



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
ORIZABA VERACRUZ

PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

TITULO:

LUMBALGIA RECURRENTE Y FACTORES ASOCIADOS A CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES EN PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UMF No. 1.

TESIS DE POSTGRADO:

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. NELVI ABAD CAMILO

MATRICULA 99216523

DIRECCION: AND EUCALIPTOS 1-A C-13 FRACC. ARBOLEDAS ZAACHILA, SANTA
CRUZ XOXOCOTLAN OAXACA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF No.1 IMSS

ASESOR METODOLOGICO Y CONTENIDO

MAESTRIA EN CIENCIAS

DR. JOSE UBALDO TRUJILLO GARCIA.

ORIENTE 6 SUR 41 S/N

TEL 2721076122

EMAIL: utrujillo @uv.mx

ORIZABA, VERACRUZ

DICIEMBRE 2013.

RESUMEN ESTRUCTURADO.

Lumbalgia recurrente y factores asociados a calidad de vida en pacientes en primer nivel de atención de la UMF No.1.

Abad –Camilo N.* Trujillo García J. U. ** Médico Residente del tercer grado en Medicina Familiar** Maestro en Ciencias.

Introducción: La lumbalgia, es una patología muy frecuente de nuestra época que afecta a ambos sexos, sin importar la edad. Afecta tanto en el área física, psicológica, social y laboral, es decir en la calidad de vida del paciente. Los casos con lumbalgia no son abordados de manera específica y adecuada, originando una sobrecarga en los servicios de salud y convirtiéndose en pacientes con un padecimiento crónico, con pronóstico desfavorable y más difícil de tratar, ya que requieren de tratamientos más especializados, con mayores necesidades de infraestructura y recursos humanos, aumentando tiempo de espera para la resolución y ejecución de tratamiento incrementando costos por mayor cantidad y tipo de medicamentos, días de incapacidad y deterioro de condición general del paciente disminuyendo las expectativas de otorgar un pronóstico más favorable para la función y la calidad de vida.

Objetivo: Determinar la lumbalgia recurrente y factores asociados a calidad de vida en pacientes en primer nivel de atención de la UMF no. 1

Material y métodos: Estudio de casos y controles, muestreo probabilístico, aleatoria por estratos, 260 casos y 130 controles que cumplan los criterios de selección, que acudan a consulta externa de la unidad de medicina familiar No.01 de Orizaba, Ver, se aplicara 3 cuestionarios; uno se aplicará el cuestionario MOS modificado. El EQ-5D es una medida genérica de la auto-percepción del estado de salud de un individuo. Además el cuestionario de Oswestry una diferencia mínima de 15 puntos. Se utilizará estadística descriptiva razón de momios, OR, X^2 para diferencia, $p < 0.05$ e intervalo de confianza 95%.

Recursos financieros: Los propios del investigador.

Experiencia: Un residente de tercer año de medicina familiar con matricula 99216523, adscrito a la UMF 1, Orizaba, Ver; Un médico no familiar adscrito al HGR1 Orizaba, Ver.

Introducción

La lumbalgia es una patología de alta prevalencia en la población actual y tiene repercusiones socioeconómicas y laborales de enorme alcance. Esta incidencia peculiar de la patología es especialmente relevante, no sólo para el individuo enfermo sino también para su familia y toda la sociedad, cuando consideramos enfermedades de alta o altísima morbilidad y baja mortalidad, con alta cronicidad y perdurabilidad en el tiempo. Estas características son propias de las enfermedades médicas del aparato locomotor, y en concreto, la región lumbar que es la localización dolorosa más frecuente. Prácticamente todos los individuos sufrirán un episodio de lumbalgia en algún momento de la vida. Está considerada la principal causa de limitación de la actividad en personas menores de 45 años, y las terceras mayores de 45 años, así como la patología músculo esquelética, más prevalente en mayores de 65 años. El dolor lumbar es uno de los padecimientos más antiguos y frecuentes de la humanidad, prueba de ello es que es la segunda causa de requerimiento de atención médica en los países industrializados, se calcula que entre un 3% y un 4% de las consultas atendidas en atención primaria son debidas a las lumbalgia. Únicamente el resfriado común origina mayor demanda. Además es la tercera causa de intervención quirúrgica, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos. En la lumbalgia ocupacional intervienen factores físicos y psicosociales que contribuyen a la presencia del síndrome lumbar en el ámbito laboral. En los últimos 30 años, en las sociedades occidentales, la incapacidad asociada con dolor lumbar se ha convertido en un problema de gran importancia, debido a sus intrincados aspectos individuales, sanitarios, laborales, económicos y sociales. La patología lumbar tiene una influencia considerable en la salud pública. La verdadera trascendencia de las lumbalgia no radica en su prevalencia, sino en las recurrencia, su relación con la calidad de vida, la repercusión laboral y los costos de las incapacidades originadas.

Justificación

La lumbalgia representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, impacto y repercusión socioeconómicas, afecta a población edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. La patología lumbar tiene una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas de ausentismo laboral. El incremento progresivo de la población derechohabiente y la esperanza de vida, aunado a los cambios epidemiológicos y demográficos, entre otros han contribuido a la existencia de enfermedades musculo esqueléticas y cronicodegenerativas y más necesidades y demanda de atención. Esta situación tiene un gran impacto financiero importante para el instituto, se han elevado los costos de la atención y los recursos económicos. En el IMSS los servicios de atención se otorga por mayor a menor frecuencia y por su mayor complejidad del primer nivel al tercer nivel de atención. Los tres niveles tienen un sistema de referencia y contrareferencia, para la atención coordinada y continua de los pacientes. Lo anterior genera un diferimiento de seis a ocho semanas para recibir atención de segundo nivel lo que genera un impacto negativo en la recuperación funcional, en la reincorporación y la prevención de secuelas, Lo que incrementa el gasto en incapacidades, retardando la incorporación temprana del paciente a su entorno social y laboral. Incrementando las discapacidades, daño de las lesiones y la de secuelas irreversibles. Reconocer las necesidades de movilizar recursos y/o invertir en políticas, programas y servicios que mantengan y protejan a la salud mediante la programación y desarrollo de estilos de vida y ambientes saludables. Con base a la problemática expuesta, así como en el esfuerzo institucional por mejorar la calidad de los servicios, otorgar con mayor oportunidad la atención yo obtener mejores resultados en la salud de la población derechohabiente a menor costo. Al momento carecemos de indicador que nos permita identificar su prevalencia exacta.

Marco teórico:

Se considera a la lumbalgia como un síntoma caracterizado por dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, que compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional y que dificulta las actividades de la vida diaria pudiendo causar ausentismo laboral (1, 2,3).

Es uno de los padecimientos más antiguos y frecuentes de la humanidad, prueba de ello es que es la segunda causa de requerimiento de atención médica en los países industrializados, se calcula que entre un 3% y un 4% de las consultas atendidas en atención primaria son debidas a las lumbalgia. Únicamente el resfriado común origina mayor demanda. Además es la tercera causa de intervención quirúrgica, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos (4,5).

Diversos estudios epidemiológicos, han demostrado que la lumbalgia, puede afectar al 84% de las personas en algún momento de su vida, es decir un rango del 11 a 84%. Lo anterior sugiere que 9 de cada 10 sujetos tendrá dolor lumbar en algún momento; sin embargo, es posible que ese evento se resuelva y no vuelva a presentarse (5).

Es uno de los padecimientos más frecuentes de nuestra época que afecta tanto a hombres como a mujeres, adolescentes y adultos. En cuanto al género, algunos investigadores han encontrado que la prevalencia de lumbalgia es mayor en mujeres en comparación con los hombres. Wijnhoven y cols., Propuso diversas teorías que han sido propuestas para explicar la mayor prevalencia de lumbalgia en las mujeres. Algunos investigadores lo atribuyen a una mayor sensibilidad de las mujeres para el dolor y otros a factores psicológicos. La prevalencia documentada de lumbalgia oscila en rangos que van de 17.8% a 32%. Para dar una idea al respecto aproximadamente 6 a 8% de los enfermos pueden tener recaídas o transitar hacia la cronicidad de la enfermedad. Algunos autores, han encontrado que aproximadamente el 24.4% de los pacientes que sufren lumbalgia

experimentan recaídas de la sintomatología y uno de cada 6 pacientes adultos presentan como secuela limitación funcional. Los síntomas clínicos propios de esta patología tienen repercusiones tanto en el área física, psicológica, social y laboral, visto de una manera amplia, la calidad de vida de quien la padece se encuentra afectada. Para ello, se utilizara el cuestionario MOS modificado a través del cual se recabará información suficiente en cuatro áreas fundamentales a saber: Estado físico y capacidad funcional del enfermo, estado psicológico, interacciones sociales y desempeño del papel familiar que le corresponde, percepción de salud por parte del paciente. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente a la ausencia de enfermedad o afecciones (6).

Cada año, la mitad de los pacientes que consultan por este diagnóstico son por una recurrencia y el resto son casos nuevos. Su importancia radica en la incapacidad que causa para continuar desarrollando actividades cotidianas, así como en los descansos médicos que se suscitan por este diagnóstico (7)

La Organización Mundial de la Salud ha informado que 10 % de la población general presenta algún grado de discapacidad, del cual 7 % se trata de padecimientos del sistema neuromusculoesquelético y 3 % de tipo psicosocial (8).

Es un problema que se caracteriza por su alta prevalencia en la población de hecho hasta el 80% de la población la padece al menos una vez en la vida (9). Solamente dos de cada 10 personas pasarán su existencia sin dolor raquídeo (10)

No se sabe exactamente cuál es la proporción de afectados en todo el mundo. Se estima que 4-33% de la población la presenta. Mientras que en Estados Unidos, España y África, va de 8% a 56%. Datos recientes indican que su incidencia y prevalencia han permanecido estables durante los últimos 15 años. Sin embargo, la prevalencia en población general, es con poca frecuencia motivo de estudio, comparada con la prevalencia en grupos específicos, como escolares, adolescentes, estudiantes de medicina, trabajadores de la construcción, enfermeras, campesinos e indígenas, tan solo por mencionar algunos. Dada la frecuencia con que se presenta la lumbalgia, se ha tratado de identificar su etiología, hasta el momento, se han señalado aproximadamente 57 causas. Sin

embargo, no existe correlación lineal entre la clínica y las alteraciones anatómicas, por lo que un diagnóstico etiológico solo es posible en 10-20% de los casos, es decir, 80-90% de las lumbalgias serán inespecíficas. Por ello, aproximadamente 90% son atendidos y controlados por el médico de primer nivel de atención y solo el 10% tendrá que ser enviado a segundo nivel. (9,11)

En la Unión Americana se ha identificado que el 17% de los enfermos que son atendidos en centros de atención primaria presentan dolor crónico. En México, se ha observado que el 13% de la población entre edad de 20 a 59 años que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor. Estas cifras sugieren que el dolor crónico se presenta en dos de cada 10 sujetos que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria; lo anterior es coincidente con los reportes epidemiológicos que sugieren que un cuarto de la población lo presenta. De acuerdo a lo reportado por la Sociedad Americana de Dolor la espalda es la región anatómica más frecuentemente reportada por los enfermos con dolor crónico; esta ubicación es coincidente a lo descrito en el estudio europeo (46,000 sujetos de 16 países de la Unión Europea) (24% en Europa vs 27% en la Unión Americana). En nuestro país, al parecer contamos con cifras similares; de acuerdo con los reportes del Instituto Mexicano del Seguro Social el 12% de las consultas proporcionadas durante el 2003 en las Unidades de Medicina Familiar, correspondieron a dorsopatias (12,3).

Los expertos han propuesto individualizar las lumbalgias recidivantes y definir las como la aparición de, al menos, dos episodios agudos en menos de un año de intervalo. (13)

Las enfermedades musculoesqueléticas representan en la actualidad uno de los principales problemas de salud en los países occidentales, ya que si bien su tasa de mortalidad es muy baja, inferior al 0,002% anual, presentan una alta tasa de morbilidad derivada principalmente de su enorme incidencia y prevalencia, afectando a un elevado porcentaje de la población general y representando el 40% de todas las enfermedades crónicas. En términos de morbilidad, entre las

enfermedades musculo esqueléticas destaca en primer lugar la artrosis y en segundo lugar el dolor de espalda (14).

La lumbalgia es una de las dolencias con mayor incidencia a nivel social y también con gran repercusión económica y laborales (15).

Desde el punto de vista económico, los costos directos e indirectos de dolor lumbar en términos de calidad de vida, productividad y ausentismo laboral son enormes, haciendo de esta condición común, el mayor contribuyente de la discapacidad musculo esquelética en todo el mundo (16).

El 10-15% de los pacientes con lumbalgia aguda que no mejora es responsable del 85% de los costos anuales (17).

En nuestros días la cantidad de pacientes con este padecimiento es muy grande y se sabe que va en aumento, algunos lo relacionan a la actividad laboral, malos hábitos de higiene de columna, traumatismos y tal vez factores degenerativos asociados con la edad avanzada. Se ha detectado que la mayoría de los casos que se etiquetan como dolor lumbar no son estudiados ni tratados de manera específica y adecuada, generando así una sobrecarga en los servicios de salud y convirtiéndose en pacientes con un padecimiento crónico, con pronóstico desfavorable y más difícil de tratar, ya que requieren de tratamientos más especializados, con mayores necesidades de infraestructura y recursos humanos, aumentando tiempo de espera para la resolución y ejecución de tratamiento incrementando costos por mayor cantidad y tipo de medicamentos, días de incapacidad y deterioro de condición general del paciente disminuyendo las expectativas de otorgar un pronóstico más favorable para la función y la calidad de vida (18).

El impacto económico de estas patologías es considerable. De cada 3 dólares empleados en la compensación de trabajadores norteamericanos, uno se ocupa a causa de trastornos musculo esquelético. El total estimado en estas compensaciones en EE.UU, es de 15 a 18 billones de dólares anuales, cuadruplicándose este valor si se contabilizan los costos indirectos es decir contratar y entrenar a nuevo personal. En distintos países de la UE, los costos de las enfermedades laborales varían entre 2,6 y 3,8% del producto interno bruto. La

causa de mayor importancia son los trastornos musculoesquelético con un coste de entre un 0,5 y 2% del producto interno bruto dependiendo del país (19).

El grave problema que la lumbalgia representa actualmente se puede percibir si consideramos que los gastos que se generan en cuidados relacionados a esta patología alcanzan los 50 billones de dólares anuales. El costo que genera el manejo de la lumbalgia debemos de señalar lo documentado por Ekman y col. quienes encontraron que los costos anuales del manejo de la lumbalgia llegan a \$20,700 euros; (costos directos \$3,100 euros y los costos indirectos llegan a cifras de \$17,600 euros, que incluye pérdida de productividad por los días laborales perdidos). Estos autores documentaron además que la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia se encuentra severamente deteriorada. Más aun, a la lumbalgia se le considera como la causa más frecuente de ausentismo laboral en población menor de 45 años de edad. La lumbalgia es una patología que durante su evolución clínica, puede incidir en forma negativa en el estado físico, mental, intelectual, familiar, laboral y social de los pacientes, en otras palabras, la calidad de vida de las personas que sufren lumbalgia se encuentra sensiblemente afectada. Su importancia radica en la incapacidad que provoca para continuar desarrollando actividades cotidianas, así como por la incapacidad laboral que origina y porque disminuye la calidad de vida. La incidencia y prevalencia del dolor de espalda baja son similares en el mundo, pero esta dolencia tiene rangos altos como causa de discapacidad e incapacidad para laborar, así como afección en la calidad de vida y como causa de consulta médica. Se ha comprobado que independientemente del nivel de una población determinada, los problemas de lumbalgia son de alta prevalencia aumenta con la edad, por factores de estilo de vida, como la obesidad y la falta de la actividad física. (20, 3,6).

Los factores de riesgo son numerosos, variados y heterogéneos, son características personales, adquiridas o genéticas que incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad, resultados de investigaciones recientes muestran algunos factores de riesgo que favorecen el desarrollo, persistencia y recaídas entre ellos se encuentran: posturas estáticas prolongadas, herencia, vejez, trabajos rudos, tabaquismo, obesidad, estrés, bajo bienestar psicológico, sexo

femenino, manejo de maquinaria pesada, exposición a vibraciones intensas, problemas emocionales y conductuales, dolor abdominal, cansancio, odinofagia, velocidad de crecimiento acelerada, rigidez tendinosa y del cuádriceps femoral, estudiar y trabajar, episodio previo de lumbalgia 12 meses antes del actual, edad mayor 25 años, talla alta, mayor o igual 1,80 m, sobrepeso, trabajos de construcción, de enfermería, de oficina, repetitivos y monótonos, posturas torcidas frecuentes, conducir vehículos diariamente, levantar y transportar cargas pesadas, insatisfacción laboral, desempleo, y trabajo en el campo (20).

Los factores psicológicos asociados con la aparición de dolor de espalda son la ansiedad, la depresión, inestabilidad emocional y comportamiento del dolor (por ejemplo, (exagerada). Factores ocupacionales, tales como el trabajo pesado, elevación, flexión, torsión, tracción, y empujar, claramente juegan un papel importante, al igual que el trabajo psicológico variables, como la insatisfacción laboral. Aspectos psicosociales de salud y el trabajo en combinación con aspectos económicos parecen tener más impacto en la pérdida de trabajo de aspectos físicos de las necesidades de personas con discapacidad física y del trabajo. La cronicidad del padecimiento a estudiar se determinó de acuerdo al número de semanas de evolución del cuadro clínico a saber: Aguda.- menos de 6 semanas de evolución; Subaguda.- de 6 a 12 semanas de evolución y Crónica.- Más de 12 semanas de evolución. Los episodios frecuentes son descritos como el dolor de espalda recurrente. La mayoría de los episodios de dolor de espalda baja establecerse después de un par de semanas, pero muchos de ellos tienen un curso recurrente, con más episodios agudos que afectan a 20-44% de los pacientes dentro de un año en la recurrencias de trabajo de la población y la vida útil de hasta un 85%. El dolor de espalda es muy común, pero su prevalencia varía en función a las definiciones utilizadas y la población estudiada. Un amplio estudio de los Países Bajos informó una incidencia de 28,0 episodios por 1 000 personas por año y por dolor lumbar con ciática una incidencia de 11,6 por 1000 personas por año. Es más frecuente en la población activa, con la más alta incidencia observada en los de 25-64 años. Los nuevos episodios son dos veces más comunes en las personas con una historia de dolor de espalda baja. La

prevalencia de vida es 58-84% y la prevalencia puntual, proporción de la población estudiada que está sufriendo dolor de espalda en un punto particular de tiempo es 4-33%. (20, 10,11). Tiende a ser persistente y recurrente (21,9).

En el desarrollo de la lumbalgia participan diferentes eventos. La prevalencia e incidencia son variables de acuerdo a la raza, la edad, el peso, el estrés causado por la forma de vida en ciudades industrializadas, el tipo de alimentación, los hábitos de vida y la actividad física cotidiana, el estado socioeconómico. Quibrera y col., divide en 5 clases socioeconómicas de acuerdo a su ingreso diario según salario mínimo: muy bajo 0 a 1.0 salario al día, bajo 1.1 a 2.0 medio 2.1 a 3, medio alto 3.1 a 4.0 y alto 4.1 en adelante. La lumbalgia tiene importantes consecuencias para los enfermos. Está relacionada con la aparición de problemas psicológicos tales como la depresión y es también una causa importante de ausencia al trabajo, lo que conlleva considerables consecuencias económicas. Aunque muchas personas que sufren de dolor lumbar no se recuperan completamente, menos de un tercio busca asistencia médica. Existen indicios de que las consecuencias de la lumbalgia son diferentes para hombres y mujeres. Un estudio de la población general del dolor espinal entre los 35 o 45 años de edad las personas cuando se encuentra en su peor momento los hombres tomaron licencia por enfermedad alguna vez en su vida independiente de su situación laboral, y las mujeres buscaron atención médica. Es un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia y la carga considerable en términos de gastos médicos, incapacidad laboral y menor calidad de vida. La edad avanzada, la inactividad física y dolor intenso se asocia con funcionamiento limitado en las mujeres. La prevalencia de dolor lumbar varía entre los países. Por ejemplo, la prevalencia de vida en Canadá se informó de que el 83,3%, 69,6% en Noruega, y el 60,7% en Suecia. En Finlandia, la prevalencia de 1 año fue de 66,8%, y la prevalencia de 1 semana fue de 32,0% en Alemania. La prevalencia puntual, o el porcentaje de personas que experimentan dolor lumbar en un momento dado en el tiempo, varían entre 19,7% y 26,4%. Los costos directos e indirectos de dolor lumbar en términos de calidad de vida, la productividad y ausentismo de los empleados son enormes, por lo que esta condición común, el

mayor contribuyente a la discapacidad en el mundo musculo esquelético. Está asociado a una multitud de factores, incluyendo el género y la edad. Otros factores, como el estilo de vida, perfil psicosocial, las demandas físicas del lugar de trabajo, el apoyo social y la percepción del dolor, también afectan el riesgo de desarrollar dolor lumbar. Porque dolor lumbar ocurre con más frecuencia que otras afecciones musculo esqueléticas, se ha citado como la principal condición que afecta la vida de una persona de trabajo. Sin embargo, a pesar de su gran impacto en la vida laboral y personal, el mecanismo patógeno de dolor lumbar inespecífico es poco conocido. Las tareas específicas que van desde trabajo pesado para permanecer mucho tiempo sentado puede afectar a la probabilidad de desarrollar dolor lumbar (22,23).

La prevalencia en mujeres fue siempre mayor que en los hombres en todos los grupos de edad. La prevalencia más alta se encontraba en las mujeres (48,1%) y los hombres (31,5%) de 55 años y más. La lumbalgia se clasifica típicamente como específica o no específica. Dolor lumbar específico se define como síntomas causados por un mecanismo fisiopatológico específico, tal como hernia, infección, inflamación, osteoporosis, artritis reumatoide, fractura o tumor. Dolor lumbar inespecífico se define como síntomas sin causa clara específico, es decir, dolor lumbar de origen desconocido. Aproximadamente el 90% de todos los pacientes con dolor lumbar tienen dolor lumbar inespecífico (24).

La respuesta al dolor está influenciada por múltiples factores biopsicosocial, entre ellos sexo. Universalmente las mujeres se sabe que tienen un estilo de vida saludable, son menos propensas a realizar labores manuales pesadas, por lo que se esperaría que sufrieran menos de dolor lumbar. Sin embargo las diferencias relacionadas con el sexo en la experiencia clínica y experimental, específicamente las mujeres son en mayor riesgo de desarrollar dolor crónico. Una encuesta epidemiológica de la población en Alemania ha demostrado recientemente que las mujeres reportan más frecuente dolor lumbar que hombres. En una muestra representativa muestra que de 5,315 individuos entre edades de 20 y 64 años, 7 días de prevalencia de dolor de espalda fue del 32% para los hombres y 40% para la mujeres, Y fue mayor en las personas con sobrepeso, con marcada

somatización en personas con un nivel bajo de apoyo social y física, individuos inactivos, La asociación entre la actividad física y el dolor lumbar ha sido motivo de controversia, ya que ambos alta y bajo niveles de la actividad física se han identificado como factores de riesgo para el dolor lumbar (25).

En las sociedades industrializadas existe una epidemia de incapacidad asociada al dolor lumbar, Sauné y Col Observaron que la mediana de duración de la incapacidad temporal fue de 112 días, con percentil de 25 de 60 días y un percentil de 75 de 183.75 días, lo que corresponde entre dos y siete meses aproximadamente. Más de la mitad de los casos tuvieron un periodo de incapacidad temporal superior a los 30 días e inferior a 150 y la curación se produjo 77.4% de los afectados. En España en el ámbito laboral la media de días de baja por incapacidad temporal fue de 19 días, con un costo anual medio de más de 196 millones de euros. En otros países de nuestro entorno los datos son más impresionantes: En Reino unido se estima unos costos directos para el sistema de salud de más de 2.300 millones de euros y más de 15.600 millones de costos indirectos por tratamiento no reglado y pérdidas de producción de las empresas. Además se ha estimado que aproximadamente el 10% de los casos, las lumbalgias crónicas, pueden llegar a suponer el 80% del costo total. La lumbalgia está considerada la primera causa de baja temporal y la que genera un mayor desembolso por compensaciones económicas tanto al ente público como a las compañías aseguradoras (26,27, 2, 9,15).

Planteamiento del problema

La lumbalgia es un grave problema socio sanitario, y la dimensión del problema es importante. Es una patología de alta prevalencia en la población actual y tiene repercusiones socioeconómicas y laborales de enorme alcance. Efectivamente, son cada vez más numerosas las publicaciones médicas que se ocupan de la repercusión de la enfermedad en la esfera social del individuo, Esta incidencia peculiar de la patología es especialmente relevante, no sólo para el individuo enfermo sino también para su familia y toda la sociedad, cuando consideramos enfermedades de alta o altísima morbilidad y baja mortalidad, con alta cronicidad y perdurabilidad en el tiempo. Estas características son propias de las enfermedades médicas del aparato locomotor, y en concreto, la región lumbar que es la localización dolorosa más frecuente. Prácticamente todos los individuos sufrirán un episodio de lumbalgia en algún momento de la vida. Está considerada, la principal causa de limitación de la actividad en personas menores de 45 años y la tercera mayores de 45 años, así como la patología músculo esquelética. Más prevalente en mayores de 65 años. Documentar en qué medida la calidad de vida de los enfermos de lumbalgia se encuentra afectada, puede ser un paso importante para establecer un manejo integral de los enfermos, limitar las posibles secuelas asociadas al dolor bajo de espalda y lograr la pronta incorporación de los pacientes a sus actividades familiares, sociales y laborales, La incidencia y prevalencia del dolor de espalda baja son similares en el mundo, pero esta dolencia tiene rangos altos como causa de discapacidad e incapacidad para laborar, así como afección en la calidad de vida y como causa de consulta médica. En muchas ocasiones el origen es oscuro y sólo en una minoría de los casos hay una explicación directa con una enfermedad orgánica existente.

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia recurrente en primer nivel de atención y factores asociados?

Objetivo general:

Determinar la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia recurrente en primer nivel de atención y factores asociados

Objetivos específicos:

- Determinar los factores socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socio económicos) asociados a la presencia de lumbalgia recurrente así como días de incapacidad y números de consultas.
- Determinar los factores clínicos (talla, peso, Índice de masa corporal, actividad física, diabetes mellitus, hipertensión arterial,) así como las características del dolor, asociados a la presencia de lumbalgia recurrente.
- Determinar los factores laborales, (antigüedad, duración de la jornada, accidente de trabajo, demanda física en el trabajo), actividad de riesgo, (esfuerzo, traumatismo, puesto de trabajo, trayecto al trabajo) asociados a la presencia de lumbalgia recurrente.
- Evaluar la estructura familiar (tipo, desarrollo, estructura y ciclo) del paciente con lumbalgia recurrente
- Evaluar la calidad de los pacientes con lumbalgia recurrente, En base al instrumento MOS (buena y mala) y EQ-5D (sin problemas, con problemas, y con problemas severo) y porcentaje de incapacidad (Escala visual del dolor)
-

Hipótesis:

Hipótesis alterna: Existen factores que se asocian a lumbalgia recurrente en los pacientes en primer nivel de atención que afectan su calidad de vida.

Hipótesis nula: No existen factores que se asocian a lumbalgia recurrente en los pacientes en primer nivel de atención que afecten su calidad de vida.

Materiales y métodos:

1.- Características del lugar donde se realizará el estudio:

El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 01 del instituto mexicano del seguro social, de la Ciudad de Orizaba Ver.

2.- Diseño del estudio:

Prevalencia lumbalgia: 17.8% a 32%

$$N = Z^2 \cdot p \cdot q / d^2$$

$$Z = 1.96$$

p = prevalência

q = diferencia 100%

$$d = 0.052 \quad (1.96)^2 \times 0.22 \times 0.78 / 0.052 = 0.652 / (0.05)^2 = 0.652 / 0.0025 = 260$$

Estudio de tipo:

Prospectivo: Porque la medición se realiza hacia delante

Transversal: Se llevará a cabo una sola medición.

Comparativo; porque la muestra se subdividirá en dos grupos y se realizarán comparaciones al interior del mismo.

Observacional: Porque no se manipulan variables.

3.- Universo de estudio:

Derechohabientes de la Unidad de la de Medicina Familiar No.01 del IMSS de la Ciudad de Orizaba Ver.

4.-Tamaño de muestra: 260 casos y 130 controles que cumplieron los criterios de selección (de 18 a 65 años de edad que acudieron a consulta externa de la unidad de medicina familiar No.1 de Orizaba, Ver) Se entrevistará a los derechohabientes

Muestreo: aleatorio

5.- Periodo de estudio: Del Julio de 2013 a febrero de 2014.

6.-Lugar donde se desarrollará el estudio: en la Unidad de Medicina Familiar No 1 del instituto mexicano del seguro social, de la Ciudad de Orizaba Ver.

1.- Criterios de selección:

a.-Criterios de inclusión:

Edad entre 18 y 60 años.

Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.1 de la ciudad de Orizaba; Ver.

Que autoricen participar en el estudio.

b.- Criterios de exclusión:

Con alteraciones mentales.

Deficiencias auditivas o visuales

VARIABLES.

Variable dependiente

Dolor bajo de espalda.

Definición conceptual.

Síndrome crónico caracterizado por dolor en la parte bajo de espalda, con diferentes grados de intensidad, fijo o con irradiación que limita o no los movimientos de flexión o rotación del cuerpo.

Escala de medición Nominal

Presente

Ausente

Variables independientes:

Calidad de vida Nivel de desempeño en diversas áreas funcionales, que incluyen actividad física, estado funcional, función social, sueño y descanso, percepción de salud y satisfacción de la vida general

Definición operativa

Puntaje obtenido después de la aplicación del cuestionario MOS modificado y el instrumento EQ-5D

Escala de medición nominal.

Recurrencia aparición de al menos dos episodios agudos en menos de un año de intervalo.

Variables universales

SOCIODEMOGRAFICOS

Edad

Sexo

Estado civil

Escolaridad

Ocupación

LABORALES

Nivel socioeconómico

Variables laborales

Antigüedad

Actividad de riesgo

Duración de la Jornada laboral

FACTORES FAMILIARES

Tipología familiar: Según estructura, su desarrollo, su integración.

Ciclo evolutivo familiar

CLINICOS:

Calidad de vida relacionada con la salud

Talla

Índice de masa corporal

Comorbilidades

DM

Has

Actividad física.

Escala visual del dolor

Cuadro de Operacionalización de variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.					
Edad	Cuantitativa	Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos al momento de aplicación del estudio	Discreta	años
Sexo	Cualitativa	Condición fenotípica que distingue al masculino del femenino	Se obtendrá de las características fenotípicas del individuo al momento de la entrevista.	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Estado civil	Cualitativa	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Es la circunstancia que refiere el individuo que depende para cumplir sus derechos.	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
Escolaridad	Cualitativa	Proceso bidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores y costumbres	Grado de estudio que actualmente cursa o curso	Ordinal	1. Años
Ocupación	Cualitativa	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Actividad laboral que desempeña	Nominal	1. Ama de casa 2. Obrero 3. Empleado gobierno 4. Administrativo 5. Profesional 6. Campesino 7. Pensionado 8. Jubilado
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Condición de equivalencia o igualdad que guardan los individuos en relación con sus bienes	Está dado por el número de salarios mínimos que gana el jefe de familia(Quibrera): muy bajo 0 a 1.0 salario al día, bajo 1.1 a 2.0 medio 2.1 a 3,	Ordinal	1. Muy bajo 2. Bajo 3. Medio 4. Medio alto

			medio alto 3.1 a 4.0 y alto 4.1 en adelante		5. Alto
Tipología familiar según su estructura	Cualitativa	Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.	Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. Los datos establecidos por el paciente y registrados en el expediente.	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear, 2. extensa, 3. extensa compuesta, 4. mono parenteral
Tipología familiar según su desarrollo	Cualitativa	Conjunto de personas que bajo los conceptos de mejora de la calidad de vida y bienestar en la población integran al grupo familiar.	Conjunto de personas que bajo los conceptos de mejora de la calidad de vida y bienestar en la población integran al grupo familiar. Los datos establecidos por el paciente y registrados en el expediente.	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primitiva. 2. Tradicional. 3. Moderna.
Tipología familiar según su integración	Cualitativa	Conjunto de personas que bajo un proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema participar del nivel mínimo de bienestar socio vital alcanzado en un grupo familiar.	Conjunto de personas que bajo un proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema participar del nivel mínimo de bienestar socio vital alcanzado en un grupo familiar. Los datos establecidos por el paciente y registrados en el expediente.	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrada, 2. semi-integrada, 3. desintegrada
Ciclo evolutivo familiar	Cualitativa	Etapas por las cuales una familia tiene que pasar hasta la muerte.	Clasificación de la familia según las etapas de la vida desde su inicio, desarrollo y ocaso.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matrimonio, 2.- Expansión, 3. Dispersión, 4. Independencia, 5. Retiro y muerte

VARIABLES CLINICAS					
Calidad de Vida relacionada con la salud	cualitativo	Es la percepción que tiene de sí mismo una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa	Grado de satisfacción de la persona en cuanto a sí misma y al medio que la rodea. Según la clasificación encontrada en el encuestado con el Cuestionario MOS modificado,	Cualitativo	MOS: (1) Mala calidad de vida (21 a 59 puntos) (2) Buena calidad de vida (60 a 90 puntos)
Calidad de vida relacionan con la incapacidad	Cualitativa	Def incapacidad: Def incapacidad es la pérdida de la habilidad del trabajador para desarrollar las tareas de una profesión u oficio, o la imposibilidad para permanecer ocupado en cualquier empleo remunerado, debido a las propias limitaciones funcionales que causa la enfermedad	Se da de acuerdo a la relación que guarda el dolor con la ejecución de sus actividades	Ordinal	0: 0 puntos 1: 1 punto 2: 2 puntos 3: 3 puntos 4: 4 puntos 5: 5 puntos.
Talla	Cuantitativa Categorica	Número de metros correspondientes a la altura de una persona	Cifra expresada en metros del paciente registrada en el expediente	Talla en metros	1. Promedio \pm DE
Índice de Masa Corporal	Cuantitativa	Ordinal Es un índice del peso de una persona en relación con su altura	Cifra resultado del cálculo de la división del peso (kilos) por el cuadrado de la talla (metros). Los datos establecidos por el paciente y registrados en el expediente	Continua.	1. IMC < 18.5 a 24.5 = Normal 2. IMC 25-24.9 = Sobrepeso 3. IMC > 25 = Obesidad
Característica	Cuantitativa	Estado de completo	Estado de completo		

de salud antes de la lesión		bienestar físico, mental y social antes de un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno de la columna lumbar.	bienestar físico, mental y social antes de un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno de la columna lumbar. Los datos establecidos por el paciente y registrados en el expediente.	Continuo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo(1-3), 2. Regular(4-6), 3. Bueno(7-9)
Comorbilidad	Cualitativa	Se refiere a la coexistencia temporal o permanente de dos o más trastornos	Coexistencia temporal o permanente asociados	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo referido por el paciente o expediente
Diabetes Mellitus	Cuantitativa	Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia, en la cual los pacientes presentan un trastorno del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas.	Alteración clínica de la glucemia ya diagnosticada según los criterios de la ADA 2012	Ordinal Si o No	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo referido por el paciente o descrito en el expediente clínico
Hipertensión Arterial Sistémica	Cuantitativa	Es un aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial sistémica mayor o igual 140/90 mmHg	Síndrome de etiología múltiple caracterizado por elevación persistente de las cifras de presión arterial, clasificada de acuerdo a los grados de hipertensión arterial de acuerdo a la clasificación Europea.	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo referido por el paciente o descrito en el expediente clínico

Actividad física	Cualitativa	Un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo__basal. física	determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio	Ordinal	Lo referido por el paciente o descrito en el expediente clínico 1. Activo 2. Sedentario: permanecer por más de 6 horas sentado
VARIABLES LABORALES					
Antigüedad laboral	Cuantitativa	Marca la situación del tiempo laborado dentro de la empresa en años, meses y días.	Es el tiempo transcurrido en el mismo puesto de trabajo.	Continua	1. A qué edad empezó a trabajar 2. Años laborados o trabajados en el último empleo
Actividad con riesgo	Cualitativa	Es toda actividad desempeñada en la cual existe una probabilidad de ocurrencia de un daño.	Es toda actividad que involucre movimientos repetitivos de la muñeca o esfuerzos de la misma	Nominal	1. Esfuerzo, 2. No detectado, Traumatismo, 3. No especificado, 4. puesto de trabajo, trayecto al trabajo
Jornada laboral	Cuantitativa	Es el tiempo de trabajo diario durante el cual, una persona pone su fuerza laboral a favor del contratante. Tanto días por semana como horas por día	Tiempo medido en horas por día, y días por semana, durante el cual se realizan actividades de trabajo.	Discreta	1. Medido en horas por día, y días por semana.
Intensidad del dolor en las pasadas	Cuantitativa	Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño en	Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño en	Continua	1. Bajo(1-3), 2. Regular(4-6),

semanas		las últimas semanas.	las últimas semanas. Los datos establecidos por el paciente y registrados en el expediente.		3. Moderado/much o dolor(7-9)
Número de consultas por el padecimiento	Cuantitativa	Cantidad de veces que un médico examina a alguien por alguna patología o enfermedad.	Cantidad de veces que un médico examina a alguien por alguna patología o enfermedad. Los datos registrados en el expediente posterior a cada consulta.	Continua	1. Años
Antecedente de accidente de trabajo	Cualitativa	Presencia previa de toda lesión orgánica o perturbación funcional o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo.	Presencia previa de toda lesión orgánica o perturbación funcional o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo. El dato establecido y registrado en su expediente laboral.	Nominal	1. Si 2. No
Demanda física en el trabajo	Cualitativa	actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período en su jornada laboral	Actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período en su jornada laboral. El dato establecido por el paciente y registrado en el expediente.	Ordinal	1. Sedentario, 2. Moderado, 3. Gran Demanda
Días de incapacidad laboral	Cuantitativa	Tiempo transcurrido en el cual un trabajador sufre una discapacidad por enfermedad o de padecimiento físico o psíquico.	Tiempo transcurrido en el cual un trabajador sufre una discapacidad por enfermedad o de padecimiento físico o psíquico. El dato establecido registrado en el expediente.	Continua	1.Días

Descripción general del estudio:

Previo dictamen de autorización del comité local de investigación, se acudirá a la coordinación clínico de educación e investigación médica del HGRO 01 para solicitar apoyo en la realización de proyecto determinar la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia recurrente en primer nivel de atención y factores asociados de la UMF No. 1.

Se realizara un estudio descriptivo transversal, comparativo, en una muestra de aleatoria 260 casos y 130 controles, donde a aquellos que cumplieron los criterios de selección (Edad entre 18 y 60 años, derechohabiente de la UMF 01 de Orizaba ver, del IMSS) previo consentimiento informado se les aplicara un cuestionario que engloba variables universales (edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, jefe de familia, uso de computadora en casa,), clínicas (talla, peso IMC), ocupacionales (ocupación, antigüedad, tipo de jornada, duración de la jornada en horas por día y en días por semana, actividad de riesgo (esfuerzo, no detectado, traumatismo, no especificado, puesto de trabajo, trayecto al trabajo). Esto con la finalidad de determinar los probables casos de acuerdo a la definición de caso según el Instituto Nacional para la seguridad y Salud Ocupacional. Así mismo se interrogará de forma precisa la presencia de sintomatología como lo es el dolor, disminución de la sensibilidad, entumecimiento y sensación de hormigueo. Se aplicara el cuestionario MOS modificado, constituido por 21 preguntas, que lo conforman es calificado con un valor que puede ir de 1 a 6 puntos de acuerdo a la situación clínica que el paciente considera que refleja su propio estado de salud. De acuerdo a este puntaje, la menor calificación (1 punto) corresponde a la situación clínica menos deseable, y el puntaje mayor (6 puntos) que corresponde al mejor nivel de desempeño para cada una de las áreas exploradas (existen reactivos en los que el puntaje solo va de 1 a 3, pero igual el puntaje menor representa la peor situación clínica y el puntaje mayor a la mejor. De acuerdo a lo anterior, el puntaje mínimo que un paciente puede obtener es de 21 puntos y el máximo de 91. Se considera una mala calidad de vida a todo puntaje comprendido entre 21 a 59 y buena calidad de vida las calificaciones de 60 a 90 puntos. Las cuales se encuentran estructuradas de manera que atreves

de ellas se puede obtener información acerca de sus capacidades física y funcionales, percepción de salud por parte de los pacientes y estado psicológico de los enfermos y también se utilizara el cuestionario MOS modificado, así como el instrumentos EQ-5D es una medida genérica de la auto-percepción del estado de salud de un individuo. El estado de salud se define en términos de cinco dimensiones, que son: movilidad, cuidado personal, actividad habitual, dolor/malestar y angustia/depresión. Cada una de estas dimensiones se divide en tres niveles o 3 posibles respuestas para cada pregunta; “sin problemas”, “con problemas moderados” y “con problemas severos”, que en la tabulación de los datos recogidos, se les asigna un valor de 1, 2 y 3. Además se evaluara la incapacidad utilizando la escala visual del dolor, que pondera en base a resultado (0: 0 puntos; 1: 1 punto; 2: 2 puntos; 3: 3 puntos; 4:4 puntos; 5: 5 puntos). Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar x 2, con lo cual se obtiene el % de incapacidad, "Food and Drug Administration" americana eligió para el cuestionario de Oswestry una diferencia mínima de 15 puntos.

Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva, razón de momios OR, χ^2 para diferencia, $p < 0.05$ e intervalo de confianza 95%.

Recursos humanos, físicos y factibilidad:

Humanos:

- Investigador (1) Residente de curso de Especialización en Medicina familiar
- Asesor Metodológico y temático (1) Maestro en Investigación Médica

Físicos:

- Salón de usos múltiples para llenado de cuestionario (1)
- Computadora (1)
- Material de oficina (hojas 500, clips 100, engrapadora 1, grapas 5000, lápices 10, marcadores 5)
- Fotocopiadora (1)
- Impresora (1)
- Memoria USB (1)
- Software SPSS (1)

Financiamiento del proyecto:

- El proyecto será financiado al 100 por ciento con los recursos del investigador principal.

Aspectos éticos:

La declaración de Ginebra es: Velar solícitamente por la salud del paciente y la del Colegio Internacional de Ética Médica es: El Médico debe actuar solamente en el interés del paciente evitando cualquier efecto que debilite mental y físicamente paciente.

Los Principios básicos para la investigación, es el respeto a las personas, beneficencia, justicia y confidencialidad. En este estudio primero es para beneficio del paciente, se le toma al paciente en cuenta y el decide si quiere participar o no, otorgándole una carta de consentimiento informado, donde se le describe cómo va a participar y con qué propósito. Se aplicará una encuesta, con preguntas sobre edad, sexo, ocupación, antigüedad, jornada de trabajo, actividades con riesgo, y se realizará exploración física específicamente con aspectos relacionados al STC y se le darán a conocer los resultados de los mismos.

Beneficencia en caso de presentar resultados desfavorables se canalizara con Médico familiar y/o Traumatólogo Ortopedista para su atención. De justicia este estudio ayudara a mejorar el estilo de vida del personal que sea analizado.

Confidencialidad en este caso no se anotara ni se dará a conocer el nombre de los participantes en el estudio.

Este estudio estará basado en estos tres principios; y en la declaración de Helsinki; la cual aclara que la investigación médica en seres humanos debe tener supremacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad y cuyo propósito debe ser el mejorar el procedimiento preventivo, diagnóstico y terapéutico dando protección a la vida bajo conocimientos científicos. Su modificación en Tokio dice que nunca se debe aceptar la tortura, nunca proporcionar facilidades instrumentales para favorecer a esa y nunca estar presentes en estudios bajo tortura.

Estos propósitos se cumplirán mediante la firma del consentimiento informado por cada uno de los participantes en el estudio.

CRONOGRAMA DE GANT

Lumbalgia recurrente y factores asociados a calidad de vida en pacientes en primer nivel de atención de la UMF no. 1.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (GRÁFICA DE GANT)

PROGRAMADO 2013												REALIZADO 2013-2014											
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	ACTIVIDADES	S	O	N	D	E	F					
													0	1	3		2	0	1	4			
\$	\$	\$	\$	\$								Recopilación de datos bibliográficos	&	&									
				\$	\$							Elaboración del protocolo			&	&	&						
					\$							Registro del proyecto							&				
					\$	\$						Recolección de datos											
							\$	\$				Análisis de datos											
								\$	\$			Corrección de estilo y presentación											
											\$	Reporte final											

Programado \$ Realizado &
 Autor: Nelvi Abad Camilo.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- GPC: IMSS-045-08. Diagnostico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel atención.
- 2.- Airaksinen O., Brox J., Cedraschi C., Hildebran J., Klaber J., Kovacs F., et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15: 192- 300.
- 3.- Covarrubias A. Lumbalgia: Un Problema de Salud Publica., *Rev. Mex Anestesiología; Clínica del Dolor* 2010; (Supl. 33):106-109.
- 4.- Ocaña U., Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral; *Rev. Fisioter (Guadalupe)*.2007; 6(2):17-26
- 5.- Vargas J., Nogales S., Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida. *Centro regional de investigación en psicología* 2011 (5): 41-47
- 6.- Saldívar A; Joffre V; Barrientos M.; Lin D; Vázquez F; Llanes A; Factores de Riesgo y Calidad de Vida de los Enfermos que sufren Lumbalgia; *Medicina, Salud y Sociedad* 2010; 1(1): 1-25
- 7.- Champin D; Lumbalgia; *Rev. Soc. Per Med. Inter* 2004; 17(2): 50-56
- 8.- Sánchez M., Ibarra C., Vilchis M., Montesano J., Guizar J., Loya B., Impacto del servicio de rehabilitación en el primer nivel de atención., *Rev.Med Inst.Mex. Seguro Soc* 2008;(4):391-396.
- 9.- Pérez J; Lumbalgia y ejercicio Físico; *Rev. Int. Med. Cienc. Act. Fis. Deporte* 2006; 6 (24) 230-247.
- 10.- Saune M., Arias R., Lleget I., Ruiz A., Escriba J., GilM., Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad, *Rehabilitación (Madrid)* 2003; 37(1): 3-10
- 11.- Zavala M; Correa R; Popoca A; Posada S; Lumbalgia en Residentes de Camalcalco, Tabasco, México: Prevalencia y Factores Asociados; *iMedPub Journals*; 2009; 5(4:3):1-5
- 12.-Guevara U., Covarrubias A., Dib J., Reyes A., Rodríguez T. Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. *Cir Cir* 2011;79:286-302

- 13.- Palomino B; Jiménez L, Ferrero A; El Dolor Lumbar en el año 2009; Rehabilitación (Madr) 2010; 44(1):69-81;
- 14.- Casado M., Moix J., Vidal J., Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar., Clínica y Salud 2008;19 (3): 379-392.
- 15.- López J; Peydro M; Garrido J; Bausa J; Villade amigo M; Análisis del Uso de Herramientas de Valoración Funcional de las Dolencias Lumbares en el Ámbito Laboral; Rehabilitación Madr 2009; 43(1):16-23
- 16.- Wong T; Teo M; Kyaw M; et al; Prevalence and Risk Factors Associated whit Low Back Pain Among Health Care Providers in a District Hospital; Malaysian Orthopedic Journal 2010; 4 (2): 23-28
- 17.- Cid J., Reig E., Del Pozo C., Cortes A., García J., Cervicalgias y Lumbalgias mecanicodegenerativas. Tratamiento conservador. Actualización; Rev. Soc. Esp. Dolor 2001; 8 (Supl 2); 79-100.
- 18.- Ordoñez A; Duran S; Hernández J; Castillejos M; Asociación entre Actividad Laboral con gran Demanda de esfuerzo Físico y Lumbalgia; Acta Ortopédica Mexicana 2012; 26 (1): 21-29.
- 19.- García C., Switt M., Ledesma A; Trastornos musculo esquelético de espalda lumbar en trabajadores de la salud de la comuna rural de Til Til; Cuad Med. Soc (Chile) 2007, 47 (2): 68-73.
20. - Woolf A; Pflieger B; Burden of Major Musculoskeletal conditions; Bulletin the Word Health Organization 2003; 81 (9):646-656
- 21.- Ariza R. Criterios de Baja Laboral en Lumbalgia; Servicio de Reumatología Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla; Medicine 2005, 9(29): 1934-1936
- 22.- Quibrera R., Hernández H., Aradillas C., González S., Calles J., Prevalencia de diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia y factores de riesgo en función de nivel socioeconómico. Rev Invest 1994; 46(1): 25-36
23. - Dunn K., Jordan K., Croft P., Contributions of prognostic factors for poor outcome in primary care low back pain patients. European Journal of Pain 2011;15 :313-319.

24. - Wijnhoven H., Sex differences in consequences of musculoskeletal pain. Spine 2007;12 (32): 1360-1367.
25. - Landry M., Raman S., Sulway C., Golightly Y., Hamdan E., Prevalence and risk factors associated with low back pain among health care providers in a Kuwait Hospital. Spine 2008; 5 (33): 539- 545.
26. - Oksuz E., Prevalence, risk factors, and preference based health states of low back pain in Turkish population. Spine 2006 (31) 25: 968-972.
27. - Francois J., Becker A., Leonhardt C., Keller S., Donner N., at col., Sex differences in presentation, course, and management of low back pain in primary care. Clin J Pain 2008; 7 (24): 578- 584.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
 Y POLÍTICAS DE SALUD
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
 SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio:	LUMBALGIA RECURRENTE Y FACTORES ASOCIADOS A CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UMF 01.
Lugar y fecha:	Orizaba Veracruz, 01-12-2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio	Determinar la lumbalgia recurrente y factores asociados a calidad de vida en pacientes en primer nivel de atención
Procedimientos:	Consistirá en contestar 3 cuestionarios MOS modificado, instrumento EQ-5D, escala visual analógica del dolor lumbar
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer los factores asociados a calidad de vida en pacientes con lumbalgias recurrentes
Participación o retiro:	Entiendo y conservo el derecho de no participar en el estudio cualquier momento que decida

Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial
Beneficios al término del estudio:	Conocer los factores asociados a calidad de vida con lumbalgias recurrentes
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DR JOSE UBALDO TRUJILLO GARCIA
Colaboradores:	R3 MF NELVI ABAD CAMILO
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	R3MF NELVI ABAD CAMILO
Testigo 1	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

Anexos 2:

**Instituto Mexicano del Seguro Social.
Unidad de Medicina Familiar No. 1.**

Este cuestionario es confidencial, por favor conteste todas las preguntas y si alguna no entiende pregunte al encuestador.

1. No. DE ENCUESTA_____
2. _____ NSS:
PATERNO MATERNO NOMBRE(S)
3) Sexo: 1) Femenino 2) Masculino.
4. Lugar de residencia_____
5. Edad del entrevistado_____
6. Estado civil: 1) Casado 2) Unión libre 3) Soltero 4) Separado o divorciado 5) Viudo
7) Escolaridad _____ años.
8) Características del trabajo_____.

- 9) Ocupación: 1) Campesina 2) Obrera 3) Comerciante 4) Empleada de comercio
5) Empleada de gobierno 6) Técnica 7) Profesionista.
- 10) Antigüedad laboral _____ Actividad de riesgo _____
- 11) Duración de la jornada laboral _____
- 12) Antecedentes del accidente de trabajo _____
- 13) Demanda física en el trabajo _____
- 14) Quien aporta el dinero para el sostén familiar: 1) Padre 2) Pariente directo
3) Madre. 4) Entrevistado.
- 15) Cuanto gana quincenalmente el jefe de la familia:.....
- 16) Nivel socioeconómico 1) Muy bajo, 2) Bajo, 3) Medio, 4) Medio alto, 5) Alto.
Tipo de familia marque con una X
- 17) Quien es el jefe de la familia.....
- 18) Por su desarrollo: 2) Moderna () 2) Tradicional ()
- 19) Desarrollo comunitario: 1) Urbana () 5) Rural ()
- 20) Estructura: 1) Nuclear () 2) Extensa () 3) Extensa compuesta ()
- 21) Etapa del ciclo vital de la familia.
1) Matrimonio 2) Expansión () 2) Dispersión () 3) Independencia ()
4) Retiro () 5 () Muerte
- 22) Peso _____ Talla _____ IMC _____
- 23) Comorbilidades () DM HAS ()
- 24) Actividad Física () Activo () Sedentario.
- 25) Intensidad del dolor en las pasadas semanas _____.
- 26) Número de consultas por el padecimiento _____.
- 27) Numero de incapacidades _____.
- 28) Número de días de incapacidad _____.

ANEXO 3:

**Instituto Mexicano del Seguro Social.
Unidad de Medicina Familiar No. 1.**

Este cuestionario es confidencial, por favor conteste todas las preguntas y si alguna no entiende pregunte al encuestador

Encuesta EQ-5D y EQ-VAS (versión para Chile)

Marque con una cruz como esta (X) las afirmaciones que describen mejor su estado de salud el día de hoy.

1.- Movilidad

No tengo problemas para caminar ()

Tengo algunos problemas para caminar ()

Tengo que estar en cama ()

2.- Cuidado personal

No tengo problemas con mi cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo.

3.- Actividades Habituales (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades habituales

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales

Soy incapaz de realizar mis actividades habituales

4.- Angustia/ Depresión

No estoy angustiado o deprimido

Estoy moderadamente angustiado o deprimido

Estoy muy angustiado o deprimido

ANEXO 4:

**Instituto Mexicano del Seguro Social.
Unidad de Medicina Familiar No. 1.**

Este cuestionario es confidencial, por favor conteste todas las preguntas y si alguna no entiende pregunte al encuestador

Oswestry . Escala Visual Analógica de dolor lumbar y de dolor en miembro inferior

1. Por favor, comenzando por la izquierda de la siguiente barra, trace una línea hacia la derecha indicando la intensidad de su DOLOR DE ESPALDA (DOLOR LUMBAR) en las últimas 4 semanas

Ningún dolor _____ Máximo dolor _____

2. Ahora, haga igual, indicando la intensidad de su DOLOR EN LA PIERNA (CIÁTICA) en las últimas 4 semanas.

Ningún dolor_____ Máximo dolor_____.

Índice de Discapacidad de Oswestry .

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

1. Intensidad del dolor

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- 2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- 3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo

2. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar de pie

3. Cuidados personales

- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- (1) Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- (2) Lavarme, vestirme, etc, me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- (3) Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama

4. Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas

(3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas

(4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas

(5) El dolor me impide totalmente dormir

5. Levantar peso

(0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor

(1) Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor

(2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)

(3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo

(4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros

(5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto

6. Actividad sexual

(0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor

(1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor

(2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor

(3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor

(4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor

(5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

7. Andar

(0) El dolor no me impide andar

(1) El dolor me impide andar más de un kilómetro

(2) El dolor me impide andar más de 500 metros

(3) El dolor me impide andar más de 250 metros

(4) Sólo puedo andar con bastón o muletas

(5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

8. Vida social

(0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor

(1) Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor

(2) El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.

(3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo

(4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar

(5) No tengo vida social a causa del dolor

9. Estar sentado

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar sentado

10. Viajar

- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

O: 0 puntos; 1: 1 punto; 2: 2 puntos; 3: 3 puntos; 4: 4 puntos; 5: 5 puntos. Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar el resultado x 2 y obtendremos el resultado en % de incapacidad. La "Food and Drug Administration" americana ha elegido para el cuestionario de Oswestry una diferencia mínima de 15 puntos entre las evaluaciones preoperatoria y postoperatoria, como indicación de cambio clínico en los pacientes sometidos a fusión espinal.