6%)	8 (4.9%)	1 (4.5%)	5 (9.6%)	4 (2.5%)	151
Nódulo de Schmorl	15 (1.7%)	35 (3.0%)	10 (2.8%)	2 (1.0%)	10 (4.0%)	7 (2.4%)	1 (1.6%)	4 (2.4%)	1 (4.5%)	2 (3.8%)	6 (3.8%)	93
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	77 (8.6%)	78 (6.6%)	29 (8.1%)	16 (8.4%)	17 (6.8%)	23 (7.8%)	4 (6.3%)	10 (6.1%)	1 (4.5%)	1 (1.9%)	10 (6.3%)	266
Protrusión discal central	47 (5.2%)	33 (2.8%)	7 (2.0%)	8 (4.2%)	11 (4.4%)	12 (4.1%)	2 (3.2%)	11 (6.7%)	0 (0.0%)	2 (3.8%)	4 (2.5%)	137
Protrusión discal foraminal sin estenosis	11 (1.2%)	8 (0.7%)	5 (1.4%)	2 (1.0%)	3 (1.2%)	2 (0.7%)	2 (3.2%)	3 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	37
Protrusión discal foraminal con estenosis	48 (5.3%)	74 (6.3%)	21 (5.9%)	8 (4.2%)	13 (5.2%)	18 (6.1%)	3 (4.8%)	9 (5.5%)	1 (4.5%)	4 (7.7%)	7 (4.4%)	206
Extrusión discal no migrada	2 (0.2%)	7 (0.6%)	1 (0.3%)	1 (0.5%)	1 (0.4%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	15
Extrusión discal migrada	7 (0.8%)	12 (1.0%)	1 (0.3%)	1 (0.5%)	3 (1.2%)	2 (0.7%)	2 (3.2%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (2.5%)	33

Secuestro discal	0 (0.0%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	4
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	47 (5.2%)	33 (2.8%)	12 (3.4%)	4 (2.1%)	7 (2.8%)	9 (3.1%)	2 (3.2%)	7 (4.3%)	1 (4.5%)	2 (3.8%)	3 (1.9%)	127
Estenosis espinal lumbar	4 (0.4%)	18 (1.5%)	7 (2.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	6 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (3.8%)	0 (0.0%)	38
Aumento de señal en articulación facetaria	108 (12.0%)	107 (9.1%)	32 (9.0%)	20 (10.5%)	21 (8.4%)	28 (9.5%)	7 (11.1%)	16 (9.8%)	1 (4.5%)	6 (11.5%)	16 (10.1%)	362
Degeneración facetaria	95 (10.6%)	142 (12.1%)	45 (12.6%)	24 (12.6%)	32 (12.9%)	37 (12.6%)	7 (11.1%)	18 (11.0%)	2 (9.1%)	5 (9.6%)	18 (11.4%)	425
Infiltración grasa de músculos paraespinales	99 (11.0%)	109 (9.3%)	37 (10.4%)	18 (9.4%)	25 (10.0%)	27 (9.2%)	7 (11.1%)	15 (9.1%)	1 (4.5%)	6 (11.5%)	16 (10.1%)	360
Espondilolisis	3 (0.3%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Espondilolistesis	6 (0.7%)	25 (2.1%)	6 (1.7%)	3 (1.6%)	7 (2.8%)	2 (0.7%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	2 (1.3%)	53
Fractura vertebral	0 (0.0%)	2 (0.2%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	6
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	8 (0.9%)	21 (1.8%)	9 (2.5%)	5 (2.6%)	4 (1.6%)	5 (1.7%)	2 (3.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (3.2%)	59
Espina bífida	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Vertebra transicional lumbosacra	9 (1.0%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	13
Hipertrofia del ligamento amarillo	9 (1.0%)	20 (1.7%)	4 (1.1%)	1 (0.5%)	6 (2.4%)	6 (2.0%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	4 (2.5%)	52
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	23 (2.6%)	31 (2.6%)	9 (2.5%)	9 (4.7%)	9 (3.6%)	11 (3.7%)	2 (3.2%)	4 (2.4%)	1 (4.5%)	1 (1.9%)	4 (2.5%)	104
Total de respuestas	900	1176	357	191	249	294	63	164	22	52	158	3626

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas para cada comorbilidad (por columna). Dado que los pacientes pueden presentar múltiples hallazgos y presentar más de una comorbilidad, se permite más de una respuesta por persona en ambas variables y el total de respuestas supera el número de pacientes.

HTA: Hipertensión arterial, DM: Diabetes mellitus, SP/OB: Sobrepeso/Obesidad, HIPOT/HIPERT: Hipotiroidismo/Hipertiroidismo, IVP: Insuficiencia venosa profunda, CDP: Cardiopatía, EP: Enfermedad pulmonar, ER: Enfermedad reumatológica, CA: Cáncer, Otras: Arritmia, Evento vasculocerebral, Insuficiencia renal crónica, Dislipidemia, Epilepsia, Enfermedad psiquiátrica, Hepatopatía, Leucemia, mieloma múltiple, Falcemia.

Tabla 41: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo al tipo de actividad laboral de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo al Tipo de actividad laboral						
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Tipo de actividad laboral					Total de respuestas
	Trabajo de Oficina/ Escritorio	Trabajo de campo	Trabajo operativo/manual	Trabajo combinado (oficina, de campo, operativo)	Actividad pasiva no laboral	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Desviación de la columna lumbar	11 (2.2%)	2 (1.6%)	5 (3.3%)	39 (2.5%)	11 (3.3%)	68
Pinzamiento discal	14 (2.8%)	4 (3.3%)	6 (4.0%)	35 (2.3%)	7 (2.1%)	66
Rectificación de la lordosis lumbar	15 (3.0%)	7 (5.7%)	5 (3.3%)	42 (2.7%)	8 (2.4%)	77
Degeneración discal	43 (8.5%)	9 (7.4%)	14 (9.3%)	148 (9.6%)	36 (10.7%)	250
Espondiloartrosis	52 (10.3%)	15 (12.3%)	18 (12.0%)	176 (11.4%)	44 (13.1%)	305
Cambios Modic	18 (3.6%)	11 (9.0%)	7 (4.7%)	61 (4.0%)	14 (4.2%)	111
Nódulo de Schmorl	12 (2.4%)	2 (1.6%)	1 (0.7%)	35 (2.3%)	14 (4.2%)	64
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	42 (8.3%)	6 (4.9%)	11 (7.3%)	110 (7.1%)	29 (8.6%)	198
Protrusión discal central	28 (5.6%)	3 (2.5%)	6 (4.0%)	66 (4.3%)	7 (2.1%)	110
Protrusión discal foraminal sin estenosis	7 (1.4%)	0 (0.0%)	3 (2.0%)	12 (0.8%)	3 (0.9%)	25
Protrusión discal foraminal con estenosis	26 (5.2%)	8 (6.6%)	9 (6.0%)	100 (6.5%)	15 (4.5%)	158
Extrusión discal no migrada	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	6 (0.4%)	3 (0.9%)	11
Extrusión discal migrada	7 (1.4%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	13 (0.8%)	1 (0.3%)	22
Secuestro discal	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)	3
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	22 (4.4%)	5 (4.1%)	4 (2.7%)	69 (4.5%)	4 (1.2%)	104
Estenosis espinal lumbar	2 (0.4%)	3 (2.5%)	1 (0.7%)	15 (1.0%)	4 (1.2%)	25
Aumento de señal en articulación facetaria	54 (10.7%)	12 (9.8%)	18 (12.0%)	170 (11.0%)	20 (5.9%)	274
Degeneración facetaria	60 (11.9%)	15 (12.3%)	18 (12.0%)	173 (11.2%)	41 (12.2%)	307
Infiltración grasa de músculos paraespinales	51 (10.1%)	13 (10.7%)	15 (10.0%)	163 (10.6%)	25 (7.4%)	267
Espondilolisis	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.1%)	1 (0.3%)	5
Espondilolistesis	7 (1.4%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	14 (0.9%)	13 (3.9%)	35
Fractura vertebral	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	3 (0.9%)	5
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	7 (1.4%)	2 (1.6%)	1 (0.7%)	20 (1.3%)	9 (2.7%)	39
Espina bífida	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	2
Vertebra transicional lumbosacra	2 (0.4%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	8 (0.5%)	1 (0.3%)	13
Hipertrofia del ligamento amarillo	6 (1.2%)	1 (0.8%)	2 (1.3%)	17 (1.1%)	9 (2.7%)	35
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	11 (2.2%)	1 (0.8%)	3 (2.0%)	49 (3.2%)	12 (3.6%)	76
Total de respuestas	504	122	150	1543	337	2656

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada tipo de actividad laboral (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo evidenciado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 42: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo al tipo de actividad física de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo al tipo de actividad física					
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Tipo de actividad física				Total de respuestas
	Ninguna	Ejercicio cardiovascular (caminata, correr, trotar, bicicleta, natación, etc.)	Ejercicio de fuerza muscular	Ejercicio de estiramiento	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Desviación de la columna lumbar	50 (2.6%)	16 (2.3%)	8 (9.1%)	0 (0.0%)	74
Pinzamiento discal	49 (2.6%)	16 (2.3%)	4 (4.5%)	0 (0.0%)	69
Rectificación de la lordosis lumbar	56 (2.9%)	19 (2.8%)	3 (3.4%)	1 (5.6%)	79
Degeneración discal	184 (9.7%)	65 (9.4%)	6 (6.8%)	2 (11.1%)	257
Espondiloartrosis	228 (12.0%)	76 (11.0%)	8 (9.1%)	2 (11.1%)	314
Cambios Modic	85 (4.5%)	25 (3.6%)	2 (2.3%)	2 (11.1%)	114
Nódulo de Schmorl	51 (2.7%)	13 (1.9%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	65
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	143 (7.5%)	53 (7.7%)	9 (10.2%)	0 (0.0%)	205
Protrusión discal central	76 (4.0%)	32 (4.7%)	5 (5.7%)	1 (5.6%)	114
Protrusión discal foraminal sin estenosis	20 (1.0%)	5 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	25
Protrusión discal foraminal con estenosis	114 (6.0%)	43 (6.2%)	5 (5.7%)	2 (11.1%)	164
Extrusión discal no migrada	8 (0.4%)	3 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11
Extrusión discal migrada	19 (1.0%)	3 (0.4%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	23
Secuestro discal	3 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	71 (3.7%)	32 (4.7%)	3 (3.4%)	1 (5.6%)	107
Estenosis espinal lumbar	18 (0.9%)	7 (1.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	26
Aumento de señal en articulación facetaria	198 (10.4%)	74 (10.8%)	7 (8.0%)	1 (5.6%)	280
Degeneración facetaria	184 (9.7%)	80 (11.6%)	9 (10.2%)	2 (11.1%)	275
Infiltración grasa de músculos paraespinales	195 (10.2%)	70 (10.2%)	7 (8.0%)	1 (5.6%)	273
Espondilolisis	3 (0.2%)	2 (0.3%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	6
Espondilolistesis	24 (1.3%)	11 (1.6%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	37
Fractura vertebral	4 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1 (1.1%)	1 (5.6%)	4
Sacroileitis	29 (1.5%)	10 (1.5%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	40

Espina bífida	2 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Vertebra transicional lumbosacra	9 (0.5%)	4 (0.6%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	14
Hipertrofia del ligamento amarillo	27 (1.4%)	7 (1.0%)	2 (2.3%)	1 (5.6%)	37
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, diverticulos, osteopenia radiológica	55 (2.9%)	20 (2.9%)	1 (1.1%)	1 (5.6%)	77
Total de respuestas	1906	688	88	18	2700

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas para cada tipo de actividad física (por columna). Dado que los pacientes pueden presentar múltiples hallazgos y presentar más de un tipo de actividad física, se permite más de una respuesta por persona en ambas variables y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 43: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo al tipo de deporte de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo al tipo de deporte									
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Tipo de deportes								Total de respuestas
	Ninguno	Voleibol	Baloncesto	Futbol	Ciclismo	Softball	Natación	Otros	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0
Desviación de la columna lumbar	68 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	68
Pinzamiento discal	63 (2.4%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	66
Rectificación de la lordosis lumbar	67 (2.6%)	1 (14.3%)	3 (13.6%)	0 (0.0%)	4 (12.5%)	1 (8.3%)	1 (10.0%)	0 (0%)	77
Degeneración discal	244 (9.5%)	1 (14.3%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	2 (6.2%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	250
Espondiloartrosis	298 (11.6%)	1 (14.3%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	3 (9.4%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	305
Cambios Modic	108 (4.2%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	111
Nódulo de Schmorl	64 (2.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	64
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	189 (7.3%)	1 (14.3%)	2 (9.1%)	1 (100.0%)	2 (6.2%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	0 (0%)	198
Protrusión discal central	105 (4.1%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	4 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	110
Protrusión discal foraminal sin estenosis	25 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	25
Protrusión discal foraminal con estenosis	153 (5.9%)	1 (14.3%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	158

Extrusión discal no migrada	10 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	11
Extrusión discal migrada	21 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	22
Secuestro discal	3 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	3
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	102 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0%)	104
Estenosis espinal lumbar	22 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	25
Aumento de señal en articulación facetaria	264 (10.3%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	0 (0.0%)	4 (12.5%)	2 (16.7%)	1 (10.0%)	0 (0%)	274
Degeneración facetaria	298 (11.6%)	1 (14.3%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	4 (12.5%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0%)	307
Infiltración grasa de músculos paraespinales	261 (10.1%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	3 (9.4%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0%)	267
Espondilolisis	4 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0%)	5
Espondilolistesis	34 (1.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0%)	35
Fractura vertebral	5 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	5
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0
Tumores	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	1
Sacroileitis	39 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	39
Espina bífida	2 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	2
Vertebra transicional lumbosacra	12 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0%)	13
Hipertrofia del ligamento amarillo	35 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	35
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, diverticulos, osteopenia radiológica	75 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0%)	76
Total de respuestas	2572	7	22	1	32	12	10	0	2656

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada tipo de deporte (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo evidenciado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 44: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo a los síndromes clínicos									
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Síndromes clínicos								Total de respuestas
	SFL	SDDI	SDHL	SDM	SDASI	SEEL	SIL	Ninguno	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Desviación de la columna lumbar	17 (2.4%)	12 (2.9%)	20 (2.0%)	10 (3.1%)	5 (5.2%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)	68
Pinzamiento discal	14 (1.9%)	16 (3.9%)	20 (2.0%)	11 (3.4%)	2 (2.1%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)	66
Rectificación de la lordosis lumbar	18 (2.5%)	10 (2.4%)	35 (3.5%)	10 (3.1%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)	77
Degeneración discal	67 (9.3%)	43 (10.4%)	95 (9.5%)	27 (8.4%)	11 (11.3%)	4 (13.3%)	0 (0.0%)	5 (7.0%)	250
Espondiloartrosis	77 (10.7%)	53 (12.8%)	108 (10.8%)	40 (12.5%)	13 (13.4%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	10 (14.1%)	305
Cambios Modic	24 (3.3%)	14 (3.4%)	53 (5.3%)	12 (3.8%)	4 (4.1%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)	111
Nódulo de Schmorl	14 (1.9%)	13 (3.1%)	31 (3.1%)	2 (0.6%)	2 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	64
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	57 (7.9%)	32 (7.7%)	62 (6.2%)	29 (9.1%)	11 (11.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (9.9%)	198
Protrusión discal central	28 (3.9%)	16 (3.9%)	46 (4.6%)	13 (4.1%)	2 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (7.0%)	110
Protrusión discal foraminal sin estenosis	6 (0.8%)	7 (1.7%)	9 (0.9%)	2 (0.6%)	0 (0.0%)	3 (10.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	25
Protrusión discal foraminal con estenosis	45 (6.2%)	18 (4.3%)	63 (6.3%)	20 (6.2%)	4 (4.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (7.0%)	158
Extrusión discal no migrada	1 (0.1%)	1 (0.2%)	7 (0.7%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	11
Extrusión discal migrada	2 (0.3%)	4 (1.0%)	16 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	22
Secuestro discal	1 (0.1%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	32 (4.4%)	15 (3.6%)	41 (4.1%)	12 (3.8%)	1 (1.0%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)	104
Estenosis espinal lumbar	3 (0.4%)	1 (0.2%)	13 (1.3%)	6 (1.9%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	25
Aumento de señal en articulación facetaria	84 (11.7%)	35 (8.5%)	103 (10.3%)	36 (11.2%)	8 (8.2%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	6 (8.5%)	274
Degeneración facetaria	88 (12.2%)	47 (11.4%)	116 (11.6%)	34 (10.6%)	11 (11.3%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	9 (12.7%)	307
Infiltración grasa de músculos paraespinales	79 (11.0%)	34 (8.2%)	104 (10.4%)	32 (10.0%)	8 (8.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (11.3%)	267
Espondilolisis	2 (0.3%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)	0 (0.0%)	3 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5

Espondilolistesis	9 (1.2%)	8 (1.9%)	12 (1.2%)	3 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	35
Fractura vertebral	1 (0.1%)	3 (0.7%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Sacroileitis	14 (1.9%)	7 (1.7%)	5 (0.5%)	5 (1.6%)	8 (8.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	39
Espina bífida	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Vertebra transicional lumbosacra	5 (0.7%)	3 (0.7%)	2 (0.2%)	2 (0.6%)	1 (1.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13
Hipertrofia del ligamento amarillo	10 (1.4%)	3 (0.7%)	16 (1.6%)	4 (1.2%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	35
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacio discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, diverticulos, osteopenia radiológica	21 (2.9%)	17 (4.1%)	24 (2.4%)	7 (2.2%)	4 (4.1%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	3 (4.2%)	76
Total de respuestas	720	414	1004	320	97	30	0	71	2656

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada síndrome clínico (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo evidenciado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

SFL: Síndrome facetario lumbar, SDDI: Síndrome por degeneración del disco intervertebral, SDHL: Síndrome por disco herniado lumbar, SDM: Síndrome de dolor miofascial, SDASI: Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca, SEEL: Síndrome por estenosis espinal lumbar, SIL: Síndrome Inflamatorio lumbar

Tabla 45: Hallazgos evidenciados mediante revisión clínica de los estudios de imagen de acuerdo a los tipos de estudios de imágenes de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo a los tipos de estudios de imágenes				
Hallazgos evidenciados en estudio de imagen	Tipos de estudios de imágenes			Total de respuestas
	Radiografía simple	Tomografía axial computarizada simple	Resonancia magnética simple	
Sin hallazgos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Desviación de la columna lumbar	55 (13.6%)	6 (1.2%)	44 (2.1%)	105
Pinzamiento discal	56 (13.9%)	16 (3.1%)	35 (1.6%)	107
Rectificación de la lordosis lumbar	26 (6.5%)	28 (5.5%)	53 (2.5%)	107
Degeneración discal	68 (16.9%)	44 (8.7%)	219 (10.3%)	331
Espondiloartrosis	93 (23.1%)	87 (17.1%)	220 (10.4%)	400
Cambios Modic	29 (7.2%)	13 (2.6%)	108 (5.1%)	150
Nódulo de Schmorl	22 (5.5%)	14 (2.8%)	53 (2.5%)	89
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	0 (0.0%)	73 (14.4%)	140 (6.6%)	213
Protrusión discal central	0 (0.0%)	20 (3.9%)	9 (0.4%)	29
Protrusión discal foraminal sin estenosis	0 (0.0%)	5 (1.0%)	23 (1.1%)	28
Protrusión discal foraminal con estenosis	0 (0.0%)	31 (6.1%)	142 (6.7%)	173
Extrusión discal no migrada	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (0.5%)	11
Extrusión discal migrada	0 (0.0%)	2 (0.4%)	22 (1.0%)	24
Secuestro discal	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.1%)	3
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	0 (0.0%)	0 (0.0%)	104 (4.9%)	104
Estenosis espinal lumbar	0 (0.0%)	3 (0.6%)	24 (1.1%)	27
Aumento de señal en articulación facetaria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	274 (12.9%)	274
Degeneración facetaria	0 (0.0%)	81 (15.9%)	250 (11.8%)	331
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	267 (12.6%)	267
Espondilolisis	1 (0.2%)	4 (0.8%)	2 (0.1%)	7
Espondilolistesis	16 (4.0%)	11 (2.2%)	22 (1.0%)	49
Fractura vertebral	2 (0.5%)	3 (0.6%)	2 (0.1%)	7
Espondilodiscitis	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
Tumores	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)	1
Sacroileitis	13 (3.2%)	29 (5.7%)	11 (0.5%)	53
Espina bífida	2 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2
Vertebra transicional lumbosacra	13 (3.2%)	3 (0.6%)	0 (0.0%)	16
Hipertrofia del ligamento amarillo	7 (1.7%)	5 (1.0%)	32 (1.5%)	44
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	0 (0.0%)	30 (5.9%)	51 (2.4%)	81
Total de respuestas	403	508	2122	3033

Nota: Los porcentajes están calculados con base en el total de respuestas dentro de cada tipo de estudio de imagen (por columna). Dado que un mismo paciente puede presentar más de un hallazgo evidenciado en estudio de imágenes, se permite más de una respuesta por persona y el total de respuestas supera el número de pacientes.

Tabla 46: Concordancia y discrepancia entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados en estudio de imagen de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Concordancia y discrepancia entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados en estudio de imagen						
Hallazgos en estudio de imagen	Reportados	Evidenciados	Concordancia	Porcentaje de concordancia	Discrepancias	Porcentaje discrepancia
Sin hallazgos	12	0	0	No aplica	No aplica	No aplica
Desviación de la columna lumbar	64	68	64	94.10%	4	5.90%
Pinzamiento discal	12	66	12	18.20%	54	81.80%
Rectificación de la lordosis lumbar	70	77	70	90.90%	7	9.10%
Degeneración discal	210	250	210	84.00%	40	16.00%
Espondiloartrosis	304	305	304	99.70%	1	0.30%
Cambios Modic	53	111	53	47.80%	58	52.30%
Nódulo de Schmorl	15	64	15	23.40%	49	76.60%
Desbordamiento / Abombamiento discal difuso	201	198	198	100.00%	-3	-1.50%
Protrusión discal central	113	110	110	100.00%	-3	-2.70%
Protrusión discal foraminal sin estenosis	21	25	21	84.00%	4	16.00%
Protrusión discal foraminal con estenosis	154	158	154	97.50%	4	2.50%
Extrusión discal no migrada	3	11	3	27.30%	8	72.70%
Extrusión discal migrada	9	22	9	40.90%	13	59.10%
Secuestro discal	1	3	1	33.30%	2	66.70%
Fisura del anillo fibroso/desgarro anular	38	104	38	36.50%	66	63.50%
Estenosis espinal lumbar	10	25	10	40.00%	15	60.00%
Aumento de señal en articulación facetaria	5	274	5	1.80%	269	98.20%
Degeneración facetaria	203	307	203	66.10%	104	33.90%
Infiltración grasa de músculos paraespinales	0	267	0	0.00%	267	100.00%
Espondilolisis	3	5	3	60.00%	2	40.00%
Espondilolistesis	28	35	28	80.00%	7	20.00%
Fractura vertebral	4	5	4	80.00%	1	20.00%
Espondilodiscitis	0	0	0	No aplica	0	No aplica
Tumores	1	1	1	100.00%	0	0.00%
Sacroileitis	12	39	12	30.80%	27	69.20%
Espina bífida	0	2	0	0.00%	2	100.00%
Vertebra transicional lumbosacra	2	13	2	15.40%	11	84.60%
Hipertrofia del ligamento amarillo	3	35	3	8.60%	32	91.40%
Otros: litiasis renal, mioma uterino, Vertebra en limbus, fenómeno vacío discal, quiste renal, quiste ovárico, quiste de Tarlov, ateromatosis aórtica, Enostosis, Siringomielia, divertículos, osteopenia radiológica	76	76	76	100.00%	0	0.00%
Total de respuestas	1627	2656	1609	1560.30%	1041	1235.50%

Nota: En los casos donde se indica “No aplica”, esto se debe a que no existieron hallazgos, imposibilitando el cálculo de porcentajes válidos. Los valores en negativos reflejan que dichos hallazgos fueron reportados con mayor frecuencia en comparación con lo evidenciado.

Dado que los pacientes pueden presentar más de un hallazgo reportado y evidenciado en estudio de imagen, los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de paciente.

Tabla 47: Concordancia entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo a los síndromes clínicos de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023

Concordancia entre los hallazgos reportados y los hallazgos evidenciados en estudio de imagen de acuerdo a los síndromes clínicos				
Síndromes clínicos	Hallazgos reportados	Hallazgos evidenciados	Diferencia	Porcentaje de concordancia
Síndrome facetario lumbar	419	720	301	58.2%
Síndrome por degeneración del disco intervertebral	258	414	156	62.3%
Síndrome por disco herniado lumbar	623	1004	381	62.1%
Síndrome de dolor miofascial	197	320	123	61.6%
Síndrome por disfunción de la articulación sacroilíaca	60	97	37	61.9%
Síndrome por estenosis espinal lumbar	22	30	8	73.3%
Síndrome Inflamatorio lumbar	0	0	0	No aplica
Ninguno	48	71	23	67.6%
Total de respuestas	1627	2656	1029	446.9%

Nota: En los casos donde se indica “No aplica”, esto se debe a que no existieron hallazgos, imposibilitando el cálculo de porcentajes válidos.

Dado que los pacientes pueden presentar más de un hallazgo reportado y evidenciado en estudio de imagen, los porcentajes no suman 100% y el total de respuestas supera el número de paciente.

ANEXO 4: CERTIFICADOS

Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación	ACECEI2024-250
Nombre del Estudiante #1	Nikaury Anabel Rodríguez
Matrícula del Estudiante #1	211079
Nombre del Estudiante #2	Estefania Esther Collado Feliz
Matrícula del Estudiante #2	211041

Nombre del Proyecto de Investigación

Correlación clínica e imagenológica de los pacientes con dolor lumbar que asistieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo enero-junio 2023.

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO



CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo	Nikaury Anabel Rodriguez
Matrícula o código institucional	211079
Correo Electrónico Institucional	nikarod07@hotmail.com
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-0956
Fecha	Monday, March 24, 2025

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)





CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo	Estefania Esther Collado Feliz
Matrícula o código institucional	211041
Correo Electrónico Institucional	fani022907@gmail.com
Carrera/Posición:	Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-0958
Fecha	Monday, March 24, 2025

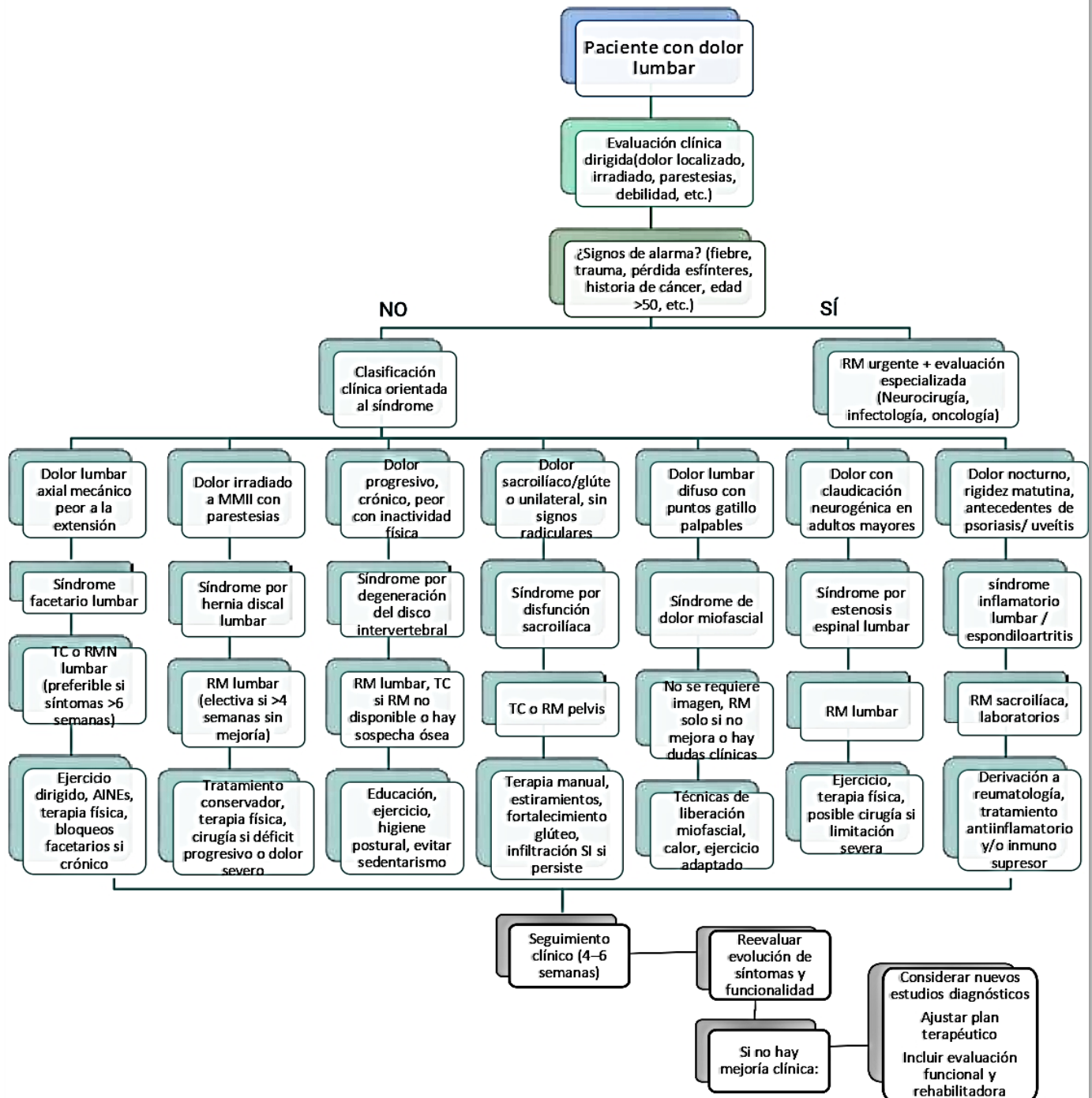
Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



ANEXO 5: ALGORITMO CLÍNICO E IMAGENOLÓGICO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR LUMBAR

ALGORITMO CLÍNICO E IMAGENOLÓGICO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR LUMBAR

(Basado en los resultados del estudio realizado en el Hospital General de la Plaza de la Salud, enero-junio 2023)



AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos; RM: Resonancia magnética; SI: Sacroiliaca; TC: Tomografía computarizada