



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD



IMPACTO DEL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y EL REINGRESO LABORAL DE TRABAJADORES CON LUMBALGIA AGUDA POSTESFUERZO

Tesis de posgrado de la carrera de Especialización en Medicina del Trabajo

AUTOR: Dr. Cristian Gabriel Cares

Neuquén - 2026

RESUMEN

La lumbalgia aguda postesfuerzo constituye una de las principales causas de consulta médica y ausentismo laboral en la población trabajadora, siendo frecuentemente denunciada como accidente de trabajo. El presente estudio tuvo como objetivo analizar el impacto del tratamiento sintomático multimodal, que incluye farmacoterapia (AINE's asociados o no a relajantes musculares o corticoides), rehabilitación kinésica y medidas de sostén, sobre la evolución clínica y el reintegro laboral.

Se realizó un estudio prospectivo analítico en trabajadores con lumbalgia aguda postesfuerzo. Se evaluaron variables clínicas y laborales, incluyendo intensidad del dolor mediante escala visual analógica (EVA) en distintos momentos, días de incapacidad laboral temporaria y tiempo hasta el reintegro laboral.

Los resultados evidenciaron una disminución progresiva del dolor y una alta tasa de reintegro laboral en las primeras semanas. La intensidad inicial del dolor se asoció con mayor duración de la ILT.

Se concluye que la lumbalgia aguda presenta una evolución favorable y que el tratamiento sintomático multimodal contribuye al alivio del dolor y al reintegro laboral, sin modificar de manera sustancial la evolución clínica, la cual depende principalmente de la historia natural del cuadro.

Palabras clave: lumbalgia aguda, accidente de trabajo, tratamiento sintomático, incapacidad laboral, reintegro laboral.

ABSTRACT

Acute post-exertional low back pain is one of the main causes of medical consultations and work absenteeism among the working population, frequently reported as a workplace accident. This study aimed to analyze the impact of multimodal symptomatic treatment, including pharmacotherapy (NSAIDs with or without muscle relaxants or corticosteroids), physical therapy, and supportive measures, on clinical course and return to work.

A retrospective observational study was conducted on workers with acute post-exertional low back pain. Clinical and occupational variables were evaluated, including pain intensity using a visual analog scale (VAS) at different time points, days of temporary work incapacity (TWI), and time to return to work.

The results showed a progressive decrease in pain and a high return-to-work rate in the first few weeks. No clinically significant differences were observed between the different treatment regimens in terms of pain course or duration of work incapacity. Initial pain intensity was associated with a longer duration of TWI. It is concluded that acute low back pain has a favorable evolution and that multimodal symptomatic treatment contributes to pain relief and return to work, without substantially modifying the clinical evolution, which depends mainly on the natural history of the condition.

Keywords: acute low back pain, work accident, symptomatic treatment, work disability, return to work.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	i	
ABSTRACT.....	ii	
INTRODUCCIÓN	1	
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	4	
I. Objetivo general	4	
II. Objetivos específicos	4	
III. Hipótesis	4	
MARCO TEÓRICO	5	
I. Prevalencia	5	
II. Clasificaciones	6	
III. Características	6	
IV. Factores de riesgo	8	
V. Marco legal en Argentina	8	
VI. Datos de estudios analizados	9	
VII. Estudios que compararon tratamientos con AINE´s	10	
VIII. Estudios que analizaron la rehabilitación	11	
IX. Estudios que compararon tratamientos con AINE´s + rehabilitación	12	
X. Estudios que analizaron tiempo hasta retorno laboral	12	
MATERIALES	Y	MÉTODOS
.....	14	
I. Diseño del estudio y justificación	14	
II. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14	
III. Metodología	15	

IV.	Población	
.....		16
V. Criterios de inclusión		16
VI. Criterios de exclusión		16
VII. Consideraciones éticas		17
RESULTADOS		18
I. Prevalencia del dolor		18
II. Intensidad del dolor		19
III. Días de Incapacidad Laboral Temporal		21
IV. Asociación entre intensidad inicial del dolor y duración de la ILT		22
V. Hallazgos patológicos en RNM		23
DISCUSIÓN		24
CONCLUSIONES		27
RECOMENDACIONES		29
BIBLIOGRAFÍA		31
LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS		34
LISTA DE ANEXOS		35
ANEXO 1: Frecuencia y promedio de edad		35
ANEXO 2: Distribución por sexo de los pacientes		36
ANEXO 3: Planilla de consolidación de datos		37
ANEXO 4: Escala visual analógica (EVA)		39
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA DE LA TESIS		40

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se desarrolla en el marco de la Especialización en Medicina del Trabajo y tiene como propósito analizar el impacto (ponderado en relación con la eficacia) del tratamiento sintomático en la evolución clínica y tiempo transcurrido hasta el reingreso laboral, en un grupo de trabajadores con lumbalgia aguda postesfuerzo denunciada como accidente de trabajo, los cuales recibieron atención en un centro médico laboral de la ciudad de Cipolletti en el período 2024 – 2026.

El dolor lumbar es conceptualizado como la “percepción de dolor ubicada entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea”, la cual es causada por un síndrome del sistema musculoesquelético relacionado con las vértebras lumbares

Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que aproximadamente el 80% de los adultos han presentado un episodio de lumbalgia, la cual que de no ser tratada a tiempo puede provocar incapacidad para el normal desarrollo de actividades cotidianas, sobre todo en el ámbito laboral y calidad de vida [1]. Aunque en la mayoría de los casos el cuadro es benigno y autolimitado, puede asociarse con discapacidad funcional y pérdida de productividad laboral

La incapacidad asociada con la lumbalgia se ha convertido en un problema de gran importancia, debido a las complicaciones que conlleva en los aspectos individuales, sanitarios, laborales, económicos y sociales. Además, tiene una gran implicancia en el aspecto socioeconómico, debido a que se tiene altas tasas de incidencia, a que produce un aumento de la tasa de ausentismo laboral y al alto costo relacionado con su tratamiento.

Se reconoce la existencia de varios factores de riesgo para padecer esta afección, tales como factores de índole individuales como son la edad y peso [2]. También, se evidencia la existencia de factores relacionados con la actividad laboral de los individuos, que se encuentran asociados a la prevalencia del dolor lumbar, siendo los principales el levantamiento de peso, cargas físicas elevadas,

inadecuado diseño ergonómico, mala postura en el trabajo, el estrés postural y las tareas repetitivas.

La lumbalgia aguda postesfuerzo se produce habitualmente como consecuencia de levantamiento de cargas, movimientos bruscos y sobreesfuerzos físicos. En el contexto de accidentes laborales, este cuadro suele clasificarse como una lesión musculoesquelética sin daño estructural evidente, lo que la ubica dentro de las lumbalgias mecánicas inespecíficas.

A pesar de su alta prevalencia, la lumbalgia aguda presenta una evolución generalmente favorable y autolimitada, lo que genera incertidumbre respecto al beneficio real de las intervenciones terapéuticas utilizadas de forma rutinaria. En la práctica clínica, el tratamiento sintomático es ampliamente indicado, muchas veces de manera heterogénea y sin una clara evidencia de superioridad entre las distintas opciones disponibles.

Esta situación plantea la necesidad de evaluar críticamente la eficacia de dichas intervenciones, especialmente en términos de resultados clínicamente relevantes como la reducción del dolor, la duración de la incapacidad laboral y el tiempo de reintegro al trabajo. La falta de evidencia local en el contexto argentino refuerza la importancia de generar datos propios que permitan orientar la toma de decisiones en el ámbito de la medicina laboral.

Desde una perspectiva teórica, en este estudio se realiza un proceso de análisis y sistematización de la relación entre la instauración del tratamiento sintomático precoz, la disminución del dolor y los días transcurridos hasta el reintegro laboral de los trabajadores con lumbalgia aguda postesfuerzo en el contexto de accidentes de trabajo, lo que aporta información sobre la relación entre tratamiento y evolución en una patología laboral de alta prevalencia, contribuyendo a la comprensión de su historia natural y al análisis del impacto real de las intervenciones terapéuticas. Asimismo, permite identificar posibles situaciones de sobretreatmento o uso ineficiente de recursos. Además, se realiza una revisión de estudios empíricos sobre la misma temática que brindan evidencia sobre la eficacia del tratamiento oportuno.

En el ámbito práctico, los resultados de esta investigación podrían influir en la elaboración de protocolos de manejo más racionales, promoviendo estrategias

centradas en la funcionalidad, la movilización precoz y el reintegro laboral oportuno. Esto tendría implicancias directas en la reducción de costos para el sistema de salud y en la mejora de la calidad de vida de los trabajadores.

Por lo tanto, este estudio se justifica por su relevancia clínica, epidemiológica, laboral y económica, así como por su potencial impacto en la optimización de las prácticas médicas en el ámbito de la salud ocupacional.

No es objeto del presente estudio ahondar en las alteraciones o patologías implicadas en la génesis del dolor lumbar, por lo que sólo se mencionarán los hallazgos imagenológicos encontrados.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

Evaluar la eficacia del tratamiento sintomático en pacientes con lumbalgia aguda postesfuerzo de origen laboral.

Objetivos específicos

Evaluar tiempo de incapacidad laboral (días de ILT)

Analizar lapso hasta reintegro laboral

Estimar la reducción del dolor con el tratamiento

Comparar datos obtenidos con estudios realizados

Hipótesis:

Los trabajadores con lumbalgia aguda postesfuerzo que reciben tratamiento sintomático multimodal presentan menor tiempo hasta el reingreso laboral, en comparación con los que no lo reciben.

MARCO TEÓRICO

Prevalencia

La lumbalgia representa una de las principales causas de consulta médica y ausentismo laboral, afectando significativamente la calidad de vida de los trabajadores y generando importantes repercusiones socioeconómicas. En el ámbito laboral es una de las principales causas de ausentismo, genera un alto número de consultas en servicios de medicina del trabajo, es una causa relevante de incapacidad laboral transitoria y produce un impacto económico significativo

En este contexto, la prevalencia de las lumbalgias de origen laboral varía considerablemente, influenciada por factores como el sector de actividad, siendo notablemente alta en áreas como la construcción y el sector industrial.

Según un análisis reciente de los datos relativos a la carga mundial de morbilidad, en 2020 la lumbalgia afectó aproximadamente a 619 millones de personas en todo el mundo y se estima que el número de casos aumente a 843 millones para 2050, debido en gran medida al aumento y envejecimiento de la población [3].

La lumbalgia, que tiene la prevalencia más elevada a nivel mundial entre las afecciones osteomusculares, es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. También es la afección en que la rehabilitación puede beneficiar al mayor número de personas [1].

Las personas de cualquier edad pueden padecer lumbalgia, incluidos los niños y los adolescentes y casi todas las personas padecen lumbalgia en algún momento de la vida [4]. El número máximo de casos se presenta entre los 50 y 55 años de edad, y las mujeres la padecen con mayor frecuencia que los hombres. Específicamente, la prevalencia del dolor lumbar aumenta con la edad, con tasas del 1% al 6% en niños de 7 a 10 años, 18% en adolescentes, y una prevalencia máxima que oscila entre el 28% y el 42% en personas entre 40 años y 69 años [5].

En Argentina, la lumbalgia aguda postesfuerzo constituye una de las patologías más frecuentemente denunciadas como accidente de trabajo en el sistema de riesgos laborales. Si bien no existen datos certeros sobre la prevalencia del dolor lumbar en Argentina, se han publicado algunos estudios epidemiológicos de diferentes poblaciones. Un estudio realizado en 2002, que involucró a 139.740 trabajadores de tiempo completo reportó el dolor lumbar como la tercera lesión más frecuente relacionada con el trabajo, con una tasa de incidencia de 5.2 episodios por cada 1000 trabajadores/año. Solo el 2.4% de esos episodios no llevaron al ausentismo laboral [6].

Clasificaciones

La lumbalgia se puede clasificar según su etiología en dos tipos: específica e inespecífica. En la específica, hay presencia de dolor ocasionado por alguna enfermedad subyacente (por ej. cáncer) o daño tisular (por ej. fractura), o ser atribuida a otros órganos (por ej. derivada de aneurisma renal o aórtico) o bien, el problema es estructural de la columna vertebral.

En la inespecífica no se puede precisar una enfermedad concreta o una causa estructural para explicar el dolor. Alrededor del 90% de los casos corresponden a lumbalgia inespecífica.

También se puede clasificar según tiempo de evolución de los síntomas en 3 tipos: aguda (dura menos de 6 semanas), subaguda (6 a 12 semanas) o crónica (más de 12 semanas).

Por otro lado, según su mecanismo de generación, se pueden clasificar por el modo de presentación del dolor en lumbalgias mecánicas, que se refiere a las que se producen por cambios posturales o movimientos que demandan tensión muscular frecuente o los cambios degenerativos y las lumbalgias no mecánicas como las de origen inflamatorio, de origen oncológico, las que cursan con procesos infecciosos o las producidas por las hernias discales.

Características

La estructura de la columna lumbar se rige por el patrón o disposición de sus elementos, que incluye el componente óseo, articular, ligamentario, discal,

musculo-tendinoso y resto de tejidos blandos adyacentes. La ocurrencia de cambios que alteren la disposición normal de estas estructuras puede generar dolor. Estas modificaciones presentan una interrelación importante con malformaciones congénitas y con los deterioros graduales o degenerativos de dichos componentes y sus funciones normales [7].

En relación a la fisiopatología, el dolor lumbar se explica mediante la interacción de diversas estructuras como los discos intervertebrales, raíces de nervios espinales, placas terminales, articulaciones facetarias y sacroilíacas, músculos, vasos sanguíneos, fascias, huesos, nervios y meninges, en las que se generan la sensación nociceptiva, donde muchas de estas sensaciones pueden estar relacionadas a procesos degenerativos, alteraciones estructurales o traumatismos mecánicos; todos los cuales, por la acción de mediadores proinflamatorios como la bradicinina, serotonina, prostaglandinas E2, interleuquina 1, conllevan a un cambio de estructura y afectación del sistema radicular circundante [8].

Secer et al. (2009), establecen que la lumbalgia es frecuente en las consultas, fundamentalmente de etiología mecánica (97%), de las cuales el 70% es por causa de estiramientos músculo-ligamentarios, 10 % por procesos degenerativos discales y facetarios, 4% por hernias discales, 4% por fractura osteoporótica, 3% por estrechez del canal medular, 2% por espondilolistesis y menos del 1 % por fractura traumática. Asimismo, las causas espinales no mecánicas representaron menos del 1 % [9].

Sin embargo, existe un porcentaje significativo de individuos sintomáticos en los que los estudios de RMM no evidencian hallazgos anormales, mientras que otros trabajadores asintomáticos presentan alteraciones estructurales. Este fenómeno reafirma la necesidad de correlacionar la información clínica con los resultados imagenológicos, considerando el perfil ocupacional, los factores de riesgo y la exposición laboral específica.

Factores de riesgo

La biomecánica de la columna lumbosacra se altera por muchas variables, entre las que observamos: factores posturales (sedentarismo, posturas mantenidas), desequilibrios musculares (debilidad muscular abdominal o glútea), fuerzas de sobrecarga (cizallamiento o compresión), alteraciones estructurales / degenerativas, alteraciones anatómicas congénitas, edad y sobrepeso u obesidad.

Los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de lumbalgia aguda son: esfuerzo mecánico excesivo (actividades dinámicas que implican flexión y rotación del tronco, levantamiento de cargas, trabajo físico intenso), frecuencia de repetición (traumatismos acumulativos), tiempo de exposición (turnos prolongados sin pausas) y las posturas estáticas o inadecuadas.

Marco legal en Argentina

En Argentina, la lumbalgia y las afecciones de la columna lumbar están estrictamente reguladas por el sistema de Riesgos del Trabajo. Su reconocimiento depende de si se originan en un evento traumático puntual o en un proceso degenerativo causado por las tareas habituales. Todo el sistema se apoya en la Ley N° 24.557 de Riesgos del Trabajo (LRT), que es el marco general que regula la prevención de riesgos y establece la obligación de las ART de prevenir y reparar daños derivados del trabajo.

Lumbalgia como Accidente de Trabajo: Se encuadra de esta manera cuando la lesión ocurre por un evento súbito y violento por el hecho o en ocasión del trabajo – Art. 6, inciso 1 de la Ley 24.557 – [10]. La lumbalgia puede ser considerada accidente de trabajo cuando existe un hecho puntual (ej. levantar peso), hay inicio súbito del dolor y se puede identificar el mecanismo causante.

Lumbalgia como Enfermedad Profesional: es el daño progresivo por exposición a agentes de riesgo. Históricamente era rechazada, pero hoy está expresamente incluida en el listado de enfermedades profesionales a través del Decreto 49/2014 que determina como enfermedad profesional a la “hernia discal lumbosacra con o sin compromiso radicular que afecte a un solo segmento columnario”

[11], reconociendo como actividades laborales que pueden generar exposición a las “tareas que requieren de movimientos repetitivos y/o posiciones forzadas de la columna vertebral lumbosacra que en su desarrollo requieren levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados”, cuyos valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución durante la jornada laboral son los referidos en la Resolución N° 295/03 [12].

Prevención de lumbalgia y/o patología lumbar: La lumbalgia se previene controlando los factores de riesgo disergonómicos (posturas forzadas, levantamiento manual de cargas y movimientos repetitivos). En este aspecto se encuadra la Resolución 886/15 (Protocolo de Ergonomía), que es la norma operativa más relevante para la prevención. Obliga a las empresas a completar planillas de identificación de riesgos ergonómicos y a implementar medidas correctivas en cada puesto de trabajo a través de la identificación de estos riesgos y la evaluación de posturas, fuerzas, repetitividad, etc. Por su parte, la Resolución 295/03 establece los límites técnicos de peso para el levantamiento manual de cargas y los umbrales de seguridad para evitar lesiones musculoesqueléticas, considerando los factores de riesgo biomecánicos. Es la base técnica para establecer la relación causal entre trabajo y lumbalgia

Datos de estudios analizados

Los trabajos de investigación científica publicados en estos últimos 40 años han cambiado básicamente en el concepto que se tenía sobre la lumbalgia, que paso de ser considerada como un síntoma inespecífico, benigno y sin una clara repercusión clínica, a ser la segunda afección más consultada en países desarrollados como los EEUU donde genera un costo público de más de 55 billones de dólares por año [4] .

Una de las primeras publicaciones sobre lumbalgia laboral, iniciada por Québec Task Force en 1987 buscaba disminuir el tiempo de discapacidad laboral y la rápida reincorporación del paciente a su ámbito de trabajo, llegando a 3 conclusiones: en la mayoría de los pacientes no se encuentra alteración estructural que justifique la dolencia no llegándose a conocer la causa, la mayor

parte se autolimitan siguiendo un curso benigno y es importante una buena descripción del dolor y su localización [13].

En cuanto a los avances para crear un consenso en el manejo de la Lumbalgia como un problema de salud, en relación a los países hispanos en el año 2005, se publica la Guía para el manejo de las lumbalgias que eran diagnosticadas como inespecíficas, por la red española de investigadores (Reide.org), la cual se basó en comités de trabajos con profesionales de varios países de Europa, para redefinir los problemas de lumbalgia aguda y crónica , así como el grado de prevención en ambos casos; abordando la importancia de un buen diagnóstico, tratamientos recomendados y los que no lo son según la evidencia científica [14].

Existen diversas intervenciones terapéuticas para el dolor lumbar agudo inespecífico, incluyendo tratamientos farmacológicos y de fisioterapia respaldados por varias revisiones. Sin embargo , ninguna ha sido universalmente aceptada como la más eficaz. La incertidumbre respecto al tratamiento más efectivo puede deberse a la ausencia de múltiples comparaciones directas de los tratamientos disponibles. De hecho, la mayoría de los estudios publicados comparan solo una intervención a la vez.

Distintos estudios coinciden en que el tratamiento sintomático presenta una eficacia limitada en relación con la evolución natural de la lumbalgia (no así con la clínica). Se ha observado que la reducción del dolor es moderada, las diferencias con placebo son notorias y el impacto sobre la duración del cuadro es visible [15].

En este estudio, la eficacia del tratamiento se evalúa mediante:

- Variación del dolor mediante escala EVA
- Días de incapacidad laboral (ILT)
- Tiempo hasta reintegro laboral

Estas variables permiten cuantificar el impacto clínico y funcional del tratamiento en condiciones reales.

Estudios que compararon tratamientos con AINE´s

Diversos estudios han demostrado que los AINE mejoran eficazmente los síntomas en comparación con el placebo. Van Tulder et al, en una revisión realizada en 2006, encontraron y analizaron 65 estudios (ensayos con asignación al azar y ensayos controlados doble ciego) que incluyeron a más de 11 000 pacientes, y en los cuales se compararon diversos AINE con placebo. Concluyeron que los AINE pueden ser más efectivos para mejorar el dolor y la mejoría global a los 7 días en personas con dolor lumbar y ciática en comparación con placebo. La revisión encontró que los AINE aumentaron significativamente la proporción de personas que experimentaron una mejoría global después de 1 semana de tratamiento [16].

Por su parte, Dreiser et al, en un ensayo de dosis múltiples, doble ciego, doble enmascarado, aleatorizado, controlado y con placebo realizado en 2003, informaron que en el alivio del dolor lumbar agudo, Diclofenac demostró superioridad frente a placebo en el parámetro de eficacia primaria y en casi todos los resultados secundarios de la dosis inicial, mientras que los regímenes de dosificación múltiple flexible de Diclofenac e Ibuprofeno fueron significativamente superiores a placebo en la evaluación de eficacia global al final del estudio, el tiempo hasta la medicación de rescate durante todo el período del estudio, la evaluación de eficacia global al final del día en los días 1-2 y la diferencia de intensidad del dolor en la EVA al tercer día. Llegaron a la conclusión de que el régimen de dosificación múltiple flexible de diclofenaco es un tratamiento eficaz y seguro para el dolor lumbar agudo [17].

Estudios que analizaron la rehabilitación

Una parte fundamental de la rehabilitación abocada al tratamiento de la lumbalgia consiste en la terapia manual, ésta consta de varias técnicas: movilización, manipulación, estiramientos estáticos y potenciación de la musculatura. La más empleada para el tratamiento de los dolores lumbares es la manipulación

Hussain I. et al, en el año 2013, realizaron un ensayo clínico para evaluar la eficacia de la terapia manual para el tratamiento del dolor lumbar agudo. Observaron que todos los pacientes con dolor lumbar agudo inespecífico que

recibieron terapia manual como tratamiento de primera línea mostraron una reducción significativamente mayor de la intensidad del dolor y una mejora en los resultados funcionales en comparación con los que siguieron un programa de ejercicios generales para la columna vertebral durante un período de 4 semanas, llegando a la conclusión de que el tratamiento con terapia manual es eficaz para reducir el dolor y también para mejorar la incapacidad funcional. Asimismo, que produce un efecto inmediato en la reducción del dolor, mientras que tiempo después de haber recibido el tratamiento, la terapia manual junto con los ejercicios específicos, reducen el dolor y la incapacidad de los individuos, por lo que mejora las habilidades funcionales [18].

Estudios que compararon tratamientos con AINE´s + rehabilitación

Ghafoor et al, desde el año 2008 hasta el año 2018 en Pakistán, llevaron a cabo un estudio descriptivo – transversal en el que compararon dos grupos de trabajadores con lumbalgia. El primer grupo recibió tratamiento sólo con AINE mientras que el otro grupo se trató con AINE + rehabilitación. Se midió índice de discapacidad de Oswestry (ODI) y la escala analógica visual del dolor (EVA). Todas las medidas de resultado se tomaron al inicio y a las 2 semanas de seguimiento. Observaron que el grupo de AINE y fisioterapia mostró una diferencia estadísticamente significativa en el ODI y en la EVA después de dos semanas de seguimiento del tratamiento. Se concluyó que los AINE junto con la fisioterapia son más efectivos que los AINE solos [19].

Estudios que analizaron tiempo hasta retorno laboral

Otros estudios analizaron la distribución del tiempo de retorno laboral con y sin tratamiento, estimándola en base a datos provenientes de guías clínicas internacionales y revisiones sistemáticas, que indican que aproximadamente el 65% de los pacientes con lumbalgia aguda que reciben tratamiento oportuno retorna al trabajo dentro de las primeras dos semanas, mientras que un 15 % presenta licencias prolongadas >14 días. En contraste, sólo un 50 % de los

pacientes con la misma afección que no reciben tratamiento vuelven a trabajar luego de 14 días, mientras que el 25 % de los mismos tendrán licencias de larga duración [20] [21].

Distribución aproximada de retorno laboral:

Tiempo de reintegro	Con Tratamiento	Sin tratamiento
< 7 días	30-45%	25-35%
7-14 días	60-70%	45-55%
> 14 días	10-20%	20-30%

Gwenllian Wynne et al en 2013, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis en relación con ausencia laboral y reincorporación al trabajo en personas con dolor de espalda que reciben tratamiento específico. En el mismo observaron que la estimación global de la incidencia de ausentismo laboral en trabajadores con dolor de espalda fue del 15,5% en estudios con un período de seguimiento de hasta 6 meses. La estimación global de la proporción de personas con dolor de espalda que volvieron al trabajo fue del 68,2 % al mes, del 85,6 % entre 1 y 6 meses y del 93,3 % a partir de los 6 meses. Las estimaciones conjuntas sugieren una alta tasa de reincorporación al trabajo [22].

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio y justificación

Es un estudio prospectivo (se inicia el tratamiento y se observan los resultados hacia adelante en el tiempo), analítico (su objetivo no es solo describir, sino probar que el tratamiento es la causa de la mejoría, por lo que se analiza una relación causa-efecto), longitudinal (se requiere dar seguimiento a los pacientes para ver cómo evolucionan tras el tratamiento) y cuasi-experimental (se busca evaluar el impacto de una intervención sin asignar participantes al azar en grupos y no existe un grupo control).

En el mismo se evaluó la condición patológica, evolución clínica y eficiencia del tratamiento sintomático de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: trabajadores activos que manifestaron haber comenzado con dolor lumbar agudo luego de realizar un esfuerzo físico, con edades comprendidas entre 18 y 64 años (ANEXO 1), con diagnóstico lumbalgia aguda postesfuerzo y que no presenten criterios de exclusión como lumbalgias traumáticas (derivadas de accidentes in itinere, traumatismos directos, caídas de propia altura, caídas de altura, etc.) lumbalgias producidas por vibraciones de columna o cuerpo entero, lumbalgias crónicas debidas a patologías específicas (antecedente quirúrgico de la columna lumbar, lesiones neoforativas, radioterapia, metástasis) o a patología degenerativa, y finalmente otras algias de columna como dorsalgias o cervicalgias.

La información obtenida permitirá dimensionar el alcance y efectividad de la instauración oportuna del tratamiento sintomático en casos de lumbalgias postesfuerzo y aportar evidencia útil para fortalecer las medidas preventivas, ergonómicas y de control médico dentro del ámbito de la Medicina del Trabajo

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de consultas médicas en un centro médico especializado en salud ocupacional de la ciudad de Cipolletti, provincia de Río

Negro, donde se lleva a cabo la atención y seguimiento de accidentes de trabajo sufridos por el personal de varias empresas de la región.

El promedio de edad fue de 35,12 (ANEXO 1) y el porcentaje de hombres fue de 72,88 % (86 pacientes), mientras que el porcentaje de mujeres fue de 27,12 % (32 pacientes). (ANEXO 2)

La información fue registrada en una planilla de Excel para su posterior análisis. Subsiguientemente se elaboró una base de datos consolidada, utilizada como soporte del análisis estadístico y gráfico del estudio (ANEXO 3). Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva.

Metodología

El tratamiento sintomático consistió en analgesia vía oral con AINE,S (Diclofenac 75 mg cada 12 hs, Ibuprofeno 600 mg cada 12 hs o Etoricoxib 90 mg cada 24 hs), AINE + Relajante muscular (Ibuprofeno 600 mg + Clozoxazona 250 mg cada 12 hs o Diclofenac 75 mg + Pridinol 4 mg cada 12 hs) o AINE + Corticoide (Diclofenac 50 mg + Betametasona 0,3 mg cada 8 o 12 hs), rehabilitación FKT y medidas de sostén (reposo físico pero no absoluto, aplicación de calor localizado, adoptar postura adecuada, etc.)

En la primera atención se solicitan estudios por imágenes (Rx + RNM de columna lumbosacra) y se indica iniciar el tratamiento sintomático, comenzando con las primeras 5 sesiones de rehabilitación FKT. Al cabo de 1 semana se realiza el primer control, donde se reevalúa la evolución y condición del paciente y se decide si se indica alta laboral o continuidad del tratamiento (5 sesiones más de rehabilitación). Luego, 2 semanas después de la primera atención, se vuelve a reevaluar al trabajador momento en el cual se decide indicar 5 sesiones más de rehabilitación o se otorga alta laboral. Finalmente, a la tercera semana luego del ingreso y luego de haber realizado el paciente hasta 15 sesiones de rehabilitación FKT, se otorga alta por enfermedad inculpable debido a directivas de las ART, independientemente de si el trabajador presenta recuperación completa del dolor o no. Este grupo de pacientes generalmente continúa con el seguimiento y tratamiento de su afección a través de su mutual u obra social, o bien realiza el pedido de reingreso en la SRT. En relación con este punto, en el

presente estudio no se incluyen casos de recurrencias o reingresos de accidentes de trabajo que ya fueron tratados una vez.

Para evaluar la intensidad del dolor referida por los pacientes se utilizó la “Escala visual analógica para valoración del dolor” (EVA). La misma es una medida unidimensional, subjetiva y validada utilizada para registrar la intensidad y progresión del dolor de los pacientes, ya sea dolor agudo o crónico. Las puntuaciones se registran marcando a mano en una línea de 10 cm que representa un contínuo entre ausencia de dolor y dolor máximo. En uno de los extremos figura la frase «sin dolor» y en el extremo opuesto «dolor extremo». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor (ANEXO 4)

Población

Trabajadores con diagnóstico de lumbalgia aguda postesfuerzo denunciada como accidente laboral

Criterios de inclusión:

Pacientes entre 18 y 64 años

Diagnóstico de lumbalgia aguda

Evento desencadenante identificado como sobreesfuerzo laboral

Denuncia formal como accidente de trabajo

Criterios de exclusión:

Lumbalgias crónicas

Evento desencadenante traumático

Dolor lumbar debido a exposición a vibraciones

Recurrencia de lumbalgia aguda

Reingreso a atención por ART de lumbalgia persistente

Consideraciones éticas

El estudio respetó los principios éticos de la investigación en seres humanos.

Se mantuvo el anonimato de los evaluados respetando su derecho al secreto y privacidad, valorando la confidencialidad y el secreto profesional. Se aseguró la confidencialidad de los datos utilizados garantizando que los resultados obtenidos serán para fines académicos.

No se requirió consentimiento informado individual debido al carácter anónimo del estudio, garantizándose la confidencialidad y anonimato de los datos.

El acopio de datos cumplió con el principio enmarcado en la “Declaración de Helsinki”, que establece el respeto irrestricto del derecho de las personas a salvaguardar su integridad física y mental, y su personalidad, que pudieran ser vulnerados con los resultados de los datos [23], por lo que se mantuvo el anonimato de los nombres de los pacientes que formaron parte de la base de datos de la investigación. Además, el estudio tuvo un estricto cumplimiento de los principios de la investigación Biomédica y de Comportamiento de BELMONT, para la protección de sujetos humanos [24]. En la investigación se respetaron estrictamente los principios enmarcados en este informe como el de “no maleficencia” porque no se va a causar un daño intencionadamente al paciente con lumbalgia, ya que solo se va a observar la evolución de su patología. Así también, se respetó el principio de beneficencia, porque los resultados buscaran acciones concretas para conseguir un bien.

RESULTADOS

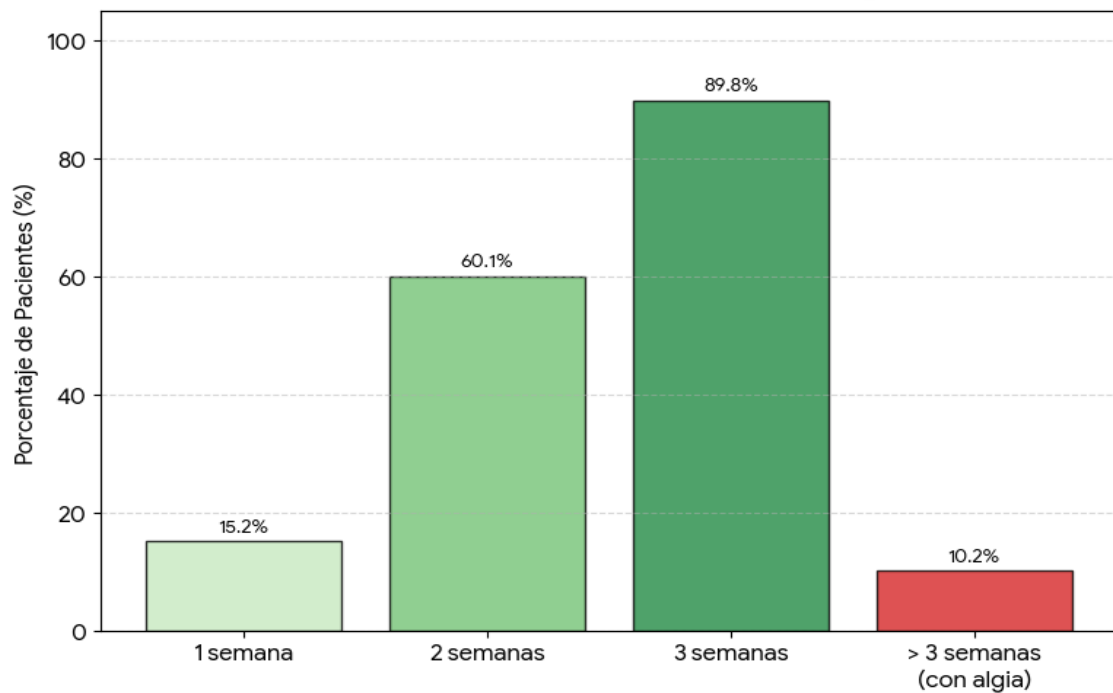
En el trabajo realizado, el análisis comprendió a 118 pacientes evaluados por lumbalgia aguda postesfuerzo (denunciada como accidente laboral) en consultas médicas realizadas en un centro médico laboral, durante el período 2024 – 2026.

Prevalencia del dolor

En cuanto a la presencia, persistencia y extinción del dolor, el porcentaje de pacientes en los cuales cedió el dolor al realizar tratamiento sintomático durante 1 semana fue del 15,2 %, durante 2 semanas fue del 44,9 %, sumando un total acumulado = 60,1 %. Finalmente, durante 3 semanas fue del 29,7 %, lo que suma un total acumulado = 89,8 %. Por su parte, el porcentaje de personas que continuaban con algia luego de 3 semanas de tratamiento fue del 10,2 %.

Por lo expuesto anteriormente, se concluye que el tratamiento sintomático estándar de hasta 3 semanas de duración, tuvo una efectividad en cuanto a remisión del 89,8 %.

En el siguiente gráfico se observa una curva de recuperación clara: entre la primera y la segunda semana se produce el mayor salto en la recuperación, pasando del 15.2% al 60.1% de pacientes sin dolor. Al concluir la tercera semana, casi 9 de cada 10 pacientes (89.8%) han resuelto su cuadro doloroso con el tratamiento sintomático. El 10.2% persiste con algia lumbar después de 21 días.



Fuente: Elaboración propia

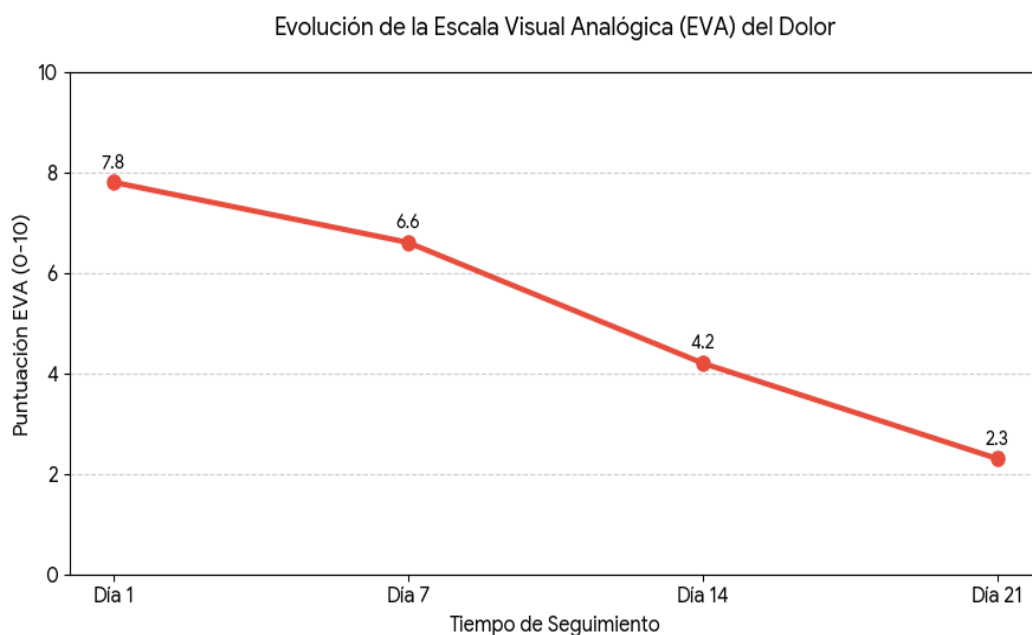
Intensidad del dolor

En relación con el dolor, medido con la escala EVA, se constató que en el día 1 de todas las consultas, el promedio general de la intensidad del dolor medido con la escala visual analógica fue de 7.8, el cual presentó una disminución progresiva y lineal a lo largo de las siguientes consultas, realizadas en los días 7, 14 y 21.

Tiempo	EVA media
Día 1	7,8
Día 7	6,6
Día 14	4,2
Día 21	2,3

De la tabla y gráfico se puede inferir que los pacientes inician el estudio con un nivel de dolor severo. Clínicamente, una puntuación por encima de 7 suele indicar un dolor que interfiere significativamente con las actividades diarias y el descanso. Luego de la primera semana hay una mejoría leve. El dolor pasa de "severo" a la parte alta del rango "moderado". Es la fase donde el tratamiento comienza a estabilizar los síntomas. En el día 14 se produce una reducción de 2.4 puntos (la mayor caída en el gráfico), esta es la fase más crítica de recuperación. El dolor cruza el umbral hacia niveles moderados-bajos. Una reducción de más de 2 puntos en la escala EVA se considera clínicamente significativa, lo que indica que el tratamiento está siendo altamente efectivo en este periodo. Finalmente, en el día 21, al concluir tres semanas de tratamiento, el dolor se sitúa en un nivel leve. La mayoría de los pacientes han recuperado gran parte de su funcionalidad, quedando solo molestias mínimas. Desde el día 1 hasta el día 21 el dolor disminuyó 5.5 puntos en total.

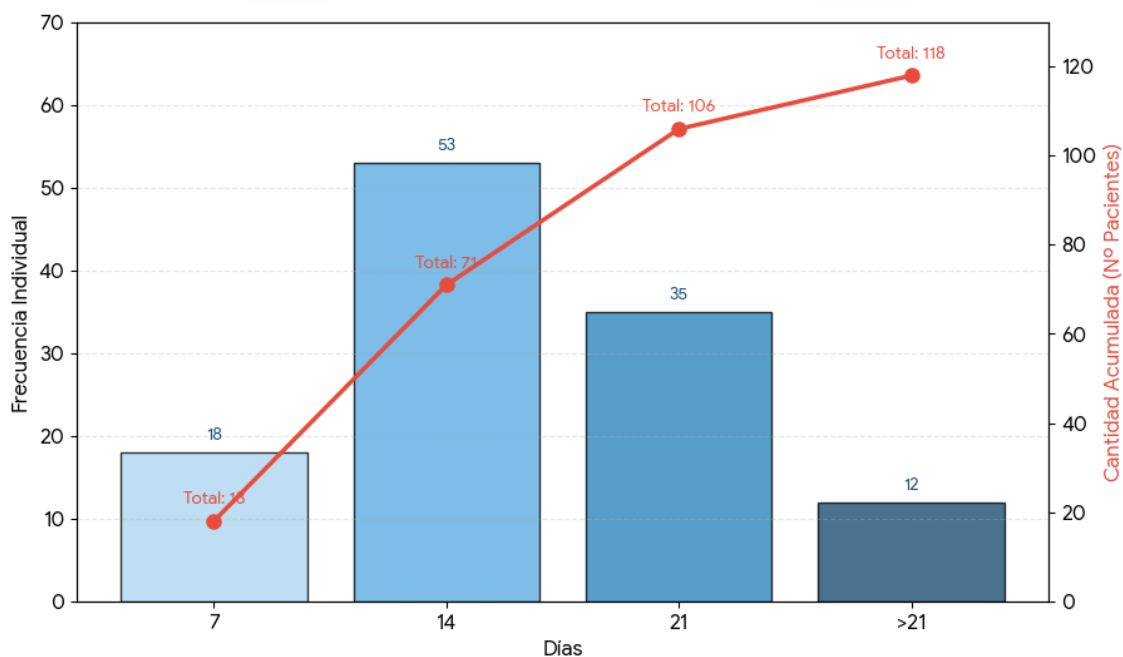
Por otro lado, la curva es descendente y constante, lo que sugiere que no hubo "rebotes" o recaídas significativas durante el seguimiento.



Fuente: Elaboración propia.

Días de Incapacidad Laboral Temporal

De este gráfico se puede analizar que 14 días de ILT es el pico de la gráfica (la moda), lo que indica que la mayoría de las incapacidades se resuelven en dos semanas. Al llegar al día 14, ya se han acumulado 71 pacientes (18 de la primera semana + 53 de la segunda), lo que representa el 60% del total del grupo. Al llegar al día 21, el acumulado es de 106 pacientes, alcanzando casi el 90% de la muestra. Esto es un indicador positivo de la efectividad del tratamiento y de la naturaleza autolimitada de la condición. Solo un pequeño grupo (10.2%) supera las 3 semanas de incapacidad. Estos representan las incapacidades prolongadas o casos más complejos. Aunque el grupo de ">21 días" es el más pequeño en número de personas (cerca al 10%), aporta una carga de días perdidos significativa (aproximadamente el 17% del total) debido a su larga duración.



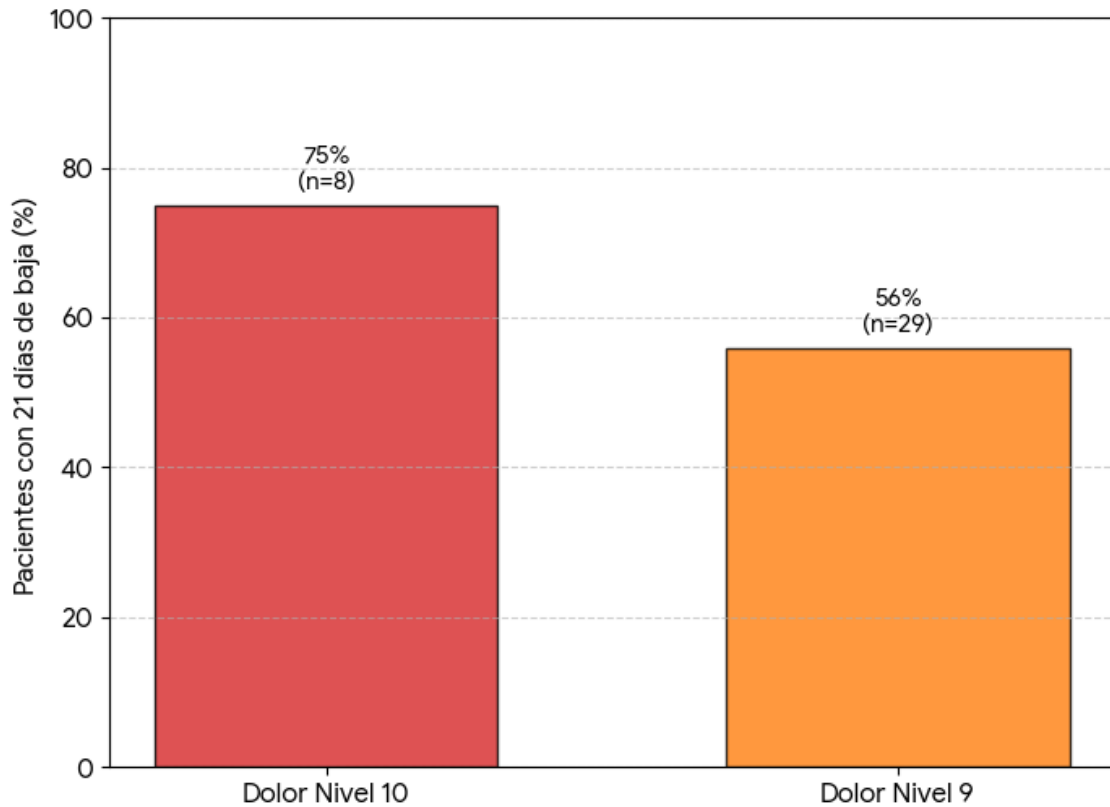
Fuente: Elaboración propia

Asociación entre intensidad inicial del dolor y duración de la ILT

Un hallazgo interesante para mencionar es la relación entre la mayor intensidad del dolor en la primera consulta, con una mayor duración en el tiempo de incapacidad laboral temporaria.

De los 8 pacientes que manifestaron tener una intensidad de dolor 10 en la primera consulta, el 75% de los mismos cursó con una incapacidad laboral de 21 días (y dos de estos expresaron continuar con dolor en la tercera semana). Por su parte, de los 29 pacientes que refirieron una intensidad de dolor de rango 9, más de la mitad de estos (el 56 %) tuvo un período de incapacidad laboral de 21 días. Por lo expuesto, se puede inferir que existe una relación proporcional entre la gravedad del síntoma percibido en la primera consulta y el tiempo de incapacidad. A mayor puntuación en la escala de dolor inicial, mayor es la probabilidad de que el paciente requiera el período máximo de reposo (21 días). En este sentido, la intensidad del dolor máxima actúa como un predictor crítico de incapacidad prolongada. El hecho de que el 75% de los pacientes con dolor de intensidad 10 alcanzara los 21 días de baja sugiere que este grupo tiene un pronóstico de recuperación más lento y difícil. Por otro lado, aunque la mayoría de los pacientes con dolor nivel 9 también requieren 21 días de incapacidad (56%), el porcentaje es significativamente menor que en el grupo de nivel 10. Esto indica que incluso un solo punto de diferencia en la escala de dolor inicial impacta notablemente en la velocidad de retorno al trabajo.

Intensidad de Dolor (1ª Consulta)	N de Pacientes (Muestra)	Incapacidad de 21 días (%)	Frecuencia Absoluta
Nivel 10 (Máximo)	8	75%	6 pacientes
Nivel 9 (Severo)	29	56%	16 pacientes



Fuente: Elaboración propia

Hallazgos patológicos en RNM

Por su parte, en las RNM realizadas a los pacientes atendidos, en un 82,20 % de las mismas (97 en total) se describió algún tipo de alteración relacionada generalmente a patología degenerativa de columna (cambios degenerativos discales como son la disminución de la altura y cambios en la forma del disco intervertebral, modificaciones de la intensidad de señal núcleo de disco, hernias del núcleo pulposo, desgarros o fisuras anulares, protrusión discal, espondilólisis, espondilolistesis y cambios en la intensidad de señal de la plataforma vertebral), mientras que sólo un 17,80 % de las mismas resultaron ser normales. No se analizarán en detalle las alteraciones mencionadas ya que no es el objetivo del estudio profundizar en las características de las patologías causantes de dolor lumbar.

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó el impacto del tratamiento sintomático multimodal (compuesto por farmacoterapia, rehabilitación kinésica y medidas de sostén) sobre la evolución clínica y el reintegro laboral en trabajadores con lumbalgia aguda postesfuerzo denunciada como accidente de trabajo.

Los resultados evidencian una evolución favorable en la mayoría de los pacientes, caracterizada por una reducción progresiva del dolor en los primeros 14 días, medida mediante la escala visual analógica (EVA) y un alto porcentaje de reintegro laboral dentro de las primeras tres semanas.

En relación con la evolución del dolor, se observó una disminución sostenida de la intensidad desde el momento inicial hasta el día 21. Esta mejoría clínica significativa en pacientes con lumbalgias mecánicas sugiere que el tratamiento tendría un efecto relevante sobre el síntoma principal referido por los mismos (dolor lumbar), mientras que no alteraría la evolución global clínica del cuadro, actuando principalmente como modulador del dolor más que como modificador del proceso patológico.

El abordaje multimodal implementado, que incluyó rehabilitación kinésica y medidas de sostén, refleja la práctica habitual en medicina laboral y constituye un aspecto relevante del estudio. La movilización precoz, la educación postural y la evitación del reposo absoluto son intervenciones que han demostrado favorecer la recuperación funcional. No obstante, incluso considerando este enfoque integral, la evolución clínica observada se alinea con el curso natural de la enfermedad, lo que refuerza la teoría de que la mejoría, si bien es impulsada por el tratamiento precoz, se encuentra fuertemente influenciada por la historia natural de la lumbalgia aguda.

Los datos recopilados en cuanto a duración de la ILT muestran una duración promedio cercana a los 15 días, incluyendo a los pacientes que referían continuar con algún tipo de dolor luego de 21 días de tratamiento. Esto indicaría que el tipo de tratamiento implementado tendría un impacto significativo en la duración de la incapacidad, lo cual es consistente con estudios previos que

señalan que el tiempo hasta el reintegro laboral es menor con el tratamiento farmacológico y/o kinesiológico, siendo influenciado también por factores individuales y laborales. Asimismo, se debe tener en cuenta el contexto de carácter laboral en el que se dieron las consultas del presente estudio, ya que existe un protocolo estandarizado y temporalmente estricto por el cual se rige la atención de estos pacientes, lo que elimina márgenes de tratamiento más allá del tiempo establecido a priori (21 días como máximo).

El reintegro laboral precoz observado en la mayoría de los casos constituye un resultado relevante desde el punto de vista de la medicina del trabajo. La evidencia sugiere que la reincorporación temprana a la actividad laboral no solo es segura en la mayoría de los pacientes, sino que también reduce el riesgo de cronificación del dolor y discapacidad prolongada.

Un hallazgo importante del estudio es la asociación entre mayor intensidad inicial del dolor y mayor duración de la incapacidad laboral. Esto sugiere que la severidad clínica inicial podría actuar como un factor pronóstico, condicionando la evolución posterior. Estos hallazgos sugieren que los pacientes que ingresan con rangos de dolor de 9 o 10 deben ser monitoreados con mayor atención desde el inicio, ya que presentan un riesgo elevado de cursar con una incapacidad laboral prolongada. Asimismo, el tipo de actividad laboral (especialmente en trabajos con alta demanda física) podría influir en el tiempo de reintegro, aunque este aspecto requiere mayor profundización.

Por su parte, en relación con la magnitud de la mejoría, al analizar comparativamente las distintas investigaciones consultadas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del presente estudio y las conclusiones de aquellas, lo que refuerza la teoría de que la terapéutica empleada disminuye el tiempo de duración de las manifestaciones agudas del cuadro. En la literatura analizada se describe en promedio un 60-70% de remisión con tratamiento en las primeras 2 semanas, mientras que el resultado obtenido en el presente estudio fue de 60.1% en 14 días.

En conjunto, los hallazgos de la investigación sugieren que, en el contexto de la lumbalgia aguda postesfuerzo, el tratamiento sintomático multimodal cumple un rol en el alivio del dolor, la facilitación de la recuperación funcional y el tiempo de

reintegro laboral, pero no modifica de manera sustancial la evolución clínica, la cual parece estar determinada en gran medida por la historia natural del cuadro, asociándose factores individuales y laborales. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia que indica que la lumbalgia aguda inespecífica posee un curso autolimitado, en el cual la mejoría clínica está moderadamente influenciada por la evolución natural de la enfermedad.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño, como la falta de control sobre variables no registradas, entre ellas factores psicosociales, adherencia al tratamiento kinésico o farmacológico y condiciones específicas del puesto de trabajo. A su vez, el seguimiento de los pacientes sólo se realizó hasta el día 21, por lo que, en cuanto a estadísticas relacionadas al dolor, quedaría excluido el grupo de pacientes que continuaba con dolor luego de 21 días de tratamiento.

En cuanto a relevancia de la investigación, una de sus fortalezas radica en el análisis de una población real y significativa de trabajadores, lo que otorga gran validez a los resultados. Mientras que, al tener un diseño prospectivo, se dispone de un seguimiento real de la evolución clínica. Por su parte, se recopilaron datos regionales, donde había vacío de evidencia, que a su vez aportan contenido al contexto argentino.

CONCLUSIONES

El tratamiento sintomático multimodal, que incluye farmacoterapia, rehabilitación kinésica y medidas de sostén, contribuye al alivio del dolor y a la mejoría funcional, aunque la lumbalgia aguda postesfuerzo en trabajadores presenta una evolución clínica favorable y predominantemente autolimitada. El impacto del tratamiento sobre el reintegro laboral es relevante, y a su vez, es influenciado principalmente por la intensidad inicial del dolor, la cual se identifica como un factor pronóstico relevante, asociándose a mayor duración de la incapacidad laboral.

El tratamiento aplicado demuestra una eficacia alta para el manejo del cuadro doloroso, según escala EVA, logrando transformar un dolor incapacitante (7,8) en uno manejable o leve (2,3) en solo 21 días.

La rehabilitación kinésica y las medidas de sostén cumplen un rol relevante en la promoción de la movilización precoz y la recuperación funcional, aunque no modifican de manera sustancial la evolución natural del cuadro.

En consecuencia, el abordaje de la lumbalgia aguda en medicina laboral debería centrarse no solo en el tratamiento sintomático, sino también en la optimización del reintegro laboral precoz y en la prevención de nuevos episodios.

Se espera que el tratamiento sintomático reduzca el tiempo de licencia laboral en aproximadamente 3 a 5 días en comparación con pacientes no tratados, sin modificar significativamente la evolución clínica global de la lumbalgia aguda.

La valoración de los estudios que comparaban AINE y placebo demostró que es estadísticamente significativo en término de beneficio el efecto aportado por los AINE frente al placebo. Comparados con otras drogas hay marcada evidencia de que no son más efectivos para el dolor agudo, al igual que ocurre al compararlos con los métodos no farmacológicos [16].

Por lo expuesto, se concluye que la hipótesis planteada se confirmó, ya que se observó una alta tasa de reingreso laboral luego de tres semanas de tratamiento (teniendo en cuenta la duración de una lumbalgia aguda es de seis semanas), en concordancia con los estudios analizados que informaron que el tratamiento

sintomático precoz redujo los días de licencia laboral en comparación con placebo.

Los resultados obtenidos refuerzan que la lumbalgia aguda postesfuerzo es una condición de evolución favorable, donde el tratamiento sintomático cumple un rol facilitador, pero no determinante en el curso clínico.

RECOMENDACIONES

Sería útil para los médicos, los pacientes y todas las partes interesadas conocer la eficacia relativa de todos los tratamientos disponibles para el dolor lumbar agudo en términos de beneficios y riesgos, con el fin de fundamentar las decisiones de tratamiento y permitir elegir la mejor opción basándose en la evidencia y no solo en la opinión de los expertos.

Para evitar que la patología se haga crónica, es necesario recurrir a los métodos de tratamiento disponibles con efectividad probada para poder combatir de manera eficaz la patología en su estado agudo. Esto ahorraría al paciente sufrimiento y, por otro lado, ayudaría a equilibrar el sistema sanitario en cuanto al gasto en recursos.

La ausencia de intervenciones ergonómicas o de programas de prevención podría contribuir a la aparición de nuevos episodios o a la repetición de estos.

Recomendaciones clínicas:

Priorizar el uso de AINE's como tratamiento de primera línea, evitando la sobremedicación.

Limitar el uso de corticoides y relajantes musculares a situaciones específicas.

Evitar el reposo absoluto, promoviendo la movilización precoz.

Incorporar sistemáticamente la rehabilitación kinésica en el manejo inicial.

Recomendaciones en medicina laboral:

Favorecer el reintegro laboral precoz, incluso con tareas adaptadas.

Evaluar el puesto de trabajo para identificar factores de riesgo biomecánico.

Implementar programas de ergonomía laboral con capacitación en higiene postural y manejo de cargas.

Considerar la intensidad inicial del dolor como criterio para seguimiento más estrecho.

Recomendaciones para ART y sistema de salud:

Estandarizar protocolos de tratamiento para lumbalgia aguda.

Evitar tratamientos innecesarios que no modifiquen la evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo. Ginebra: OMS; 2019.
2. Manchikanti L, Singh V, Falco FJE, Benyamin RM, Hirsch JA. Epidemiology of low back pain in adults. **Neuromodulation**. 2014 Oct;17 Suppl 2:3-10.
3. 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).
4. Ehrlich GE. Low back pain. **Bull World Health Organ**. 2003;81(9):671-6.
5. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. **Lancet**. 2021 Jul 3;398:78-92.
6. Soriano ER, Zingoni C, Lucco F, Catoggio LJ. Consultas por lumbalgia laboral en Argentina. **J Rheumatol**. 2002;29(5):1029-33.
7. Postigo R. Síndrome de dolor lumbar crónico. **Rev Med Clin Condes**. 2007;18(3):239-45.
8. Määttä JH, Karppinen J, Paananen M, Bow C, Luk KDK, Cheung KMC, et al. Refined phenotyping of Modic changes: imaging biomarkers of prolonged severe low back pain and disability. **Medicine (Baltimore)**. 2016 May;95(22).
9. Seçer M, Muradov J, Dalgiç A. Evaluation of congenital lumbosacral malformations and neurological findings in patients with low back pain. **Turk Neurosurg**. 2009 Apr;19(2):145-8.

10. Argentina. Ley N° 24.557 de Riesgos del Trabajo. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 4 Oct 1995.
11. Argentina. Decreto N° 49/2014. Riesgos del Trabajo. Listado de Enfermedades Profesionales. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 20 Ene 2014.
12. Argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Resolución 295/2003. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 10 Nov 2003.
13. Quebec Task Force on Spinal Disorders. A monograph for clinicians: report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. **Spine**. 1987;12:1-59.
14. Grupo Español de Trabajo del Programa COST B13. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica. 2006. Disponible en: <http://www.REIDE.org>
15. Machado GC, Richards B, Needs C, et al. Implementation of an evidence-based model of care for low back pain in emergency departments: protocol for the Sydney Health Partners Emergency Department (SHaPED) trial. **BMJ Open**. 2018;8:e019052. doi:10.1136/bmjopen-2017-019052
16. Van Tulder MW, Scholten RJPM, Koes BW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. In: **Cochrane Database Syst Rev**. 2006;1. Chichester: John Wiley & Sons.
17. Dreiser RL, Marty M, Ionescu E, Gold M, Liu JH. Relief of acute low back pain with diclofenac-K 12.5 mg tablets: a flexible dose, ibuprofen 200 mg and placebo-controlled clinical trial. **Int J Clin Pharmacol Ther**. 2003 Sep;41(9):375-85.
18. Hussain I, Hussain Shah SI, Amjad I. Efficacy of spinal manual therapy in non-specific acute low back pain. **Rawal Med J**. 2013;38.

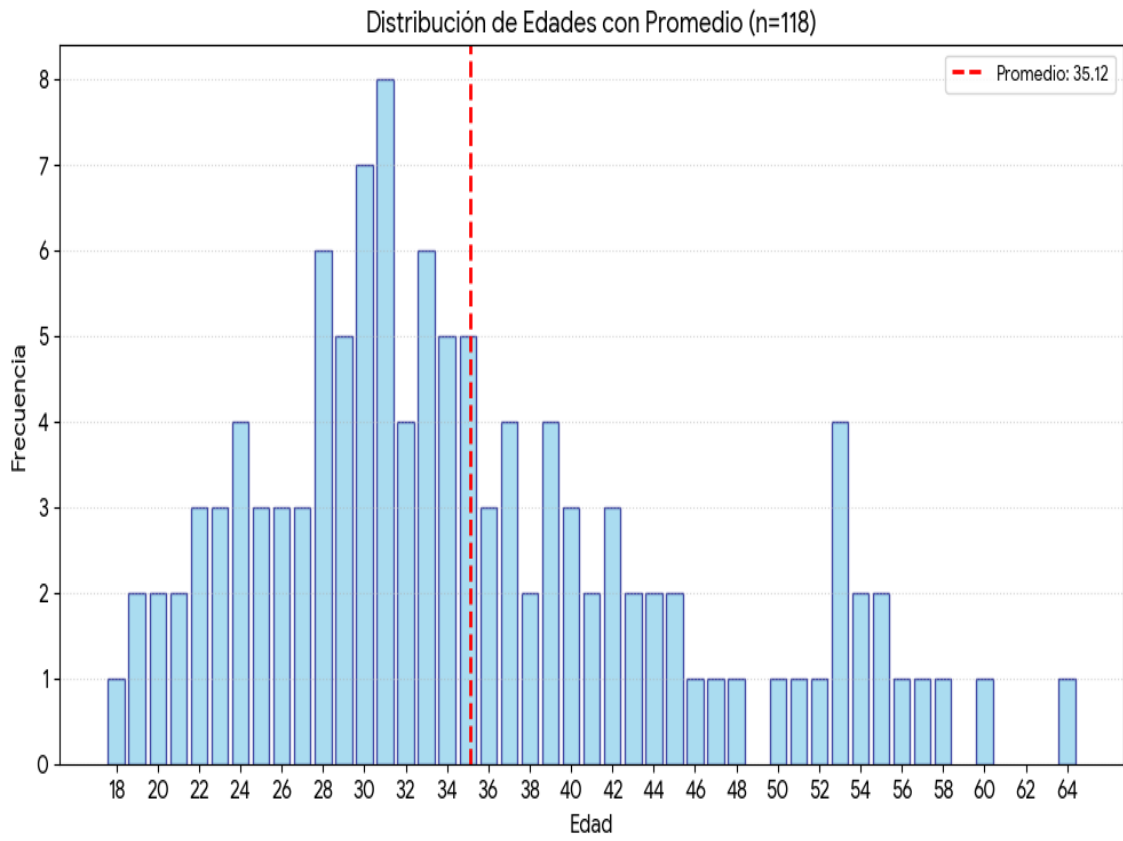
19. Ghafoor I, Kalsoom T, Gohar A, Rasul A. Effectiveness of NSAIDs and physiotherapy in acute low back pain on pain and function in workers of Pakistan textile industry. *J Liaquat Univ Med Health Sci*. 2019;18(4):320-4.
20. Koes BW, van Tulder MW, Lin CWC, Macedo LG, McAuley J, Maher CG. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010 Dec;19(12):2075-94.
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. London: NICE; 2020. (NICE guideline NG59).
22. Wynne-Jones G, Cowen J, Jordan JL, Uthman O, Main CJ, Glozier N, et al. Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2014 Jun;71(6):448-56.
23. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; [cited 2026 Apr 9]. Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
24. United States Department of Health and Human Services. The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. 1979 [cited 2026 Apr 9]. Available from: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

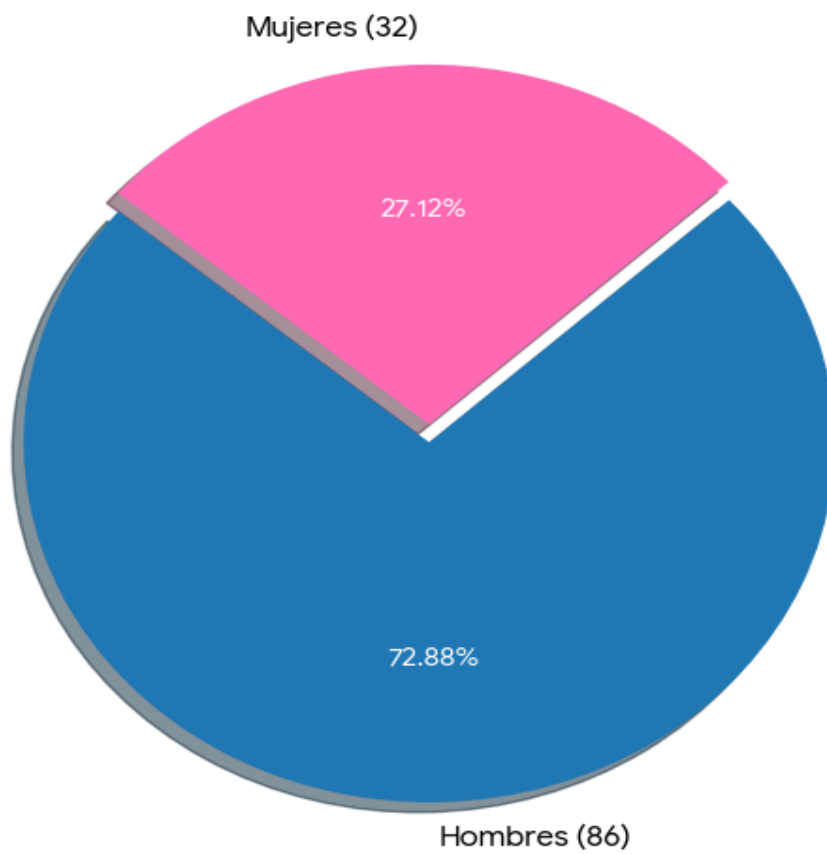
- . AINE: Antinflamatorio no esteroideo
- . ART: Aseguradora de riesgos del trabajo
- . EVA: Escala visual analógica
- . FKT: Fisio kinesio terapia
- . ILT: Incapacidad laboral temporaria
- . LRT: Ley de riesgos del trabajo
- . ODI: Oswestry disability index (Índice de discapacidad de Oswestry)
- . Rx: Radiografía
- . RNM: Resonancia nuclear magnética

ANEXOS

ANEXO 1: Frecuencia y promedio de edad



ANEXO 2: Distribución por sexo de los 118 pacientes



ANEXO 3: Planilla de consolidación de datos

Se presenta la planilla estructurada para el registro de los datos individuales de los trabajadores incluidos en el estudio. La misma representa el instrumento de recolección de datos.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	ID	Edad	Sexo	Días de ILT	Días hasta que cedió algia	RNM patológica	EVA Día 1	EVA Día 7	EVA Día 14	EVA Día 21
2	1	23	Masculino	14	14	No	8	7	2	
3	2	29	Femenino	21	21	No	7	8	7	2
4	3	24	Masculino	14	14	Sí	9	8	2	
5	4	42	Masculino	7	7	Sí	7	1		
6	5	23	Masculino	21	>21	No	10	9	9	6
7	6	50	Masculino	14	14	Sí	8	7	1	
8	7	31	Femenino	21	>21	Sí	7	8	8	4
9	8	33	Masculino	14	14	Sí	9	8	2	
10	9	45	Masculino	14	14	Sí	8	7	2	
11	10	20	Femenino	7	7	No	6	1		
12	11	27	Masculino	14	14	Sí	7	6	1	
13	12	60	Masculino	21	21	Sí	8	8	7	1
14	13	19	Masculino	21	21	No	9	8	7	2
15	14	31	Masculino	14	14	Sí	6	6	3	
16	15	28	Femenino	21	>21	Sí	9	9	8	4
17	16	55	Masculino	7	7	Sí	6	2		
18	17	30	Masculino	14	14	Sí	9	8	2	
19	18	40	Masculino	14	14	Sí	6	6	1	
20	19	28	Femenino	21	21	Sí	8	8	6	0
21	20	37	Masculino	14	14	Sí	7	6	2	
22	21	48	Masculino	14	14	Sí	9	8	2	
23	22	29	Masculino	21	21	No	8	8	7	1
24	23	25	Masculino	7	7	Sí	7	1		
25	24	34	Masculino	14	14	Sí	6	6	3	
26	25	28	Femenino	14	14	Sí	9	8	2	
27	26	44	Masculino	21	>21	Sí	8	9	8	5
28	27	31	Masculino	21	21	Sí	8	8	6	2
29	28	53	Masculino	14	14	Sí	10	9	3	
30	29	30	Femenino	14	14	Sí	9	8	2	
31	30	30	Masculino	7	7	No	7	2		
32	31	24	Masculino	21	21	Sí	7	6	6	1
33	32	58	Masculino	14	14	Sí	6	5	3	
34	33	30	Masculino	14	14	Sí	7	6	1	
35	34	41	Femenino	21	21	Sí	9	8	8	2
36	35	19	Masculino	14	14	No	7	6	1	
37	36	36	Masculino	7	7	Sí	6	2		
38	37	47	Masculino	14	14	Sí	8	7	3	
39	38	22	Femenino	21	>21	Sí	9	8	8	5
40	39	26	Masculino	14	14	Sí	7	6	2	
41	40	64	Masculino	21	21	Sí	8	8	6	1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
41	40	64	Masculino	21	21	Si	8	8	6	1
42	41	29	Masculino	14	14	Si	9	8	2	
43	42	43	Masculino	14	14	Si	10	9	3	
44	43	33	Femenino	21	21	Si	10	9	8	0
45	44	51	Masculino	7	7	Si	7	2		
46	45	25	Masculino	14	14	No	9	8	2	
47	46	32	Masculino	14	14	Si	6	5	1	
48	47	35	Masculino	21	21	Si	8	8	7	2
49	48	57	Masculino	14	14	Si	7	6	2	
50	49	40	Masculino	21	>21	Si	9	8	8	6
51	50	39	Masculino	14	14	Si	8	7	2	
52	51	31	Masculino	7	7	Si	7	2		
53	52	35	Masculino	21	21	Si	7	8	7	2
54	53	46	Femenino	14	14	Si	8	7	2	
55	54	24	Masculino	14	14	No	9	8	2	
56	55	37	Masculino	21	21	Si	7	7	6	1
57	56	38	Masculino	14	14	Si	7	6	3	
58	57	30	Femenino	7	7	Si	8	2		
59	58	42	Masculino	14	14	Si	9	8	2	
60	59	24	Masculino	14	14	Si	6	6	3	
61	60	52	Masculino	21	>21	Si	8	7	8	5
62	61	18	Masculino	28	21	No	7	7	6	2
63	62	34	Femenino	14	14	Si	9	8	2	
64	63	36	Masculino	14	14	Si	8	7	2	
65	64	56	Masculino	21	21	Si	10	9	8	2
66	65	21	Masculino	7	7	Si	7	2		
67	66	38	Masculino	14	14	Si	8	7	1	
68	67	22	Femenino	14	14	Si	9	8	2	
69	68	31	Masculino	21	21	Si	6	7	6	1
70	69	45	Masculino	14	14	Si	7	6	2	
71	70	35	Masculino	14	14	Si	8	7	2	
72	71	28	Masculino	21	21	Si	9	8	7	1
73	72	31	Masculino	7	7	Si	6	2		
74	73	32	Femenino	14	14	Si	8	7	2	
75	74	41	Masculino	21	>21	Si	9	9	7	5
76	75	25	Masculino	14	14	Si	9	8	3	
77	76	53	Femenino	21	21	Si	8	7	6	1
78	77	39	Femenino	14	14	No	10	9	3	
79	78	33	Masculino	14	14	No	7	7	4	
80	79	27	Masculino	21	21	Si	8	7	5	0
81	80	55	Masculino	7	7	Si	7	2		

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
81	80	55	Masculino	7	7	Si	7	2		
82	81	22	Femenino	14	14	Si	6	6	3	
83	82	37	Masculino	14	14	Si	8	7	2	
84	83	33	Masculino	21	21	Si	7	6	6	2
85	84	34	Femenino	14	14	No	9	8	2	
86	85	44	Masculino	21	>21	Si	10	9	7	5
87	86	26	Femenino	14	14	Si	8	8	3	
88	87	29	Masculino	7	7	Si	7	2		
89	88	30	Femenino	21	21	Si	8	7	7	2
90	89	31	Masculino	14	14	Si	9	8	2	
91	90	40	Masculino	14	14	No	6	6	3	
92	91	26	Femenino	21	21	Si	9	8	8	2
93	92	54	Masculino	14	14	Si	8	7	2	
94	93	20	Masculino	7	7	No	7	2		
95	94	32	Masculino	14	14	Si	6	6	3	
96	95	28	Femenino	14	14	Si	8	7	2	
97	96	54	Masculino	21	21	Si	7	8	5	2
98	97	23	Masculino	14	14	Si	9	8	2	
99	98	36	Femenino	14	14	Si	8	7	2	
100	99	34	Masculino	14	14	Si	10	9	3	
101	100	33	Femenino	21	21	Si	10	9	8	1
102	101	43	Masculino	7	7	Si	8	2		
103	102	27	Masculino	14	14	No	9	8	2	
104	103	30	Femenino	14	14	Si	6	5	3	
105	104	39	Masculino	21	21	Si	8	7	7	2
106	105	33	Femenino	14	14	Si	7	6	2	
107	106	39	Masculino	14	14	Si	9	8	2	
108	107	37	Masculino	21	21	Si	8	7	6	1
109	108	53	Masculino	7	7	Si	7	2		
110	109	21	Masculino	14	14	No	7	6	2	
111	110	31	Femenino	7	7	Si	8	2		
112	111	29	Masculino	14	14	Si	9	8	2	
113	112	53	Masculino	21	21	Si	6	7	5	0
114	113	34	Masculino	14	14	Si	7	6	1	
115	114	35	Femenino	7	7	No	8	2		
116	115	35	Masculino	14	14	Si	8	7	2	
117	116	32	Masculino	21	21	Si	10	9	7	2
118	117	42	Masculino	21	>21	No	8	8	7	5
119	118	28	Masculino	14	14	No	10	9	3	

ANEXO 4: Escala visual analógica (EVA) para medir dolor



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA DE LA TESIS

Cares, Cristian. Impacto del tratamiento sintomático en la evolución clínica y el reingreso laboral de trabajadores con lumbalgia aguda postesfuerzo [Tesis].Cipolletti (Argentina): Universidad Nacional del Comahue; 2026.
