

Comunidad Nacional de Conocimiento:

En investigación de la
enfermedad laboral

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Comunidad Nacional de Conocimiento en:

**Investigación de la
Enfermedad Laboral**



DOLOR LUMBAR DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO



Experto Líder

de la comunidad, investigación de la enfermedad laboral

Cristian Alonso R. MD, ESO, ME

Correo: Cristianalonso_r@hotmail.com

Contacto: +57 3165292972

- Medicina Laboral y del Trabajo
- Medicina Universidad Laboral
- Postgrado Salud Ocupacional UJTL
- Maestría en Educación U Sabana.
- Promoción y prevención EVES U de Antioquia
- Calificación de Origen U del Rosario

Ruta de conocimiento

01

CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD LABORAL

02

SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

03

SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

04

CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE LAS PATOLOGÍAS MENTALES

05

QUÉ ES LA NEUROSIS DE COMPENSACIÓN Y COMO AFECTA LOS PROCESOS DE REHABILITACIÓN

06

EPICONDILITIS LATERAL Y MEDIAL, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

07

DOLOR LUMBAR, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

08

ENFERMEDAD MENTAL LABORAL O COMÚN

09

DECRETO 3050 MANUAL DE REHABILITACIÓN

10

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SU UTILIDAD EN LA CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL

11

PROFESIOGRAMAS COMO PARTE DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD LABORAL

12

CÁNCER OCUPACIONAL, CALIFICACIÓN Y MANEJO

EVALUÉMONOS



“ La educación es el arma más poderosa que puede usar para cambiar el mundo. ”

Nelson Mandela



Tabla de contenidos



DEFINICIONES
DIAGNÓSTICO
EPIDEMIOLOGIA

Momento 1



ETIOLOGIA
TRATAMIENTO

Momento 2



CALIFICACIÓN
ORIGEN Y PCL

Momento 3

Objetivo general

Entender que es, como se diagnóstica y como se califica la epicondilitis lateral y medial, una de las enfermedades laborales más frecuentes en Colombia.



Que es el dolor Lumbar

Síndrome del Dolor Lumbar

Es aquel que se produce en la región inferior de la espalda.

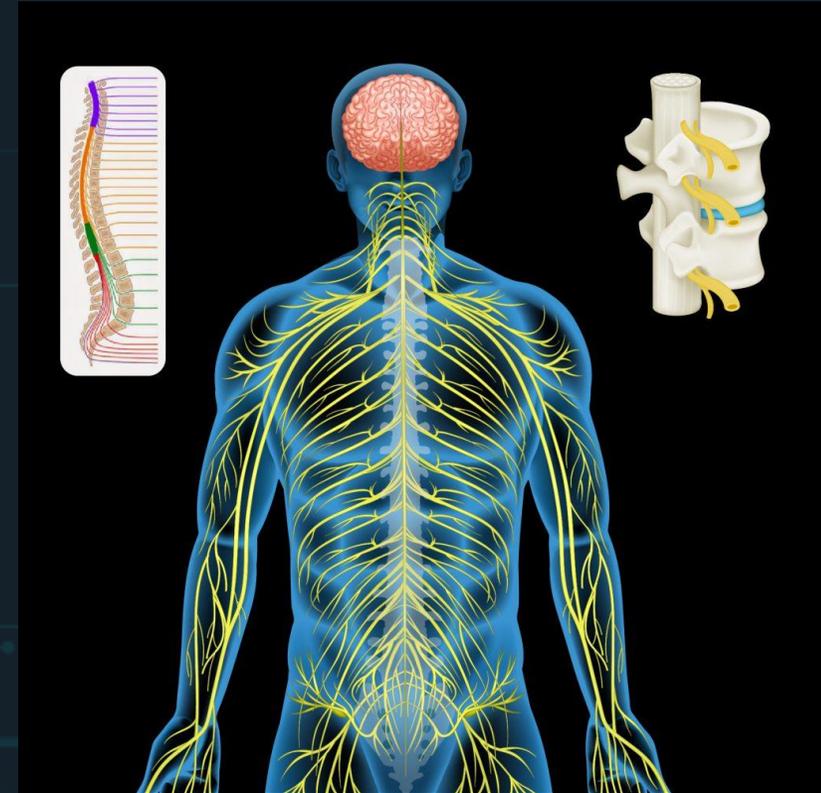
- Esta región inferior o lumbar se compone de 5 vértebras con sus discos, raíces nerviosas, músculos y ligamentos.
- Las vértebras de esta región son las más grandes y soportan un mayor peso.

Anatomía de Región Lumbar

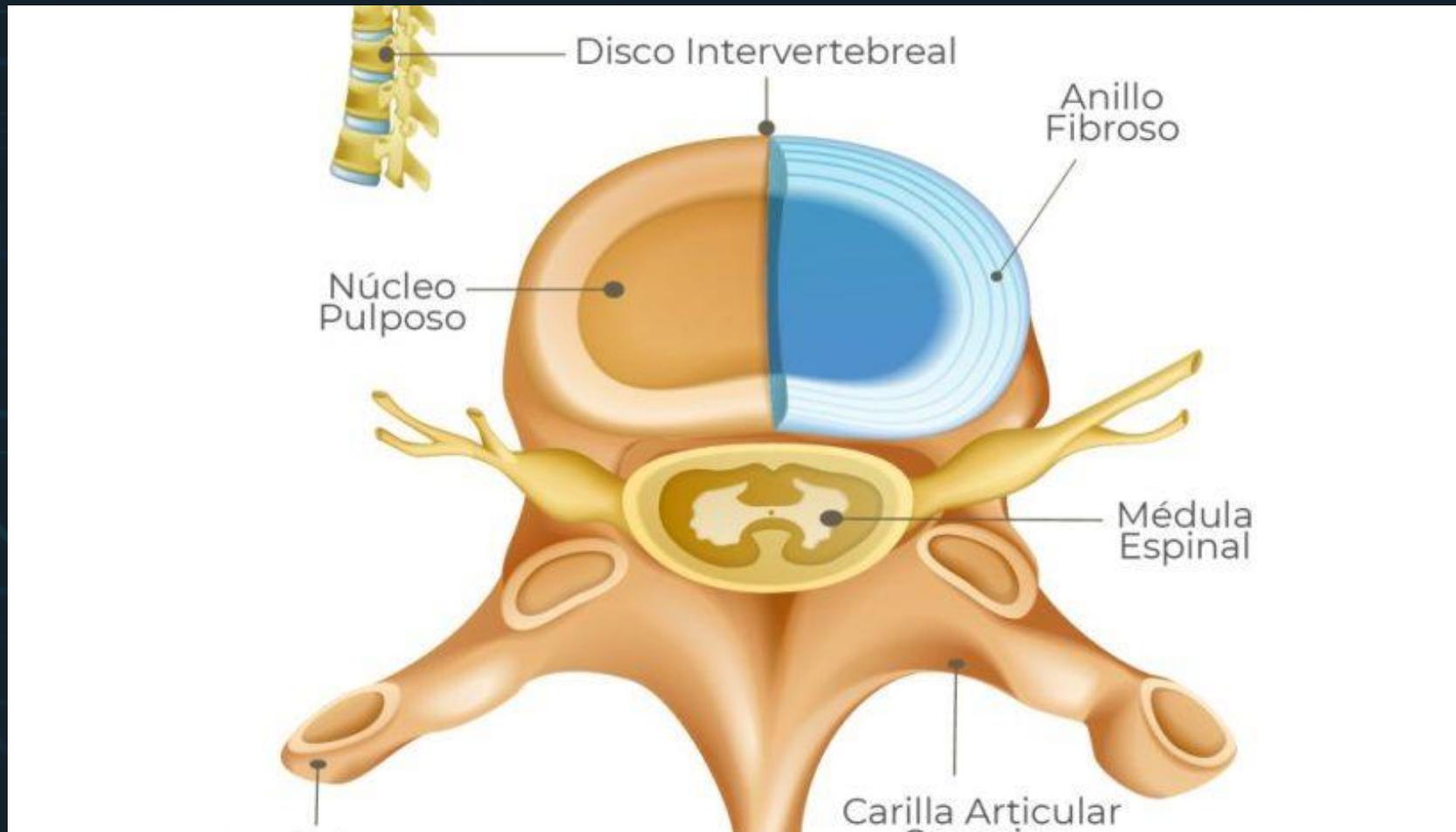


La columna vertebral consta de 33 vértebras, dispuestas en cinco regiones.

- Protege la médula espinal y los nervios espinales.
- Soporta el peso del cuerpo. Eje rígido y en parte flexible para el cuerpo y un pivote para la cabeza. Postura y en la locomoción.



La médula espinal es parte del SNC dentro del conducto vertebral. Desde el foramen magno hasta el nivel de la 1^{ra} o 2^{da} vértebras lumbares. Función: conducir impulsos nerviosos entre el encéfalo y los demás órganos y tejidos del cuerpo. La médula es además el centro de los reflejos espinales.



Epidemiología

DOLOR LUMBAR

EPIDEMIOLOGIA

- 80 población sufren un episodio
- Problema Salud Pública
- 60% un episodio en el último año
- Después de 6 meses de incapacidad solo el 50 % retornan a la actividad laboral.
- El dolor lumbar es muy frecuente, y es una de las principales causas de consulta en atención primaria.
- El 60-80% de las personas tendrá al menos un episodio de lumbalgia en su vida, que será de ciática en el 40% de los casos.
- Entre un 80-90 % son lumbalgias agudas, y un 10-20 % la conforman las crónicas.

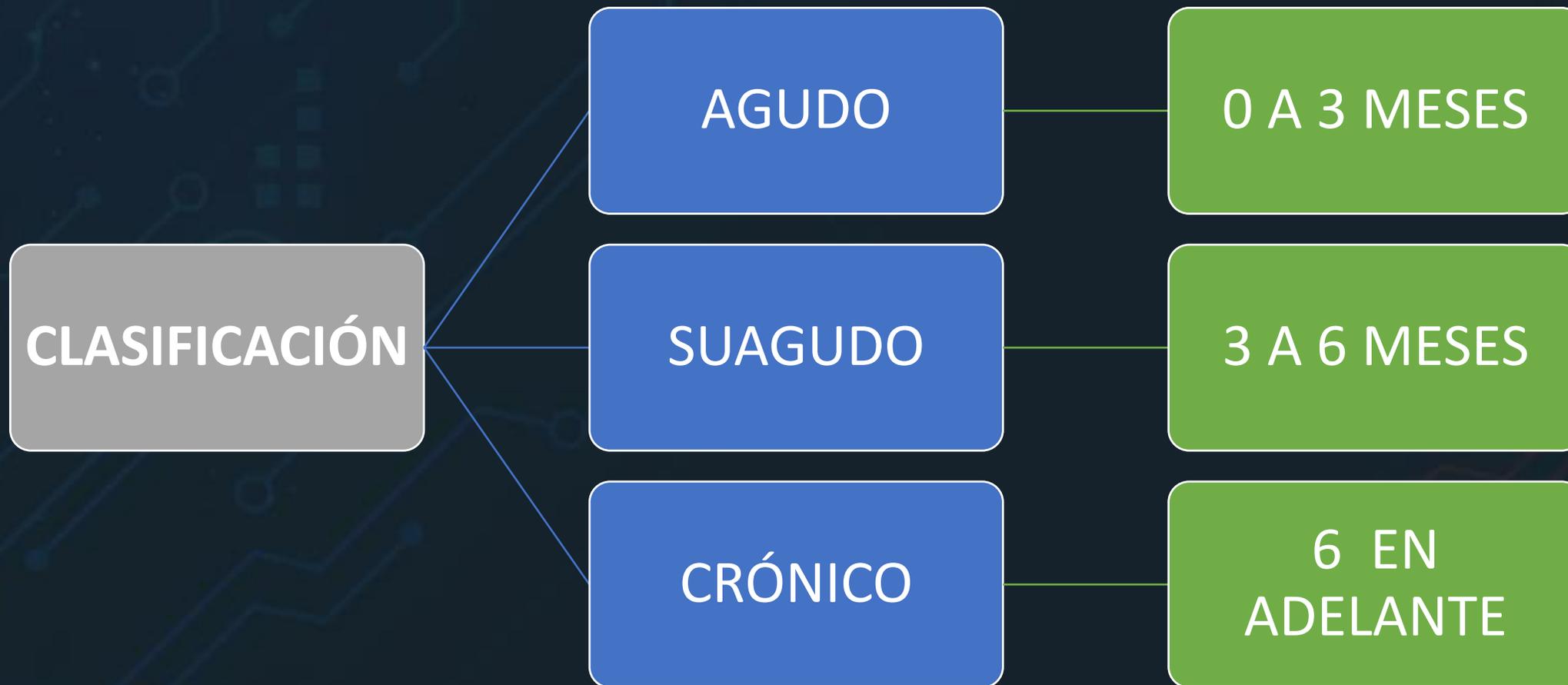
Dolor Lumbar

EPIDEMIOLOGIA

- Después de un año de incapacidad menos del 25 % retornan a la actividad laboral
- El 70% de estos han sido Qx
- Costos 25 billones de dólares 2000 EEUU
- 90 Millones de jornadas perdidas año.
- Predomina el sexo femenino
- Es un problema mayor en países en vías de desarrollo
- Ocasiona gran impacto económico
- Causa más frecuente de ausentismo laboral en menores de 45 años
- Se encuentra entre los cinco diagnósticos primeros en consultas de nivel primario.
- Los factores de riesgo más citados son: la edad, el sexo, el bajo nivel educacional, la ocupación, la obesidad, problemas hereditarios y psicosociales, el tabaquismo, el sedentarismo, los episodios previos de dolor lumbar y el embarazo.

Diagnóstico

DOLOR LUMBAR



Dolor Lumbar



Etiología del Dolor Lumbar



Etiología del Dolor Lumbar

ESTRUCTURALES CARGA FÍSICA

- **POSTURAS FORZADAS – MANTENIDAS - PROLONGADAS**
 - **EXPOSICIÓN CRÓNICA**
 - **FALLAS MUSCULARES POR FATIGA**

ESTRUCTURALES x FACTORES INDIVIDUALES

- **AUMENTO LORDOSIS LUMBAR?**
- **IMBALANCE MECÁNICO**
- **DEFICIT RESISTENCIA FATIGA MUSCULAR**
- **ANTROPOMETRIA**
- **TOS CRÓNICA**

Etiología del Dolor Lumbar

PSICÓGENOS

- PRIMARIO
- AGRAVANTE
 - CONDUCTA DOLOROSA
 - DEPRESIÓN
 - INSATISFACCIÓN
 - BAJO NIVEL EDUCATIVO Y SOCIOECONÓMICO
 - MAYOR INCAPACIDAD



Dx - Paraclínico

Imagenología

- **RX** : 6 SEMANAS DAÑO ESTRUCTURAL OSEO, 1 DE CADA 2000 APORTA
- **TAC**: ESTENOSIS DEL CANAL FX, INFECCIONES
- **RNM**: ESTUDIO DE IMÁGENES POR EXELENIA

Electrofisiológico

- **EMG - NC**
 - Confirma compromiso radicular S= 88%
 - Reflejo H= S1
 - Seguimiento
- **POTENCIALES POR DERMATOMAS**
 - Radiculopatía sensitiva
 - Canal Lumbar estrecho

Semiología del dolor lumbar

Lasègue y Bragard: restricción a la elevación de la pierna en extensión y dolor a la flexión dorsal del pie previa elevación del miembro. Freiberg: rotación interna pasiva de la cadera.



Normalmente flexión hasta 90º sin dificultad y presentar leve tensión isquiotibial.

Presencia de dolor cortante en el sacro y la pierna **indica irritación de raíces nerviosas**. Dolor lancinante que afecta a la pierna y recorre el territorio de irradiación motora y sensitiva de la raíz nerviosa.



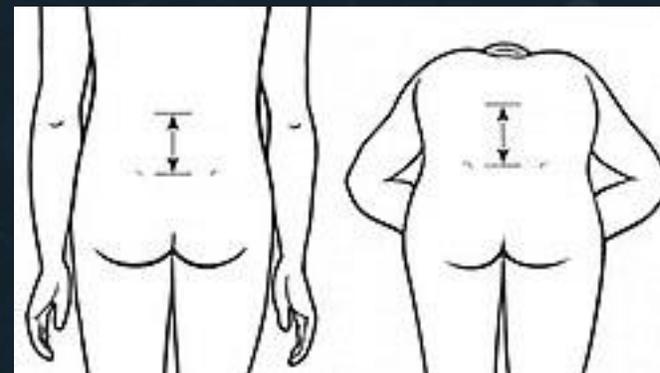
Si el dolor aparece entre los 35º y 70º de flexión, puede existir una alteración de las raíces nerviosas o del disco intervertebral, lo que se conoce como **SIGNO DE BRAGARD**

Test de Schober

Él es una prueba para evaluar el movimiento de flexión de la columna lumbar.

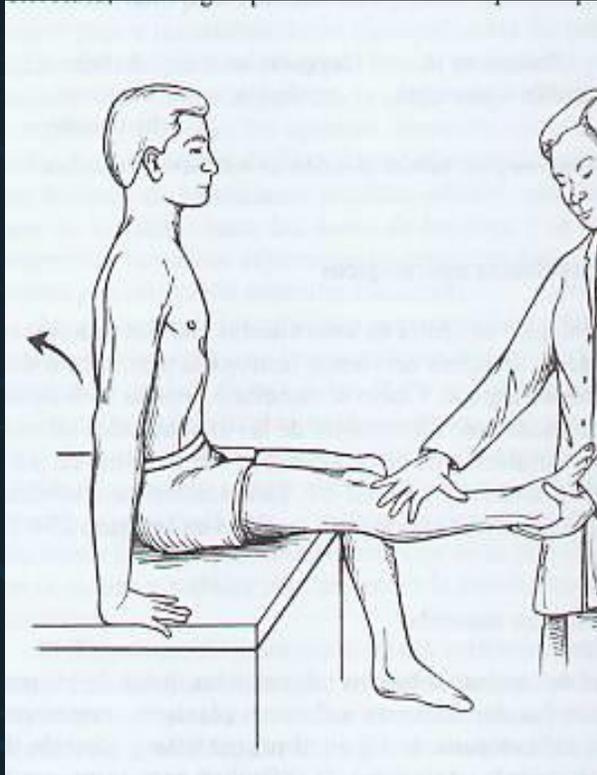
Para realizar la prueba, el paciente se encuentra descalzo de pie y con los pies separados 30 cm. A continuación, marque un punto 5 cm por debajo de la apófisis espinosa S2 y un punto 10 cm por encima. Mide la distancia entre los dos puntos, que debe ser de 15 cm. A continuación, el paciente se flexiona al máximo, manteniendo las piernas totalmente extendidas, y se vuelve a medir la distancia. La diferencia entre las dos medidas indica la cantidad de flexión.

La versión modificada de esta prueba funciona de la misma manera, excepto que el punto de referencia utilizado desde el que se hacen las dos marcas es el nivel de la cresta ilíaca, que probablemente sea más fácil de palpar



Se considera positivo si, tras la medición, la distancia aumenta en menos de 5 cm (con un total de 15 cm).

EXAMEN DE DIAGNOSTICO



- Cuando se examina la espalda, al pasar con suavidad una superficie sobre ella (la palma de la mano, un rodillo) el paciente refiere dolor.

CATEGORÍAS DE LAS LESIONES

Desórdenes potencialmente serias de la espalda:

- fracturas, luxación, infección, tumor, déficit neurológico progresivo, o compresión radicular.

Desórdenes degenerativos:

- consecuencia de años de uso repetitivo, o la combinación de ambos.

Desórdenes no específicos:

- desórdenes que se autolimitan con etiología no clara.



Factores de Riesgo

Trabajo físico pesado

Movimientos de flexión y extensión del tronco por manipulación de cargas y movimientos pesados, torcion cizallamiento

Posturas inadecuadas

Vibraciones de cuerpo externo, Posturas de trabajo estáticas con flexión del tronco,
Posturas de trabajo estáticas con flexión cervical

EFECTOS SOBRE LA SALUD

POSTURA	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	EFECTO SOBRE LA SALUD
De pie en el mismo sitio	Piernas y espalda	Varices, dolor lumbar
Sentado sin respaldo	Músculos de la espalda	Fatiga, hernias discales
Sentado en silla alta	Rodillas, pantorrillas y pies	Fatiga y dolor
Parado o sentado frente a plano de trabajo alto	Hombros y cuello	Fatiga y dolor
Parado o sentado frente a plano de trabajo bajo	Espalda	Fatiga, hernias discales
Brazos extendidos hacia delante, en alto o hacia los lados	Hombros y brazos	Periartritis en los hombros
Sujeción inadecuada de un objeto o herramienta	Antebrazo	Inflamación de tendones. Síndrome túnel carpiano

Fisiopatología del Dolor Lumbar



FISIOPATOLOGIA

La unidad funcional vertebral constituida por la unión de dos vértebras entre sí, todos ellos tienen inervación sensitiva al dolor, por lo que cualquiera de éstas estructuras puede ser el sitio en donde se origine o localice el dolor.

La compresión de las raíces nerviosas. El flujo y aporte Sanguíneos, compresión altera el metabolismo nervioso

Síntomas

Agudos



- Dolor de comienzo brusco aparece normalmente durante un esfuerzo extendiéndose hacia las nalgas.
- limitación de los movimientos de la columna y elevación de la pierna
- El episodio suele afectar a un solo lado (unilateral).

Crónicos



- Dolor constante o progresivo, bilateral o alterno.
- Dolor constante o progresivo, bilateral o alterno.
- Rigidez lumbar matutina.

Etiología y patogenia

Etiología y Patogenia



Tratamiento



...“En los casos crónicos, puede ser frustrante: por un lado, los pacientes están desesperados por obtener la curación, y por el otro, los médicos están ansiosos por brindar algún alivio”.





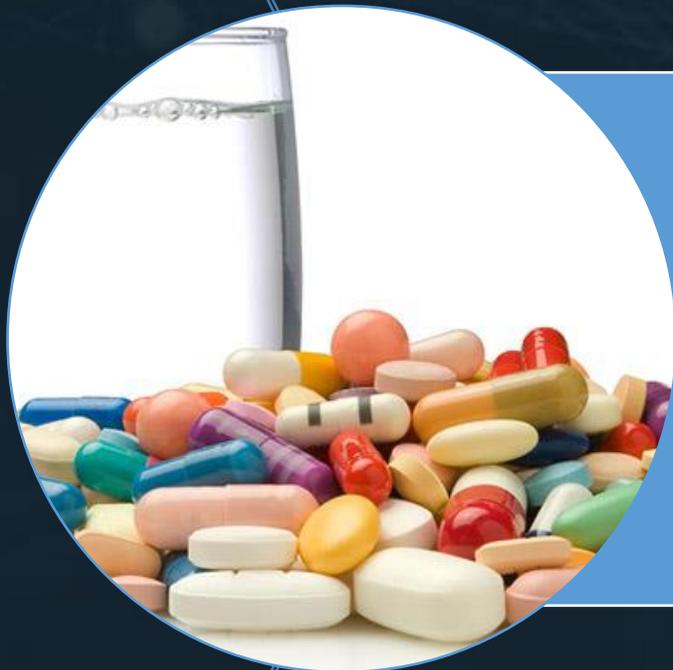
FASE
AGUDA



FASE
CRÓNICA



Fase aguda



Existe buena evidencia de que mantener la actividad es más efectivo que el reposo en cama.

- 49% menos de días de incapacidad
- Reposo obligado en cama, diferencia absoluta de 3,4 días



Las intervenciones que cuentan con evidencias más sólidas en la literatura son:

Mantenerse activo,

Hacer ejercicio durante los cuadros subagudo y crónico, así como después de la cirugía,

los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y

los antidepresivos.

TENS

No se revelo diferencia significativa frente al placebo para el Dolor Lumbar crónico

el Panel de Filadelfia se encontró que existe buena evidencia (nivel 1) de la no-utilidad de la TENS para el dolor lumbar agudo o crónico.



Tracción

Se encontró:



- una fuerte evidencia de que no existe diferencia en los desenlaces a corto o largo plazo (disminuir el dolor, la ausencia laboral o la discapacidad) con la tracción, ya sea continua o intermitente, comparada con un placebo o con la tracción simulada, para pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico, con o sin ciática.
- el Panel de Filadelfia: tracción activa con la simulada, se encontró que había una reducción del dolor ligeramente mayor en el grupo de la simulada.
- se concluye que no hay evidencia para incluir o excluir la tracción sola como tratamiento para el dolor lumbar.
- 41 Estudios

Ejercicio

Revisiones sistemáticas

- Revisión de 61 ensayos aleatorios controlados que incluyeron 6.390 participantes, se concluyó que existe sólo una evidencia limitada de mejoría con el ejercicio con una media de 7,3 puntos para el dolor
- Revisión sistemática de 39 estudios, 2 de alta calidad, que comparaban el ejercicio con otro tratamiento conservador del dolor lumbar agudo (cuidado usual por el médico general, terapia manual, escuelas de espalda y AINE); en la mayoría de los estudios no se encontraron diferencias en la intensidad del dolor,
- Panel de Filadelfia se evaluó la utilidad del ejercicio luego de la cirugía de columna lumbar, y se encontró un buen nivel de evidencia (nivel 1, recomendación A) de que mejora la función y el dolor.
- Impacto del ejercicio en los días de pérdida laboral, un metanálisis identificó 14 artículos cuyos análisis cualitativo y cuantitativo muestran una evidencia fuerte de que con el ejercicio disminuyen los días de ausencia laboral durante el primer año de seguimiento,
- existe incertidumbre en cuanto a la intensidad y duración del ejercicio

Manipulación

La manipulación espinal:

- tiene una eficacia modesta de magnitud similar a la de otras intervenciones.
- Afectación del Dolor: El efecto resumido es de 7 mm al mes, en una escala EAV de 0 a 100 demasiado pequeño para ser de utilidad clínica (CI 95% = 1-14).
- En una evaluación de 39 estudios aleatorios controlados se encontró una mejoría de 10 mm



Antiinflamatorios



5/10 estudios se reportó superioridad del AINE sobre el placebo.

- 9 estudios se comparó con otros tratamientos farmacológicos o con fisioterapia; de éstos, sólo en 2 se demostró superioridad del AINE con respecto al acetaminofén o al tratamiento control.
- Se concluye que los AINE son útiles para el control a corto plazo del dolor, pero no lo son cuando hay dolor lumbar y ciático.
- Existe una evidencia moderada de que asociar un relajante muscular al AINE no produce un beneficio sustancial en el tratamiento del dolor lumbar agudo:

Tratamiento comportamental

Este tratamiento se basa en el supuesto de que el dolor y la discapacidad no sólo están relacionados con la enfermedad somática, si es que existe, sino también con factores psicológicos y sociales, relacionados con las actitudes y creencias del paciente y con su comportamiento como tal.

6 estudios de alta calidad, que dan un nivel de evidencia grado 1, de que la intervención comportamental tiene un efecto positivo moderado en la intensidad del dolor

Se concluye en la revisión que hay una fuerte evidencia de que el tratamiento comportamental de los pacientes con lumbalgia crónica tiene un efecto positivo en el dolor y la función, cuando se lo compara con estar en una lista de espera o con no hacer ningún tratamiento,

No hay una evidencia fuerte que favorezca alguno de los tratamientos comportamentales sobre el otro, ya sea cognitivo, operante, de respuesta o sus combinaciones.



Fajas o soportes



Se encontró una evidencia moderada de que los soportes no son útiles para la prevención primaria, y no se encontró evidencia de su utilidad para la prevención secundaria.

- No se pudieron utilizar medidas de resumen estadístico debido a la heterogeneidad de los estudios, de las medidas de desenlace y de las intervenciones de control.
- Además, existen muchos tipos diferentes de soportes lumbares y en muchos de los estudios no se aclaró cuál fue el utilizado.

Antidepresivos



La síntesis de la evidencia sugiere que los antidepresivos inhibidores de la recaptación de norepinefrina (amitriptilina, nortriptilina o maprot) son de leve a moderadamente efectivos para reducir el dolor (disminución del dolor entre 22 y 46%).

- Sugiere un ensayo clínico con estas drogas para los pacientes con dolor lumbar, pero no se recomiendan los ISRS.
- Sin embargo, no hay evidencia clara de que mejoren el estado funcional del paciente ni estudios adecuados que sustenten el uso de antidepresivos para el DL agudo.

Infiltraciones:



se concluye que no hay una evidencia convincente de la utilidad -aunque tampoco de la inutilidad- de estos tratamientos del dolor lumbar. Además, en las inyecciones locales a veces no queda claro si fueron en el ligamento iliolumbar, en los discos, en los puntos miofasciales o en puntos de acupuntura o por qué algunos investigadores utilizaron anestésicos de corta duración como la lidocaína y no de larga duración como la bupivacaína

Masaje

- Se encontró que el masaje era inferior a la manipulación y a la TENS, igual a los corsés y los ejercicios y superior a la terapia de relajación, a la acupuntura y a la educación en autocuidado. Se concluye que el masaje puede ser útil para los pacientes con dolor lumbar inespecífico subagudo o crónico, cuando se combina con otras intervenciones como el ejercicio y la educación.

Medios físicos

- De acuerdo con los niveles de evidencia, para una población mixta con dolor agudo o subagudo existe una evidencia moderada, en el corto plazo, de que un vendaje caliente aplicado por 8 horas, o una manta eléctrica aplicada por 25 minutos son mejores que no aplicar calor

Escuelas de espalda

- En un metanálisis que evaluó 18 estudios controlados con un total de 1.682 participantes, analizando 14 tipos de desenlace, se encontró que las escuelas eran útiles en los primeros seis meses para enseñar a corregir la postura y los movimientos; además, se halló un pequeño efecto en las variables económicas como en la utilización del sistema de salud, pero no se encontraron efectos en variables clínicas como la intensidad del dolor

Maier-Riehle B, Härter M. The effects of back schools- a meta-analysis. *Int J Rehabil Res* 2001; 24: 199-206.

Calificación Origen y PCL

Criterios

Criterio 1

Deficiencia con Base en el Diagnóstico – DBD,

(Factor principal):

Categorías diagnóstico:

1. Dolor de columna recurrente
2. crónico o crónico no específico.
3. Lesiones de disco intervertebral y patología de segmentos móviles en uno o múltiples niveles.
4. Estenosis cervical y lumbar.
5. Fracturas y luxaciones vertebrales.
6. Fracturas y luxaciones pélvicas.

Criterio 2

Historia funcional

(Factor modulador):

Se determina con base en los criterios establecidos en cada tabla regional (cervical, torácica, lumbar o pélvica).

Examen físico (alteración anatómica)

(Factor modulador):

Signos en el examen físico, indicador de la gravedad. (Signos, atrofia, acortamiento, radiculopatía, entre otros)

Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas

(Factor modulador):

Estudios diagnósticos y exámenes de laboratorio:

RX, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, medicina nuclear, ultrasonido, electrodiagnóstico, electromiografía y velocidades de conducción;

Patología no contemplada en los DX a evaluar por este capítulo, se debe aplicar la tabla que corresponda a la deficiencia que esté más correlacionada con el diagnóstico (Título Preliminar y documentada).
Diagnóstico corroborado (RMN y TAC...).
Compromiso de dos o más regiones de la columna vertebral: combinar la DG de cada región.

Tabla 15.3. Calificación de deficiencias de la columna lumbar.

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0(a)	1% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Restricción arcos de movimiento articular – compromiso funcional (ver Tabla 4 Artículo 8 – Instructivo para calificadores	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve	Movimientos activos normales con restricción moderada	Movimientos activos normales con restricción severa	Movimientos activos normales con restricción muy severa



Movilidad articular de Columna Vertebral

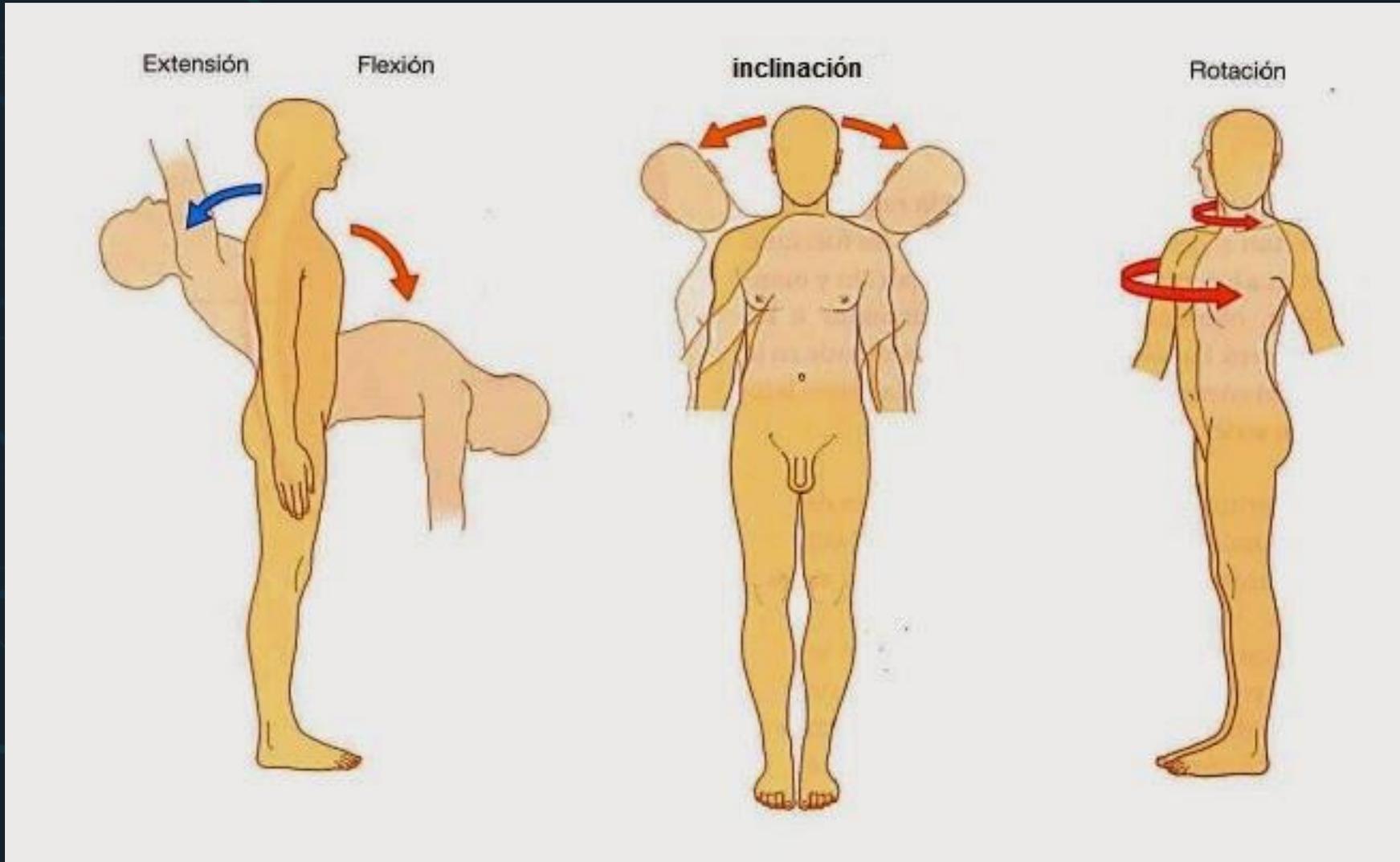


Tabla 4. Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómico.

Clasificación	Porcentaje anatómico ó funcional comprometido
Mínimamente anormal	Anormalidad anatómica o funcional no mayor de 10%, generalmente asintomática.
Alteración leve	Compromiso entre 11% y 25%.
Alteración moderada	Compromiso entre 26% y 50%.
Alteración severa	Compromiso entre 51% y 75%.
Alteración muy severa	Mayor del 75%.
Tener presente que el nivel de exactitud es imposible de lograr objetivamente.	

% de pérdida	Movilidad teórica	Disminución de la movilidad	Movilidad medida	AMA
0%	40°	0	40°	Flexión
20%	75°	15°	65°	Extensión
33%	45°	15°	30°	Inclinación derecha
66%	45°	30°	15°	Inclinación izquierda
80%	50°	40°	10°	Rotación derecha
0%	45°	0	50°	Rotación izquierda

BIBLIOGRAFIA

1

SALINAS DURÁN, FABIO ALONSO. (2007). Dolor lumbar: enfoque basado en la evidencia. *Iatreia*, 20(2), 144-159. Retrieved September 06, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932007000200004&lng=en&tlng=es.

2

Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *Phys Ther* 2001; 81: 1641-1674.

3

Long A, Donelson R, Fung T. Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercise for low back pain. *Spine* 2004; 29: 2593-2602.

4

Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med* 2003; 138: 871-881.

5

<https://www.centrodelacolumnavertebral.com.mx/2023/08/10/epidemiologia-sobre-padecimientos-lumbares/>

EVALUÉMONOS



PREGUNTAS

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Disponemos para ti los
canales de atención del:

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Educación virtual
+1.000 cursos virtuales y
Curso obligatorio cumplimiento

educavirtual@positiva.gov.co



**Educación presencial y
talleres web**
Congresos Nacionales

Positiva.educa@positiva.gov.co

Todo lo tienes con Positiva

Entra aquí, y descubre lo

<https://posipedia.com.co/>



Presentaciones
Técnicas



Juegos
Digitales



Ludo
Prevención

Positiva siempre contigo

La magia comienza aquí

<https://posipedia.com.co/>



Audios



Videos



Mailings

