



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1

TESIS

**NIVEL DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN EL PACIENTE CON
DOLOR LUMBAR CRÓNICO ANTES Y DESPUÉS DE SU MANEJO
EN LA CLÍNICA DEL DOLOR HGZ NO.1 IMSS, AGUASCALIENTES**

PRESENTA

Wendy Arely Romo Medina

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

TUTOR (ES)

Dra. Ramona Romo Cortés

Dra. María Ernestina Montalvo Vázquez

Aguascalientes, Ags. 24 de Febrero del 2014



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

WENDY ARELY ROMO MEDINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capitulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“NIVEL DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN EL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO ANTES Y DESPUÉS DE SU MANEJO EN LA CLÍNICA DEL DOLOR HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 20 de Febrero de 2014.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



Aguascalientes, Ags. Febrero 2014

DR. CARLOS PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN AGUASCALIENTES
PRESENTE.-

Por medio de la presente le informo que el Residente de Medicina Familiar del HGZ No.1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes.

Wendy Arely Romo Medina

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“NIVEL DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN EL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO ANTES Y DESPUÉS DE SU MANEJO EN LA CLÍNICA DEL DOLOR HGZ NO. 1 IMSS, AGUASCALIENTES.”

No. de registro: R-2013-101-9 del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a opción de titulación: **TESIS.**

La Residente Wendy Arely Romo Medina asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que Usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación. Sin otro particular agradezco a Usted la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de Usted.

ATENTAMENTE
DIRECTORES DE TESIS

DRA. MARÍA ERNESTINA MONTALVO VÁZQUEZ

DRA. RAMONA ROMO CORTÉS



Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero del 2014

**Dr. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Wendy Arely Romo Medina

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:


**“NIVEL DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN EL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR
CRONICO ANTES Y DESPUES DE SU MANEJO EN LA CLINICA DEL DOLOR HGZ NO.
1 IMSS, AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2013-101-9** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Residente Wendy Arely Romo Medina asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE


Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

AGRADECIMIENTOS

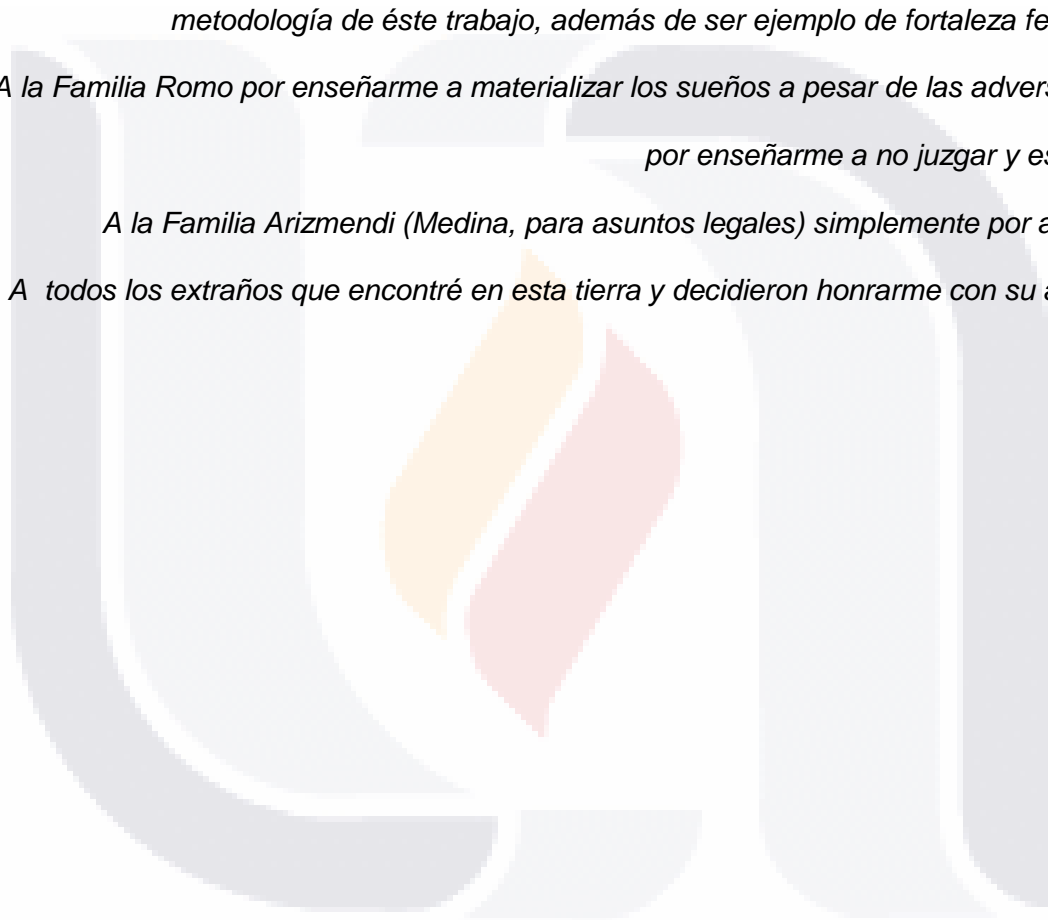
A Dra. Ramona Romo, por ser ejemplo del humanismo en Medicina.

A Mtra. María Concepción de Luna y Dra. Yuriko Teresa Benítez por su gran apoyo en la metodología de éste trabajo, además de ser ejemplo de fortaleza femenina.

A la Familia Romo por enseñarme a materializar los sueños a pesar de las adversidades, por enseñarme a no juzgar y escuchar.

A la Familia Arizmendi (Medina, para asuntos legales) simplemente por amarme.

A todos los extraños que encontré en esta tierra y decidieron honrarme con su amistad.



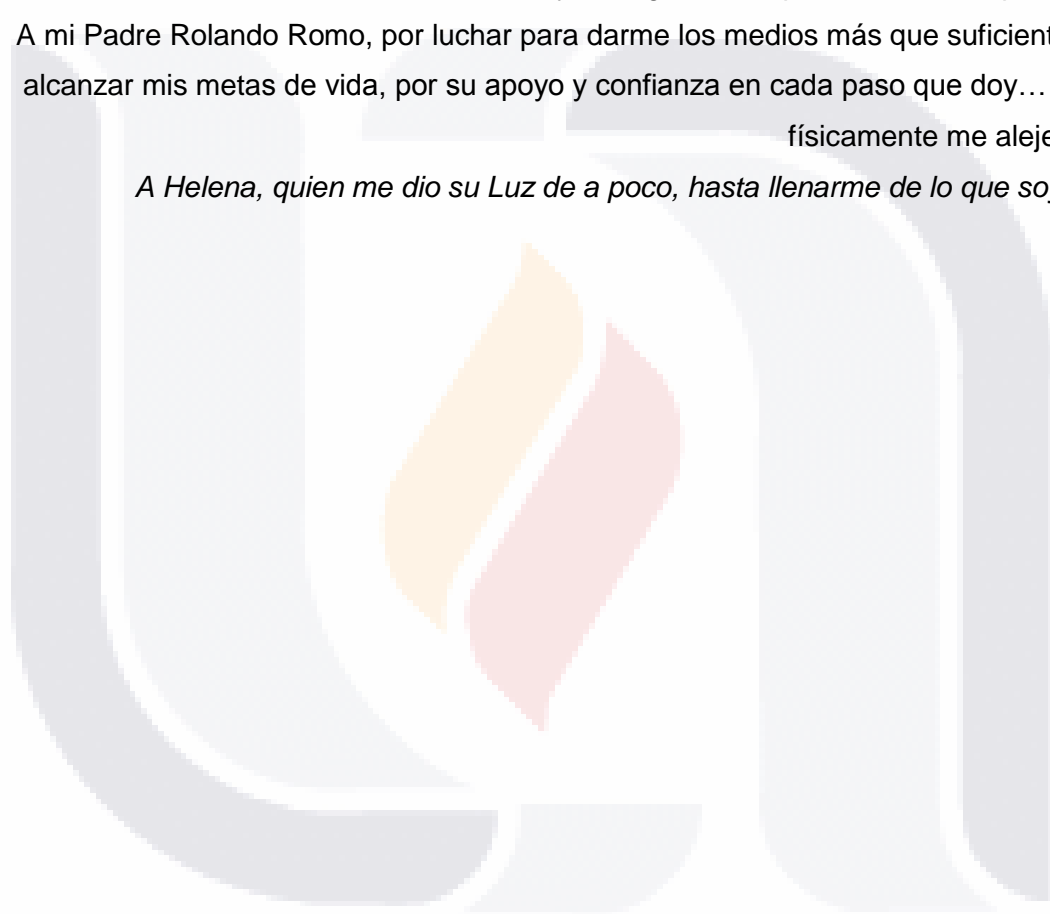
DEDICATORIA

A Daniel, mi Hermano... porque sólo a través de ti puedo observar la belleza del mundo.

A mi Madre Margarita Medina, por enseñarme a vivir con pasión la tarea de estar al servicio de la salud y entregarse completamente a lo que se ama.

A mi Padre Rolando Romo, por luchar para darme los medios más que suficientes para alcanzar mis metas de vida, por su apoyo y confianza en cada paso que doy... aunque físicamente me alejen de él.

A Helena, quien me dio su Luz de a poco, hasta llenarme de lo que soy ahora.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	1
ÍNDICE DE TABLAS.....	3
ACRÓNIMOS.....	4
RESÚMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
I.- ANTECEDENTES.....	8
I.A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN DOLOR CRÓNICO LUMBAR.....	8
I.B.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN DOLOR CRÓNICO LUMBAR E INCAPACIDAD LABORAL.....	8
I.C.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN DOLOR CRÓNICO LUMBAR Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL.....	9
I.D.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN TRATAMIENTOS PARA DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN CLÍNICAS DEL DOLOR.....	10
II.- MARCO TEÓRICO.....	11
II.A.- EL DOLOR CRÓNICO.....	11
II.B.- EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO.....	11
II.C.- DOLOR LUMBAR CRÓNICO.....	12
II.D.- IMPACTO SOCIOECONÓMICO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO Y SU DISCAPACIDAD FUNCIONAL.....	13
II.E.- LAS CLÍNICAS DEL DOLOR.....	16
II.F.- DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y TEST DE OSWESTRY.....	18
II.G.- DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO.....	20
III.- JUSTIFICACIÓN.....	23
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
IV.A.- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	24
IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.....	24
IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD.....	26

IV.D.- DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA	27
IV.E.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA	29
IV.F.- FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA	30
IV.G.- ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO	30
IV.H.- NIVEL DE CONOCIMIENTO.....	31
IV.I.- ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA	31
IV.J.- TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.....	33
IV.K.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	33
V.- OBJETIVO.....	34
VI.- HIPÓTESIS DEL TRABAJO.....	35
VII.- MATERIAL Y MÉTODOS	36
VIII.- TEST DE OSWESTRY	39
IX.- ANALISIS DE DATOS.....	43
X.- ASPECTOS ÉTICOS.....	45
XI.- RESULTADOS	46
XII.- DISCUSIÓN	53
XIII.- PROPUESTAS.....	56
CONCLUSIONES.....	57
GLOSARIO.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.-CIRUGÍAS PREVIAS.....	47
TABLA 2.-NÚMERO DE CIRUGÍAS A LAS QUE SE HA SOMETIDO EL PACIENTE.....	47
TABLA 3.-INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZO LA CIRUGÍA.....	47
TABLA 4.-CUENTA CON INCAPACIDAD.....	48
TABLA 5.-DÍAS DE INCAPACIDAD ACUMULADOS.....	48
TABLA 6.-PENSIONADO.....	49
TABLA 7.-TIPO DE PENSIÓN.....	49
TABLA 8.-RAZÓN POR LA QUE SE OTORGO LA PENSIÓN.....	49
TABLA 9.-TEST DE OSWESTRY ANTES Y DESPUÉS.....	50
TABLA 10.-NIVEL DE DISCAPACIDAD.....	51
TABLA 11.-MEDIA DE MUESTRAS RELACIONADAS.....	52
TABLA 12.-PRUEBA T DE STUDENT PARA MEDIA DE MUESTRAS RELACIONADAS.....	52

ACRÓNIMOS

HGZ: Hospital General de Zona

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

EVA: Escala Visual Análoga

IASP: International Association for the Study of Pain

ACR: American College of Rheumatology

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMAE: Unidad Médica de Atención Especializada

CMO: Centro Médico Occidente

SPSS: Statistical Product and Service Solutions



RESÚMEN

INTRODUCCIÓN. Dentro de las tres primeras patologías que causan dolor crónico tenemos la lumbalgia, es una de los principales padecimientos por los que se otorga pensión o discapacidad en edad económicamente productiva. El paciente con dolor lumbar crónico presenta un deterioro de la función para desarrollarse en actividades de la vida diaria, por lo que en su valoración es indispensable aplicar un instrumento que nos informe acerca del nivel de discapacidad funcional como la Escala de Oswestry, para poder individualizar el tratamiento con el fin de mejorar su condición de vida, ser reincorporado tempranamente a su ambiente laboral y disminuir el impacto económico institucional resultado de esta patología.

OBJETIVO GENERAL. Determinar el nivel de discapacidad funcional en el paciente con dolor lumbar crónico antes y después de su manejo en la Clínica del Dolor HGZ No.1 IMSS, Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Aplicación de cuestionarios en el periodo Septiembre 2013 – Noviembre 2013. Estudio cuasi-experimental en la Clínica del Dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes. La información se recabará mediante un cuestionario de datos socio-demográficos, así como la aplicación del Test de Oswestry para valorar el nivel de discapacidad funcional del paciente con dolor lumbar crónico.

RESULTADOS. En edades de los 24 a los 70 años 60% femeninos, 57% de los pacientes laboraron en trabajos que implicaban realizar cargas de objetos pesados; 46.6% tenían enfermedades concomitantes que influyen en la percepción del dolor. El 13.3% acudía a terapia psicológica, 3% a terapia psiquiátrica y 20% a fisioterapia. Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba t de Student de medias de muestras relacionadas donde se obtuvo una $t = 2.149$ con una $sig. = 0.040$, por lo que el nivel de discapacidad funcional en el paciente con dolor lumbar crónico adscrito a la clínica del Dolor del HGZ1 IMSS Aguascalientes si mejora posterior al tratamiento que se brinda en éste servicio.

CONCLUSIONES. Encontramos que existe una mejoría significativa en la funcionalidad de los pacientes con dolor lumbar crónico que se atienden en la clínica del dolor. La población atendida se encuentra en edad económicamente activa por lo que, el invertir en recursos para las mejoras de éste servicio, favorecería el impacto benéfico en la funcionalidad del paciente y la economía del instituto.

ABSTRACT

INTRODUCTION. In the three leading pathologies cause of chronic pain we have low back pain which is also one of the main reasons on patients to get disability or pension during their economically productive age. Patients with chronic low back pain presents a deterioration of the function to develop in activities of daily living, so, is important to have an instrument to inform us about the level of functional disability like the Oswestry scale to individualize the treatment in order to improve their condition of life being early returned to their work environment and reduce the institutional economic impact caused by this pathology.

GENERAL OBJECTIVE. Determine the level of functional disability in patients with chronic low back pain before and after their treatment at the pain clinic HGZ No.1 IMSS Aguascalientes.

MATERIAL AND METHODS. Application of the questionnaires during the period of September 2013 – November 2013. A Quasi-experimental study at the Pain Clinic at HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes. Data will be collected using a questionnaire to obtain social-demographic data, also the application of Oswestry test to assess the level of functional disability of patients with chronic low back pain. A socio-demographic questionnaire will be applied and analyzed using central tendency measures to identify the type of population.

RESULTS. A range of 24 to 70 years with 60% female, 40% male. 57% of patients labored in jobs that involve heavy objects carry loads, 46.6% had comorbid conditions that influence the perception of pain. 13.3% went to psychological therapy, 3% to psychiatric therapy and 20% to physiotherapy. For hypothesis testing it was used the t Student method to get the measures of related samples resulting $t = 2.149$ with a $sig. = 0.040$, the level of functional disability in patients with chronic low back pain attached to the HGZ1 IMSS Aguascalientes pain clinic it was improved after treatment provided at this center.

CONCLUSIONS We found a significant improvement in the functionality of patients with chronic low back pain who receive treatment at this pain clinic. Most of population is in economically active age so the resources to invest in this service improvement would favor the beneficial impact on patient's functionality and also in economics for the institute.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es una patología de reciente estudio, su aparición como complicación de enfermedades crónico-degenerativas comunes en nuestro medio nos obliga a prestar atención para desarrollar estrategias en cuanto a su manejo; a nivel internacional se han realizado estudios en los que se reporta una prevalencia del 25% de dolor crónico en la población. Dentro de las tres primeras causas de dolor crónico tenemos la lumbalgia, la cual también es una de los principales padecimientos por los que se otorga pensión o discapacidad en edad económicamente productiva, esto se traduce en un impacto económico importante a nivel institucional. Actualmente se sabe que solo en aproximadamente un 20% de los pacientes con dolor lumbar crónico es posible detectar una alteración anatómica responsable de la sintomatología, por lo tanto se hace hincapié en que la terapéutica debe ser, en su mayoría, conservadora. El paciente con dolor lumbar crónico presenta un deterioro de la función para desarrollarse en actividades de la vida diaria, por lo tanto al momento de su valoración es indispensable aplicar un instrumento que nos informe acerca del nivel de discapacidad funcional. Los dos principales instrumentos desarrollados con el fin de valorar la discapacidad funcional en el paciente con dolor lumbar crónico son: la Escala de Roland-Morris, la cual ha demostrado ser efectiva al valorar a pacientes con dolor lumbar crónico de leve a moderada intensidad y la Escala de Oswestry que es más específica para los pacientes con dolor de moderada a gran intensidad que generalmente son los manejados en la Clínica del Dolor. La valoración de la discapacidad funcional en un paciente con esta patología nos ayuda a poder individualizar el tratamiento con el fin de mejorar su condición de vida, ser reincorporado tempranamente a su ambiente laboral y disminuir el impacto económico institucional resultado del mal manejo de esta patología.

I.- ANTECEDENTES

I.A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN DOLOR CRÓNICO

LUMBAR

Hoy D., Brain C., Williams G., et. al. en 2012 publicaron la revisión mundial más reciente de la prevalencia del dolor lumbar en la población adulta mostrando que el dolor lumbar tiene un 12-33% de prevalencia y persiste hasta en un 22-65% posterior a un año de su aparición. ²⁹

En el 2002, la División Técnica de Información Estadística en Salud en el IMSS, publicó los 20 principales motivos de consulta durante el período de 1991 a 2002, donde sugieren que por lo menos el 5% de los individuos que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica claramente documentada y las dorsalgias representaban el 2% de los casos. ^{2, 4, 17}

Gordillo Álvarez V, Ramírez Bermejo A, Solis Valadez GP, Bautista Sánchez SG, Kassian Rank A., en el 2003, analizaron las principales causas de dolor crónico en la clínica del dolor del hospital general de México; en donde la lumbalgia ocupó el segundo lugar con el 15.4% de los diagnósticos. ⁵

I.B.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN DOLOR CRÓNICO

LUMBAR E INCAPACIDAD LABORAL

Sauné Castillo M, Arias Angalda R, Lleget Maymó I, Ruiz Bassols A, Escriba Jordana M y Gil M. en España 2003, mencionan que el 25% de los accidentes de trabajo en el estado español tienen el diagnóstico de lumbalgia de esfuerzo y que el 70-90% del gasto económico se produce debido a la incapacidad laboral transitoria que genera esta patología. ³⁵

Covarrubias-Gómez A., en una revisión bibliográfica del 2010, menciona que durante el 2007 la lumbalgia generó en el IMSS y el ISSSTE 27.8 millones de días de incapacidad laboral en el 2007, lo que se tradujo en \$5.8 miles de millones de pesos. ⁴

I.C.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN DOLOR CRÓNICO LUMBAR Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL

Chung-Wei C, McAuley J, Macedo L, Barnett D, Smeets R, Verbunt J, en una revisión bibliográfica del 2011 mencionan que las personas con dolor lumbar crónico no específico frecuentemente reportan una reducción o discapacidad ante la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.²⁷

En 1976, John O'Brien y Cols., desarrollan la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, esta con el fin de identificar la repercusión funcional que el dolor crónico tenía sobre las actividades de la vida diaria. Esta es la escala más utilizada y recomendada para la valoración de la funcionalidad del paciente con dolor lumbar crónico de moderada a severa intensidad y está adaptada al idioma español. Consta de un cuestionario corto que se puede rellenar sin la presencia del entrevistador.¹²

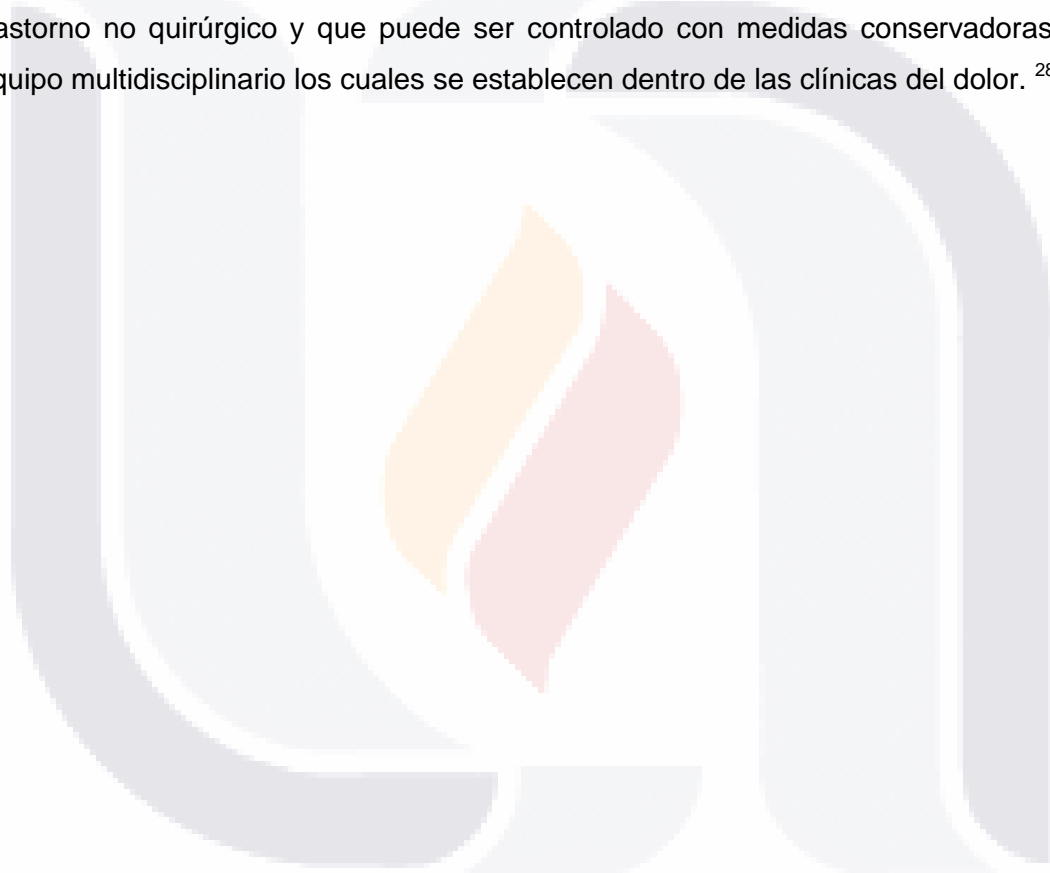
Zaragoza Lemus G, Guevara U., 2001. Realizaron una evaluación de la eficacia del tratamiento de lumbalgia en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y de la Nutrición Salvador Zubiran. Se aplicaron los cuestionarios EVA y Roland Morris a 119 pacientes. Los resultados mostraron aumento de la incidencia de lumbalgia en 18.4% con edad promedio de 61.7 ±9.5 años, predominó el sexo femenino. Los paciente se encontraban bajo terapia con fármacos, deposito esteroideo peridural, infiltración de puntos gatillo, sin embargo se obtuvo mejores resultados de funcionalidad en el tratamiento multimodal y el de deposito esteroideo con altos porcentajes de satisfacción.³²

Ocaña Jiménez U., 2007. Realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la discapacidad laboral debida a la patología lumbar. Refiere que la lumbalgia tiene alta prevalencia en la población actual y repercusiones socioeconómicas y laborales de enorme alcance. Constituye la primera causa de incapacidad laboral. Está considerada la principal causa de limitación de la actividad en personas menores de 45 años y es la patología músculoesquelética más prevalente en mayores de 65 años. En la lumbalgia ocupacional intervienen factores físicos y psicosociales que contribuyen a la presencia del síndrome lumbar en el ámbito laboral. Existen estudios publicados que muestran la asociación e interacciones entre la lumbalgia ocupacional y determinadas variables laborales (cargas pesadas mayores a 10kg,

movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación repetitivos, periodos prolongados en sedestación o bipedestación, etc.) ⁴²

I.D.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS EN TRATAMIENTOS PARA DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN CLÍNICAS DEL DOLOR

Peña Sagredo JL, Brieva Beltrán P, Peña Martín C, y Humbría Mendiola (2002). Refieren que en la mayoría de los pacientes el dolor lumbar crónico debe de ser considerado un trastorno no quirúrgico y que puede ser controlado con medidas conservadoras por un equipo multidisciplinario los cuales se establecen dentro de las clínicas del dolor. ²⁸



II.- MARCO TEÓRICO

II.A.- EL DOLOR CRÓNICO

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente, potencial o descrita en términos de la misma. Por mucho tiempo se ha pensado en el dolor como un síntoma, sin embargo en estudios recientes se ha reportado que el dolor es también una enfermedad, siendo responsable del 10% de los casos de cronicidad del mismo.¹

No se cuenta con una definición aceptada como estándar internacional para definir dolor crónico y esta es una de las razones por qué las estimaciones de prevalencia varían mucho de un estudio a otro. Sin embargo se debe mencionar que la IASP define el dolor crónico como: “dolor evidente que persiste más allá del tiempo de cicatrización del tejido normal” (por lo general tomado por 3 meses); la ACR cuenta con “criterios de dolor crónico generalizado” (CWP) y lo define en base a la presencia de los siguientes criterios durante al menos 3 meses: “dolor en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho del cuerpo, dolor arriba de la cintura y dolor debajo de la cintura, aunado al dolor del esqueleto axial (columna cervical, columna torácica o lumbar) que tiene que estar presente”. Se ha considerado que estas definiciones son arbitrarias, ya que la cronicidad del dolor puede identificarse en tiempos menores y que esto favorece a que, después de considerar esta serie de elementos, se haya documentado que en la población general internacional el dolor crónico presenta una prevalencia del 25% (criterio: 3 meses o más de evolución)^{2,3}.

II.B.- EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO

La Academia Americana para el Manejo del Dolor, ha estimado que el 22% de la población de ese país padece dolor crónico. En una encuesta realizada en 19 países Europeos (supervisada por la Federación Europea de Capítulos de la IASP), identificó que 19% de la población lo padece.⁴

Se ha reportado en el primer nivel de atención en la Unión Americana un 17% de pacientes son atendidos por dolor crónico. En las cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social acerca de los 20 principales motivos de consulta, durante el período de 1991 a

2002, sugieren que por lo menos el 5% de los individuos que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica claramente documentada, siendo las dorsalgias 2% de los casos. La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, ha documentado que la prevalencia del dolor crónico en mujeres es del 39.6% y que éste se presenta en un rango de edades desde los 15 hasta los 86 años. Estudios realizados en clínicas mexicanas del dolor, mencionan que la población atendida con dolor crónico presenta una edad promedio de 58 años y que el 48% son mujeres.²

Se detectó la carencia de estudios epidemiológicos de escrutinio y de reportes de la experiencia de los centros dedicados al control del dolor crónico en México; se sabe que el dolor crónico es un hecho real que condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales de trascendencia. En un estudio en la Clínica del Dolor del Hospital General de México durante el 2002 con el propósito de identificar las causas de dolor crónico, se encontró una relación de 1.8: 1 entre género femenino y masculino; el grupo de edad más afectado fue el de 50 a 79 años (61.8%). Los principales motivos de consulta fueron neuralgia post-herpética, lumbalgia (15.4%), neuropatía diabética, las causas oncológicas y las cefaleas. La mayor parte de los paciente refirió dolor de intensidad severa (60.3%) y moderada (34.6%).⁵

II.C.- DOLOR LUMBAR CRÓNICO

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. En las Guías de Manejo del Dolor de Espalda Baja o lumbalgia propuestas por la Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología) se ha propuesto la siguiente definición de lumbalgia: “aquellas sensaciones dolorosas o no confortables, localizadas por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), que pueden irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos”.⁴

El dolor lumbar desde un punto de vista científico, así como desde el punto de vista clínico, supera los conocimientos obtenidos, ya que es un síntoma cuyas posibles causas son variables, algunas de ellas parecen evidentes, pero otras son difíciles de encontrar. El análisis científico del dolor lumbar aun es obstaculizado por problemas metodológicos, lo que lleva a una heterogeneidad enorme, creando limitaciones y haciendo imposible la

comparación de resultados con estudios diferentes. Se ha identificado que, de acuerdo con algunos estudios epidemiológicos, la lumbalgia, puede afectar al 84% de las personas en algún momento de su vida con la posibilidad que ese evento se resuelva. En España 41,25% de los pacientes presentan dolor vertebral, siendo el segundo en frecuencia de consulta después de los síntomas respiratorios de la vía aérea superior. En el caso de la lumbalgia crónica, diversos estudios proponen una prevalencia del 15 al 36%. Se trata de una afección muy frecuente, siendo la segunda causa en frecuencia de visitas médicas, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera en frecuencia de intervención quirúrgica. Estos pacientes constituyen más de un 60% de los pacientes de las unidades del dolor.^{6,7.}

Entre el 30 y el 40% de los pacientes que sufren dolor lumbar, no se recuperan de forma adecuada, es decir, desarrollan un dolor lumbar crónico. Algunos de los factores de riesgo de cronicidad que afectan la percepción del dolor y discapacidad son:

- Historia de tratamientos médicos proporcionados para el dolor lumbar y la mejoría que estos han demostrado en cuanto al dolor (aquí influyen la exploración física meticolosa, diagnóstico oportuno, adecuada terapéutica, apego al tratamiento).
- Condición física actual (obesidad, múltiples cirugías previas, predominancia de dolor lumbar sobre dolor ciático).
- Evidencia de psicopatología (depresión mayor, desórdenes por usos de sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad).
- Alteraciones en la dinámica familiar.
- Actividad laboral (conductas de flexión anterior, hiperextensión, rotación, lateralización, fuerza muscular inapropiada para mantener el balance postural, mantener durante largos periodos posturas de pie o sentado. También niveles de insatisfacción y presión en el trabajo).
- Funcionamiento inhibido ya sea del ámbito psicológico o como resultado de discapacidad física.⁸

II.D.- IMPACTO SOCIOECONÓMICO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO Y SU DISCAPACIDAD FUNCIONAL

En México carecemos de estudios nacionales que documenten la prevalencia del dolor crónico en la población económicamente activa. En Canadá 60% de los enfermos con

dolor crónico, tienen de 18 a 59 años de edad. En México, los trastornos musculoesqueléticos posiblemente constituyan la causa más común de dolor en la población económicamente activa. En el IMSS durante el 2002, las consultas en los adultos de 20 a 59 años representaron el 52% de la atención médica familiar; el 13% de esta población, acudió por una enfermedad asociada potencialmente al dolor crónico siendo el 25% las dorsalgias. Cuando el paciente acude a la consulta por esta causa, para éste constituye un problema debido a la intensidad del dolor, su cronicidad, sus secuelas incapacitantes, el desconocimiento de su causa y el miedo sobre su futuro. La gente con dolor busca atención médica no sólo para la evaluación diagnóstica y el alivio de los síntomas, sino también porque el dolor interfiere con las actividades diarias, causa preocupación, angustia emocional y socava la confianza en la salud. Hay evidencia de que los efectos del dolor persistente en la salud psicológica y el estado funcional son similares para las diferentes áreas anatómicas afectadas. Sin embargo, no se sabe si el deterioro del bienestar emocional y aumento de la discapacidad son correlativos al dolor persistente.

6,7.

El dolor lumbar es un problema nacional, personal y clínico, se encuentra entre las patologías que generan los más altos costes de los sistemas de salud, es la condición médica más cara y la primera causa de discapacidad en personas menores de 45 años en los países industrializados. Existe escasa información sobre el dolor crónico para la planeación de estrategias y aprovechamiento de recursos en las unidades hospitalarias de nuestro país.^{5, 8, 9.}

El coste de las lumbalgias para el Servicio Nacional de Salud Británico es de 60 millones de libras al año, la Seguridad Social paga alrededor de 40 millones de libras al año por bajas laborales y en indemnizaciones por invalidez y jubilación. Se calcula que la lumbalgia cada año genera en un país europeo un costo equivalente aproximadamente entre el 1,7% y el 2,1% de su producto interno bruto.^{6,7.}

En nuestro país el IMSS y el ISSSTE abarcan al 93% de la población asegurada; se calcula que en el 2007 estas instituciones proporcionaron 27.8 millones de días de incapacidad laboral equivalentes a \$5.8 miles de millones de pesos. Sobre esto, un estudio realizado en 2,566 trabajadores del IMSS del norte del país, demostró que el 41% de los trabajadores refiere haber padecido o padecer lumbalgia. De los trabajadores que

reportaron este padecimiento, el 48% requirió atención médica y 31% incapacidad laboral por un promedio de 12 días en cada caso. Otro estudio realizado en 761 trabajadores del IMSS del sur del país, identificó la presencia de dolor musculoesquelético en 25% de éstos; de los cuales, 5% presentaron lumbalgia y 33% auto-percibieron una incapacidad completa para trabajar a consecuencia del dolor. ⁴

Se realizó un estudio en 2005 a todos los trabajadores con síndrome doloroso lumbar invalidante de un Hospital General de Zona, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la Ciudad de México, durante un periodo de siete años. Se aclara que el dictamen de invalidez sólo se otorga cuando se ha comprobado fehacientemente que las causas del padecimiento no son de origen laboral. En el caso específico de la lumbalgia sólo se reconoce, en algunos casos, su relación laboral cuando es producto de un accidente de trabajo. Esta investigación demuestra que aun los dictámenes de síndrome doloroso lumbar incapacitante por supuestas causas extra laborales están asociados al tipo y características de la actividad que los trabajadores desempeñaron durante su vida laboral. Se observó que el tiempo de exposición (antigüedad en el puesto de trabajo) era una variable de peso en la aparición de la lumbalgia. Si tenían más de 15 años de exposición tuvieron 1,5 veces mayor riesgo y del doble en el caso de más de 25 años. El esfuerzo físico a que estuvieron sometidos estos trabajadores, tanto en su último puesto como en el puesto anterior, fue asociado a la aparición de la lumbalgia invalidante, siendo de 2,3 a 3,6 veces más frecuente en los trabajadores sometidos a esfuerzo físico pesado y/o moderado. Las tareas cuyo contenido requiere levantar cargas o acciones de flexión, extensión y/o rotación frecuentes mostraron ser también determinantes en la aparición de este síndrome. Si la actividad requiere cargar pesos mayores de 10 kilogramos, la posibilidad es casi 3 veces mayor. Estas actividades propias de los trabajadores cuya labor es principalmente manual participan de manera contundente en la aparición del síndrome doloroso lumbar incapacitante, por lo tanto la lumbalgia es un padecimiento de origen multifactorial, pero determinado por el trabajo. Su génesis multifactorial debe ser estudiada rigurosamente para conocer las exigencias a que se someten los trabajadores durante su vida laboral. Aunque a los trabajadores les dictamen invalidez por síndrome doloroso lumbar, es decir, de causas no laborales de acuerdo con el IMSS, se mostró, no obstante, el peso que tienen algunas variables del trabajo en la determinación de este síndrome. ⁸

Debido a su alta prevalencia, la patología lumbar común tiene una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas de ausentismo laboral representando la tercera causa de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos. No existe una correlación lineal entre la clínica referida por el paciente y la alteración anatómica hallada por las técnicas de imagen, por lo que llegar a un diagnóstico etiológico sólo es posible aproximadamente en el 20%, entre el 80% y el 90% de las lumbalgias serán inespecíficas. Este es el motivo de que el 90% de los pacientes con dolor de espalda pueden ser controlados por el médico general y tan solo el 10% tendrá que ser enviado a una unidad de clínica del dolor. Dentro del primer nivel de atención se debe destacar el evitar el reposo en cama, usar antiinflamatorios o analgésicos, indicar ejercicio físico adecuado al paciente y el tratamiento psicológico cognitivo-conductual. ^{6, 7, 10.}

Por lo anterior, es imperativo que se cuente con un programa para la prevención y tratamiento de este padecimiento ya que condiciona limitantes físicas que modifican el entorno social y afectivo del paciente. El dolor lumbar crónico es complejo y de naturaleza multidimensional; el modelo bio-psicosocial del dolor postula que la experiencia del dolor es una serie de combinaciones interactuantes: anatómicas, patológicas, neurofisiológicas, físicas y psicosociales, que son distintas en cada individuo. ^{4,11.}

II.E.- LAS CLÍNICAS DEL DOLOR

Los esfuerzos tendientes a lograr el objetivo de una atención integral del paciente con dolor crónico inician durante la primera mitad del siglo XX con un médico estadounidense de nombre John J. Bonica, quien se interesó por ahondar en el estudio del dolor. Este pensamiento revolucionario sobre el abordaje multidisciplinario del dolor lo condujo a la creación de la primera clínica del dolor en 1946, lo cual promovió el surgimiento de muchas más a lo largo de la Unión Americana. El Dr. Bonica en 1974 fundó la primera organización enfocada al estudio y tratamiento del dolor (IASP) y promovió mundialmente la educación especializada de los médicos que pretendieran dedicarse a este campo. En nuestro país, la lucha contra el dolor inicia con el Dr. Vicente García Olivera, quien en 1953, adquirió sus conocimientos en este campo, bajo la tutela del Dr. Alexander. A su regreso a México, el Dr. Olivera logró transmitir sus enseñanzas y su visión del manejo del

dolor a un grupo de médicos interesados en esta área. El resultado de esta labor, y de sus invaluable consejos, se cristalizan con la fundación de la primera clínica del dolor en nuestro país en el año de 1972, por el Dr. Ramón De Lille Fuentes en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Una clínica del dolor es servicio hospitalario que se enfoca en el diagnóstico y manejo de pacientes con dolor crónico. Así mismo, puede especializarse en diagnósticos específicos o en dolores ubicados en cierta región del cuerpo. Un médico solo, en una institución compleja que ofrece servicios terapéuticos y de consulta apropiados, puede calificar como una clínica del dolor, siempre y cuando ésta maneje a pacientes con dolor crónico. La misión de una clínica del dolor es brindar alivio, no solamente del dolor, sino también de los síntomas que se asocian a éste o a su terapéutica, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser biopsicosocial. Además de los algólogos, una clínica del dolor está compuesta por psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras; del mismo modo, puede contar con el apoyo de otros especialistas que sean requeridos; lo anterior asegura que el manejo del paciente tenga un enfoque multidisciplinario. La diversidad de abordajes que se pueden proporcionar al paciente con dolor incluyen: el manejo farmacológico y no-farmacológico, el intervencionista y la rehabilitación. Por ello, para el manejo del paciente con estas características se requiere de un abordaje especializado. De tal forma que los pacientes y sus familiares deben asesorarse con sus médicos tratantes para ser canalizados a estos centros o con especialistas en esta área, para que en conjunto mejoren sus condiciones de vida.³⁰

Dentro de los principales objetivos de una clínica del dolor se encuentran los siguientes:

1. Devolver al paciente a su actividad diaria profesional lo más rápidamente posible.
2. Que esta recuperación del paciente a su actividad habitual tenga una clara relación coste/beneficio.

La mayoría de los pacientes con estas afecciones puede ser controlada con medidas conservadoras. El dolor de espalda debe ser considerado un trastorno no quirúrgico, sino médico, que debe ser controlado por especialistas en algología, reumatología, médicos generales y rehabilitadores. Una vez que el paciente llega a la unidad de espalda, se le realiza una historia clínica y una exploración; mediante un protocolo previamente

diseñado, además se realiza una evaluación psicopatológica y de estrés psicosocial; posteriormente inicia el tratamiento, compuesto por una parte médica, una fisioterápica, psicológica y de educación psicofísica.²⁸

II.F.- DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y TEST DE OSWESTRY

La OMS define discapacidad como: «Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.» Distingue tres dimensiones de la discapacidad/limitación (ONU 1998):

1. La deficiencia (impairment) se refiere a “cualquier pérdida o desviación de la estructura o función fisiológica, neurológica o anatómica de un órgano o de una parte del cuerpo”. Es decir, considera la dimensión orgánica y corporal.
2. La discapacidad que “refleja cualquier deficiencia o ausencia de habilidad que experimenta una persona en el desempeño de una actividad, en la medida o rango que, para cualquier persona, se considera normal”. La OMS la considera la dimensión individual.
3. La desventaja/limitación (handicap) o la dimensión social se refiere a las limitaciones que una persona tiene, por razones de su discapacidad, con el medio social o físico.

Se definen a las actividades de la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento (Reed y Sanderson, 1980); se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Dentro de las actividades básicas de la vida diaria se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño, descanso y están relacionadas con el logro de la independencia personal y la autonomía.⁴³

Las escalas de valoración son pruebas complementarias que, aunque menos utilizadas, aportan información sobre la intensidad del dolor y su repercusión en las actividades de la

vida cotidiana. El paciente con lumbar crónico presenta a menudo dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, por lo que para su valoración es importante medir su repercusión funcional mediante escalas, más el desconocimiento y el esfuerzo que supone calcular la puntuación, interpretar y registrar los resultados son los principales factores que limitan su incorporación a la práctica clínica diaria. La escala de discapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry es, junto con la escala de Roland-Morris, la más utilizada y recomendada a nivel mundial. Su utilización permitirá al clínico obtener información desde la perspectiva del paciente, conocer el grado de eficacia de las distintas técnicas de tratamiento empleadas y comparar resultados con otros estudios publicados en la literatura. El desarrollo de la escala de discapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry se inició en 1976, con un equipo integrado por un cirujano ortopédico, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta, realizaron entrevistas a un grupo de pacientes y fue a partir de 1981 cuando el Test de Oswestry se difundió por la International Society for The Study of the Lumbar Spine. Consiste en un cuestionario autoaplicado, específico para dolor lumbar (sin embargo ya se ha aplicado en otras patologías), que mide las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria.^{12, 38, 39.}

La escala por dolor lumbar de Oswestry valora la intensidad del dolor, actividades básicas de la vida diaria que pueden afectarse por el dolor (cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar). Forma parte de las recomendaciones sobre valoración del dolor lumbar realizadas en dos de las principales reuniones de expertos a nivel mundial, cuyas conclusiones se publicaron en la revista Spine y Outcomes Measures in Rheumatology. Debido a su efecto suelo (que sucede cuando el paciente sigue empeorando a pesar de haber obtenido la máxima puntuación y por tanto, la escala no detecta el empeoramiento) es menos sensible en pacientes menos discapacitados. Constituye, pues, la mejor opción para pacientes con mayor afectación (discapacidad moderada-intensa), es decir, discrimina mejor las diferencias de discapacidad funcional en los pacientes más afectados, los habituales en las consultas especializadas del aparato locomotor. Flórez et al realizaron la adaptación transcultural a la población española en 1995. La versión en castellano ha demostrado su fiabilidad, validez y consistencia interna, su adaptación de la escala de discapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry está incluida en la categoría de mayor calidad metodológica: recomendación A.^{12, 38, 39.}

En un estudio con el fin de valorar la relación entre el dolor referido por el paciente, su función física y la calidad de vida después de una cirugía de columna, se recomienda que se valore al paciente con la EVA (Escala Visual Análoga) y el Test Oswestry antes y después de la intervención quirúrgica, las cuales son las escalas más específicas para medir la respuesta al tratamiento y son altamente sensibles a los cambios.¹³

II.G.- DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO

Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. en 1998 realizaron para la OMS un estudio acerca del dolor persistente y su relación con el bienestar en centros de primer nivel de atención a la salud. Su objetivo era determinar la prevalencia y el impacto del dolor persistente en los pacientes de atención primaria entre los 18 y 65 años, así como su relación con las enfermedades psicológicas y la discapacidad física. Se reportó el 22% de prevalencia de dolor crónico, siendo la región dorsal representativa del 47.8% y se observó que los pacientes que sufren de dolor persistente eran propensos a tener un trastorno de ansiedad o depresión 4 veces más que un individuo sano, experimentaban mayores limitaciones en las actividades de la vida diaria y tenían una mala percepción en cuanto a su salud. El 1% de los pacientes con dolor persistente fueron calificados como de moderada a severa interferencia en el rol de trabajo y que eran propensos a informar de 3 o más días en el mes en los cuales no fueron capaces de llevar a cabo sus actividades habituales. El estudio de problemas psicológicos en general debe formar parte de una evaluación más amplia de la salud y el estado de salud mental en el paciente con dolor persistente. Se observó la asociación del dolor persistente con la percepción de la salud, los trastornos psicológicos y limitaciones de la actividad.⁹

En el aspecto fisioterapéutico se realizaron algunos estudios publicados acerca de la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico, donde reportaron una afección significativa por este padecimiento en no todos, pero casi todos los aspectos de su vida. El restablecimiento de la función normal debe de ser dirigida según las necesidades específicas de cada paciente y es la llave fundamental del abordaje fisioterapéutico de los problemas de la espalda baja. Existe evidencia clínica moderada que los programas de ejercicios estructurados y la “escuelas de espalda” reducen el dolor, mejoran la función y

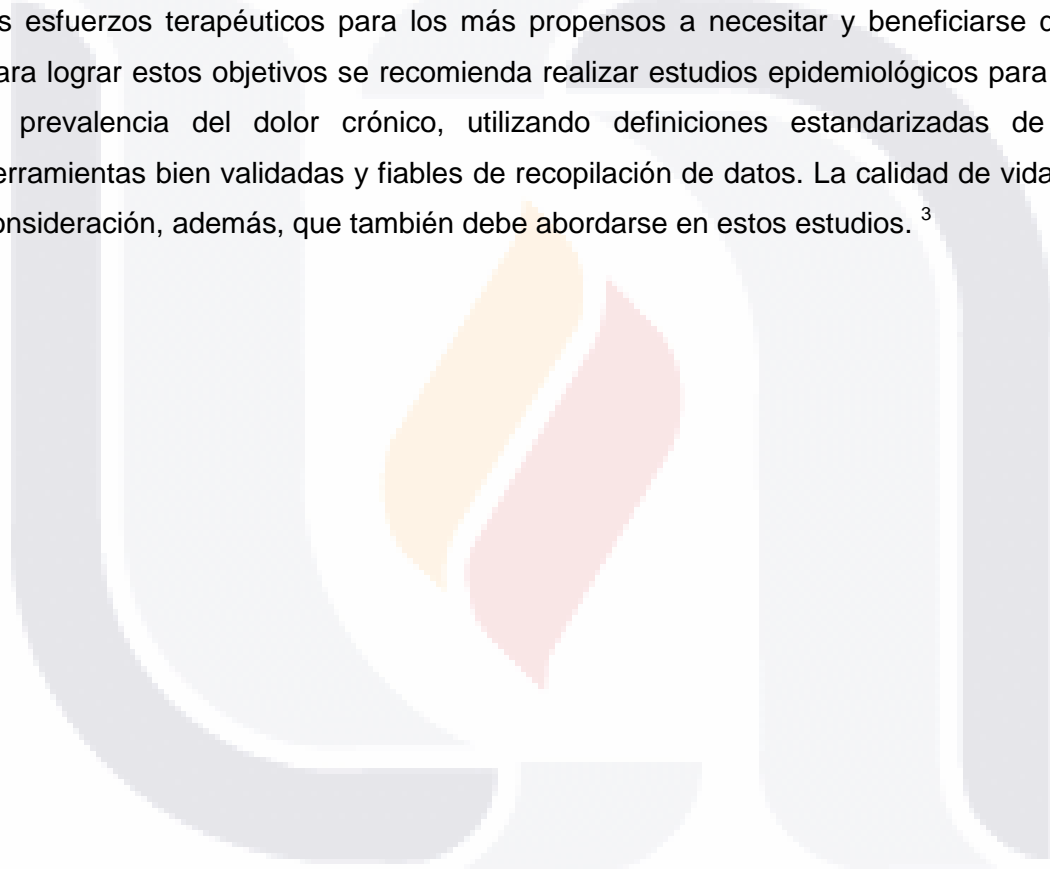
regresan a sus actividades laborales ya sea si se aplica un programa corto o mediano plazo.¹¹

Una de las opciones terapéuticas para el dolor lumbar que cabe destacar, es la opción quirúrgica; la cual a pesar de tener indicaciones muy claras y consensuadas, no siempre es aplicada con el rigor que requeriría. Por desgracia, pacientes que no reúnen los criterios para este tipo de tratamiento pasan por el quirófano, generando el llamado “Síndrome de la Cirugía Fallida de Columna Lumbar”, en el que se incluye a un grupo de pacientes con dolor lumbar crónico, que además de presentar la dificultad para determinar la etiología del dolor lumbar, agregan la dificultad de determinar las consecuencias de la cirugía sobre el dolor lumbar crónico. La recomendación de este tratamiento se ha indicado a un reducido grupo de pacientes, con igual número de éxitos que de fracasos. En Gran Bretaña se realizan anualmente unas 7.000 intervenciones por hernia discal, en Estados Unidos se realizan 69,5 intervenciones por 100.000 habitantes por año; sin embargo no existe evidencia de que la cirugía de la columna sea mejor que el tratamiento conservador. Trabajos recientes, consideran que incluso los pacientes que presentan los criterios para ser tratados con cirugía, siguen la regla de presentar una recuperación espontánea, ya que alrededor del 90% de los pacientes experimenta una mejoría gradual en un plazo de seis semanas, y por lo tanto sólo el 10% precisan de cirugía. Por esto, solamente el 2% de los pacientes que presentan dolor lumbar serian candidatos al tratamiento quirúrgico.^{5, 6, 14}

La utilización de estrategias integrales y multimodales por los equipos multidisciplinarios ha demostrado ser más eficaz y más de un 50% puede reintegrarse al mundo laboral utilizando los tratamientos tradicionales (farmacología, fisioterapia, terapia psicológica), permitiendo así poder ofrecer a nuestros pacientes una mejor calidad de vida; estas estrategias se encuentran integradas en las clínicas del dolor. Por lo general el examen psicológico de estos pacientes no es un procedimiento sistemático en su diagnóstico y tratamiento, se han llegado a establecer ciertas características comunes, resaltando estados de ansiedad, depresión, estrés e irritabilidad, además de distorsión cognitiva y frustración laboral, malas relaciones interpersonales por lo que tienden a exagerar su incapacidad más de lo normal, lo que los predispone a mantener la incapacidad física más allá de lo esperado según el daño físico real. Los programas de tratamiento de tipo

rehabilitador (incluidos en las estrategias multimodales) en cuanto a la condición física, al esfuerzo físico y educativo de cuidados de columna, reducen el dolor lumbar así como los riesgos de cronicidad y recaídas.^{6, 7, 14.}

Dado que los costos asociados con el dolor crónico deben ser considerables para los sistemas de salud, las personas y la sociedad, a la gestión de recursos para su abordaje terapéutico se debe asignar alta prioridad. Las estimaciones sobre el tamaño y características de la población afectada, proporcionan una base para diseñar y entregar los esfuerzos terapéuticos para los más propensos a necesitar y beneficiarse de ellas. Para lograr estos objetivos se recomienda realizar estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia del dolor crónico, utilizando definiciones estandarizadas de claras, herramientas bien validadas y fiables de recopilación de datos. La calidad de vida es una consideración, además, que también debe abordarse en estos estudios.³



III.- JUSTIFICACIÓN

El dolor lumbar es un padecimiento frecuente en la población en edad económicamente productiva, es subestimado y mal tratado bajo la creencia de que el paciente simula su padecimiento con el objetivo de lograr incapacidades prolongadas o ser pensionado en edad temprana. El abordaje ideal del paciente con dolor lumbar crónico, según la revisión de la literatura, es multidisciplinario; mediante éste se logran buenos resultados con poca posibilidad de que el dolor persista y tiene gran impacto en el restablecimiento de la funcionalidad. Con el fin de abarcar de una forma más íntegra a estos pacientes y disminuir el impacto económico de su patología, es necesario el establecimiento de Clínicas del Dolor donde se ofrezca esta modalidad de tratamiento y que las mismas sean accesibles a la mayor parte de la población, con el objetivo de disminuir los tiempos de espera y posibilitar mejores condiciones para que los pacientes recuperen su funcionalidad de forma temprana y que no sea necesario que permanezcan incapacitados por largos intervalos de tiempo. Así también, el equipo multidisciplinario debe contar con el personal, los instrumentos y medicamentos necesarios y calificados que se encuentren dentro de las prestaciones que abarca la institución, para que la intervención realizada por las Clínicas del Dolor sea efectiva.

Debido a que en la literatura de nuestro país se tiene poca información acerca del impacto del tratamiento de las Clínicas del Dolor en la población mencionada, el presente estudio es realizado con el objetivo de conocer a la población afectada por esta patología, así como el de valorar el nivel de discapacidad funcional ante actividades básicas de la vida diaria, antes y después de de la intervención terapéutica de la Clínica del Dolor HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.A.- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

El estado de Aguascalientes cuenta con una población de 1,184, 996 habitantes de los cuales 576, 638 son hombres y 608, 358 son mujeres. 80.8% de su población en zona urbana y el 19.2% de zona rural. La población en edad laboral (entre 15 a 64 años) constituye 63.3% y la población mayor a 64 representa el 5%. El 78.5% cuenta con derechohabiencia siendo la afiliación al IMSS representante del 57.0% de este grupo.

Según datos del INEGI 2010, se reporta que en Aguascalientes existen 57, 002 personas con alguna dificultad física o mental para realizar las actividades en su vida diaria, siendo 57.5% de los casos a causa de accidentes o enfermedad. Dentro de la población con incapacidad 6.6% (2,163 aproximadamente) se encuentran en edad laboral. En México no existen datos epidemiológicos que documenten la incidencia y prevalencia del dolor lumbar crónico ni su relación con la discapacidad funcional que este condiciona en el paciente; tampoco se ha valorado datos epidemiológicos acerca del impacto del tratamiento de las clínicas del dolor en la discapacidad funcional en los pacientes con esta patología.

Dentro del IMSS Aguascalientes en la unidad de Clínica del Dolor se atendieron 459 pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico en el 2012. ^{15, 16.}

IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

Diversos autores han considerado al dolor crónico como un problema de salud pública, afectando del 25 al 29% de la población general a nivel internacional. Dentro de la población en edad económicamente productiva, tenemos reportes que en Canadá el 60% de los enfermos con dolor crónico tienen de 18 a 59 años de edad y que los trastornos musculoesqueléticos posiblemente constituyan la causa más común. 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. En España los pacientes con dolor lumbar crónico constituyen más de un 60% de los pacientes de las unidades del dolor. ⁶

En el IMSS durante el 2002, las consultas en los adultos de 20 a 59 años representaron el 52% de la atención médica familiar, el 13% de esta población acudió por una enfermedad asociada potencialmente al dolor crónico, siendo las dorsalgias representantes del 25%. Se ha estimado que 50% de la población económicamente activa sufre cada año un episodio de lumbalgia. En el periodo de 1991-2002, 5% de los padecimientos atendidos por médicos de primer contacto, fueron dolorosos por definición y es la dorsalgia representativa del 2% de los casos. ¹⁷

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 dorsopatía. ^{2, 4.}

Un estudio realizado en 2,566 trabajadores del IMSS del norte del país, demostró que el 41% de los trabajadores refiere haber padecido o padecer lumbalgia. De los trabajadores que reportaron este padecimiento 48% requirió atención médica y 31% incapacidad laboral por un promedio de 12 días en cada caso ^{4,18.}

Otro estudio realizado en 761 trabajadores del IMSS del sur del país, identificó la presencia de dolor musculoesquelético en 25% de éstos; de los cuales, 5% presentaron lumbalgia y 33% auto-percibieron una incapacidad completa para trabajar a consecuencia del dolor ^{4,36.}

A manera de ejemplo y únicamente con el objetivo de representar la magnitud del problema, si el 30% de los 6.5 millones de enfermos con lumbalgia crónica requiere incapacidad, entonces estamos hablando de 1.9 millones de personas con incapacidad laboral. Si cada uno de ellos requiere 12 días en promedio, estamos hablando de 23.4 millones de días (aproximadamente el 84% del total de incapacidades (IMSS-ISSSTE); es decir 1.2 miles de millones de pesos. Estos elementos son el indicador que fundamenta la propuesta de que la lumbalgia es un problema de salud pública común en países industrializados. Por lo anterior, es imperativo que la nación cuente con un programa para la prevención y tratamiento de este padecimiento. ⁴

En un estudio realizado en la Clínica del Dolor del Hospital General de México durante el 2002, se encontró que el 15.4% de los pacientes presentaba lumbalgia, representando el segundo motivo de consulta, concluyendo que según los resultados no concuerdan

totalmente con la situación reportada internacionalmente y que es necesario extender esta investigación bajo un enfoque epidemiológico.⁵

La primera clínica del dolor en la República Mexicana fue puesta en marcha en 1972 bajo la coordinación del Dr. Vicente García Olivera y el Dr. Ramón de Lille en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán. La misión de las Clínicas del Dolor es brindar alivio no solamente del dolor, sino también de síntomas que se asocian a éste o a su terapéutica. Para lograrlo, es necesario una atención integral que mejora la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser biopsicosocial.^{19, 20, 21}

En el 2012 en el servicio de Clínica del Dolor del IMSS Aguascalientes, el dolor lumbar crónico representó el 19.2% de los motivos de consulta; de este padecimiento se ofrecieron 55 consultas de primera vez y 402 subsecuentes, de los cuales 47.4% fueron hombres y 52.5% mujeres, las edades más frecuentes de 41-50 años el 32.6% y de 51-60 años el 24.1%. El 75.1% tenían el antecedente de cirugía de columna lumbar.¹⁶ No se cuentan con datos epidemiológicos que indiquen el grado de discapacidad funcional de pacientes con dolor lumbar crónico.

IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD

A nivel Internacional se cuenta que la mayor parte de las guías para el manejo de la lumbalgia son publicadas en el idioma Inglés. Estas son: “Low Back Pain: Guidelines for its management”¹⁰, “Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society”²²; “Interventional Therapies, Surgery, and Interdisciplinary Rehabilitation for Low Back Pain: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Pain Society”.²³

En el 2007 se da a conocer la norma oficial mexicana nom-011-ssa3-2007, (criterios para la atención de enfermos con dolor crónico y en fase terminal a través de cuidados paliativos). También se realizó la modificación de la Ley General de Salud y se publicó la Ley de Reforma del Tratamiento Paliativo de México, que ha entró en vigor el 6 de enero de 2009.^{2,8.}

Así también contamos que en el catalogo maestro de guías de práctica clínica existen dos principales referentes al manejo del dolor lumbar: la IMSS-045-08: “Diagnostico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención” y la IMSS-601-13: “Abordaje del diagnostico de dolor lumbar crónico en la población pediátrica en el primer nivel de atención”.^{24,25.}

El servicio de clínica del dolor en el HGZ1 IMSS Aguascalientes tiene tres años de haber iniciado sus actividades. Éste surgió debido a que el dolor crónico es, a pesar de no contar con datos epidemiológicos exactos, un problema frecuente en el primer y segundo nivel de atención de esta delegación; probablemente ligado al alto índice de enfermedades con potencial desarrollo de dolor crónico (Diabetes mellitus, lumbalgia, cardiopatía isquémica, cáncer, fibromialgia, etc). Anteriormente los pacientes con este diagnostico se enviaban a UMAE León o al CMO lo cual se traducía en alto costo para el Instituto debido al traslado de los derechohabientes así como pago viáticos. Observando esta problemática y teniendo la disponibilidad de un médico Anestesiólogo especialista en Algología, se decide la apertura de este servicio para disminución de los tiempos de espera de los pacientes y del impacto económico ya mencionado.

IV.D.- DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

De 100 pacientes vistos en una clínica del dolor especializada en espalda 20% presentan una lumbalgia relacionada con el diagnóstico y 80% una lumbalgia no relacionada con el diagnóstico. Las lumbalgias relacionadas con el diagnóstico son aquellas en las que el síntoma guarda relación con la lesión anatómica. Por lo tanto la mayoría de los pacientes con esta afección puede ser controlada con medidas conservadoras, y debe ser considerado un trastorno no quirúrgico. Se ha demostrado que en los pacientes con antecedentes de cirugía de columna lumbar, un porcentaje variable de entre 5 y 40% no mejoran su sintomatología dolorosa o recaen a los pocos meses, constituyendo así el llamado síndrome de columna fallida (“failed back surgery syndrome”).^{14, 26, 27, 40.}

Las pruebas complementarias más habituales (de laboratorio y de imagen) aportan poca información y en muchos casos, confusión por el gran número de falsos positivos. Aunque útiles para descartar patologías específicas, no informan sobre la situación clínica del paciente ni de los cambios que se producen y ofrecen poca ayuda en la toma de decisiones. Existen otras pruebas complementarias menos utilizadas, las escalas de valoración, que probablemente aporten información mucho más útil al clínico: permiten

cuantificar la intensidad del dolor, su repercusión funcional y sobre todo ofrecen información importante sobre el pronóstico funcional y la toma de decisiones. La escala de discapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry es la más utilizada y recomendada a nivel mundial para medir la discapacidad moderada a intensa debida a dolor lumbar. Las personas con dolor inespecífico de espalda baja a menudo informan deterioro de la capacidad para realizar las actividades diarias. El impacto del dolor en el funcionamiento diario de un paciente puede ser expresado como un nivel de discapacidad o una reducción en la actividad física.¹²

A menudo se ha observado que las personas con discapacidad relacionadas al dolor lumbar reducen los niveles de actividad física debido al temor de volver a lesionarse; sin embargo, en varios estudios analizados se hace hincapié en el mantenimiento y aumento gradual de la propia actividad física, debido a que la disminución de la misma se relaciona con un aumento de la discapacidad en las funciones de la vida diaria.²⁷

Otros factores relacionados al paciente con lumbalgia inespecífica crónica, son el estrés psicosocial, bajo nivel socioeconómico, ocupación profesional y otros atribuidos al estilo de vida. El ejercicio es un marcador de estilo de vida que se observa en pacientes con altos valores de educación, que suelen presentar menos problemas psicosociales y que tienen un grado mayor de satisfacción vital. Estas personas suelen tener un trabajo relacionado con la esfera intelectual y, por tanto, con escasa demanda física. Una buena estrategia terapéutica para estos pacientes es abordar todos estos aspectos de una forma conjunta unificando el tratamiento de diversos especialistas médicos en torno a estos problemas. Por ello una unidad de clínica de dolor en la que se atienda a pacientes con dolor lumbar crónico debe ser multidisciplinaria y agrupar: Médico algólogo, enfermera especialista en cuidados paliativos, tanatólogo, psicólogo y trabajador social como parte del equipo básico de una clínica del dolor; otras especialidades de apoyo son medicina física y rehabilitación así como reumatología, nutrición, traumatólogos, neurocirujanos y otras especialidades necesarias. Al momento de su valoración inicial es necesario realizar historia clínica y exploración completas, además de una evaluación psicopatológica y de estrés psicosocial. En la clínica del dolor del HGZ1 IMSS Aguascalientes, el objetivo del abordaje del paciente con dolor lumbar crónico que acude a consulta es: Devolver al paciente a su actividad diaria profesional lo más rápidamente posible y que esta recuperación del paciente a su actividad habitual tenga una clara relación coste/beneficio.

Actualmente este objetivo se ve comprometido debido a la ausencia de un equipo multidisciplinario para la atención del enfermo con dolor crónico. ²⁸

La omisión de la indicación o el mal apego de los posibles abordajes terapéuticos para estos pacientes se pueden traducir en un deterioro de su capacidad funcional. Esto conlleva la posibilidad de pensionar a pacientes en edad económicamente productiva o de permanecer incapacitado por tiempo prolongado.⁴

Conocer el nivel de discapacidad funcional que refieren los pacientes antes y después de integrarse al servicio de la clínica del dolor, es vital para evaluar si la terapéutica otorgada ofrece al paciente mejoría en actividades importantes de la vida diaria; esto con el fin de desarrollar intervenciones oportunas para disminuir las secuelas físicas y psicológicas del paciente, así como reducir el impacto económico de esta patología a nivel institucional.

IV.E.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

El dolor lumbar es un problema frecuente en nuestro país. Se encuentra dentro de las primeras causas de atención médica primaria según los últimos datos estadísticos. A nivel internacional existen asociaciones que han publicado distintos tipos de abordaje terapéutico, sin embargo, estos no contemplan la población afectada por esta patología a nivel internacional debido a que se desconoce las estadísticas mundiales del dolor crónico y más específicamente la población en la cual el segmento anatómico afectado es la región lumbar.

En nuestro país se tienen pocos estudios descriptivos de la población con dolor crónico, en específico, dolor lumbar. En México no existen datos epidemiológicos que documenten la incidencia y prevalencia del dolor lumbar crónico ni su relación con la discapacidad funcional que este condiciona en el paciente; tampoco se ha valorado datos epidemiológicos acerca del impacto del tratamiento de las clínicas del dolor en la discapacidad funcional en los pacientes con esta patología. Sin estos datos, los recursos destinados al tratamiento de esta patología no serán los suficientes ni adecuados para la resolución del problema. Al carecer de los medios efectivos para su abordaje, los pacientes con dolor lumbar tienen riesgo de cronicidad del dolor y un consecuente impacto en la función ante actividades de la vida diaria..

Dentro del IMSS Aguascalientes en la unidad de Clínica del Dolor se atendieron 459 pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico en el 2012. ^{15, 16.}

IV.F.- FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

- Mala disposición del paciente hacia el tratamiento indicado
- Bajo nivel educativo y socio económico, ocupación laboral, beneficio secundario como la compensación económica sin la necesidad de trabajar.
- Terapéutica inadecuada, insuficiente o mala instrucción del médico tratante

IV.G.- ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO

Debido a que el reporte del dolor sólo puede ser obtenido de quien lo sufre, la complejidad de los mecanismos que lo producen y a los criterios heterogéneos establecidos para su definición, se hace difícil la valoración de su incidencia y prevalencia; por lo tanto, en cada uno de los estudios internacionales acerca del dolor crónico se hace énfasis en que los resultados son datos solamente aproximados a las cifras reales y que se necesitan más estudios para poder extender el conocimiento de esta población. ^{3, 6, 29, 30.}

En México se tienen escasos estudios en los cuales se reporte las características de la población que acude a las clínicas del dolor. ^{2, 5, 7.}

En estudios americanos se menciona que la región lumbar es el sitio anatómico más frecuente referido con dolor crónico, y que ocasiona limitación en las actividades de la vida diaria del individuo. ²⁹

En nuestro país sabemos que la lumbalgia es uno de los principales padecimientos motivo de consulta en primer nivel de atención y que dentro de las clínicas del dolor ocupa el segundo diagnóstico de las consultas. ^{2, 5, 17, 37}

Conocemos también que el paciente con lumbalgia crónica con frecuencia se relaciona con incapacidades prolongadas así como el riesgo de ser pensionado en edad

económicamente productiva y que también se relaciona con una disminución de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.^{4, 27, 31.}

Dentro del país contamos con pocos estudios que nos reporten las características de la población con dolor lumbar crónico y no contamos con estudios publicados que nos indiquen el nivel de discapacidad funcional de los pacientes posterior a la intervención terapéutica en las Clínicas del Dolor. La literatura menciona que un manejo multidisciplinario (ofrecido en las Clínicas del Dolor) de los pacientes con dolor lumbar crónico ofrece una mejoría en la funcionalidad lo cual, en algunos casos, ayudara a la reincorporación temprana a su ámbito laboral.^{27, 28, 31, 32.}

IV.H.- NIVEL DE CONOCIMIENTO

No existe en nuestro medio un estudio de nivel de discapacidad funcional de los pacientes con dolor lumbar crónico posterior a la el tratamiento ofrecido en la clínica del dolor.

IV.I.- ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

Noriega-Elío M, et Al. realizó un estudio acerca de la relación de la lumbalgia y el trabajo en trabajadores con invalidez. Se concluyó que los aspectos más influyentes en la lumbalgia son la antigüedad en el puesto de trabajo (más frecuente en pacientes con más de 15 años de antigüedad), el esfuerzo físico a que estuvieron sometidos estos trabajadores (esfuerzo físico pesado y/o moderado) en su último puesto como en el puesto anterior, fue fuertemente asociado a la aparición de la lumbalgia invalidante. Levantar cargas o acciones de flexión, extensión y/o rotación frecuentes, cargar pesos mayores de 10 kilogramos. La principal interacción doble encontrada fue entre el tipo de puesto y el levantamiento de cargas. Los trabajadores sometidos a puestos exigentes y que levantan cargas tienen una posibilidad tres veces mayor que aquéllos Que no lo hacen.⁸

En 2013, Jacobs W, et al, realizaron una revisión bibliográfica para comparar el impacto en la reducción del dolor y mejoramiento de la funcionalidad (mediante la aplicación del test Oswestry) entre pacientes con remplazo total de disco intervertebral vs aquellos con fusión espinal. Se encontró que en siete estudios referían que la funcionalidad del

paciente mejoró en aquellos que se les realizó cirugía de columna tipo remplazo de disco intervertebral (con un resultado en la escala Oswestry de 4.27 más que en el grupo con fusión espinal), sin embargo, estas diferencias no son clínicamente significantes y se menciona también que estos estudios tenían alta posibilidad de parcialidad. También se menciona que la cirugía de columna lumbar aparentemente es superior que la terapia física tradicional, pero no mejor que un programa de rehabilitación intensivo y que la calidad de vida, funcionalidad y alivio del dolor a corto plazo no tuvo grandes diferencias entre ambos grupos. ³³

Rosales-Olivares, LM, et. al. en 2007, Realiza un estudio prospectivo, observacional y lineal de 20 cirugías de columna lumbar. Realiza una caracterización de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Columna Fallida; valora la funcionalidad preoperatoria del paciente y posterior a dos años del evento quirúrgico. La evaluación preoperatoria por escala de Oswestry fue mayor de 60 % en 12 pacientes y a los dos años, menor de 20 % en once. A pesar de la sintomatología persistente en casi todos los pacientes y de las complicaciones, el índice de satisfacción fue de 100 %. Al evaluar los casos se encontró que la causa de dolor lumbar persistente posterior a la cirugía fue: mala indicación de la cirugía, mala indicación aunada a error en la técnica y error en la técnica. Los mejores resultados en cuanto a funcionalidad se obtienen en ciática y los peores, en lumbalgia. ⁷

En la revisión bibliográfica realizada por DeVine J, et.al. en 2011 para evaluar la correlación y respuesta del dolor reportado por el paciente con la funcionalidad y la calidad de vida posterior a cirugía de columna lumbar; se reporto que cuando el dolor lumbar crónico era tratado con cirugía, el uso de la escala visual análoga y el test Oswestry antes y después de la intervención quirúrgica, son los más específicos para valorar el tratamiento y son sensibles a los cambios percibidos por el paciente. ¹³

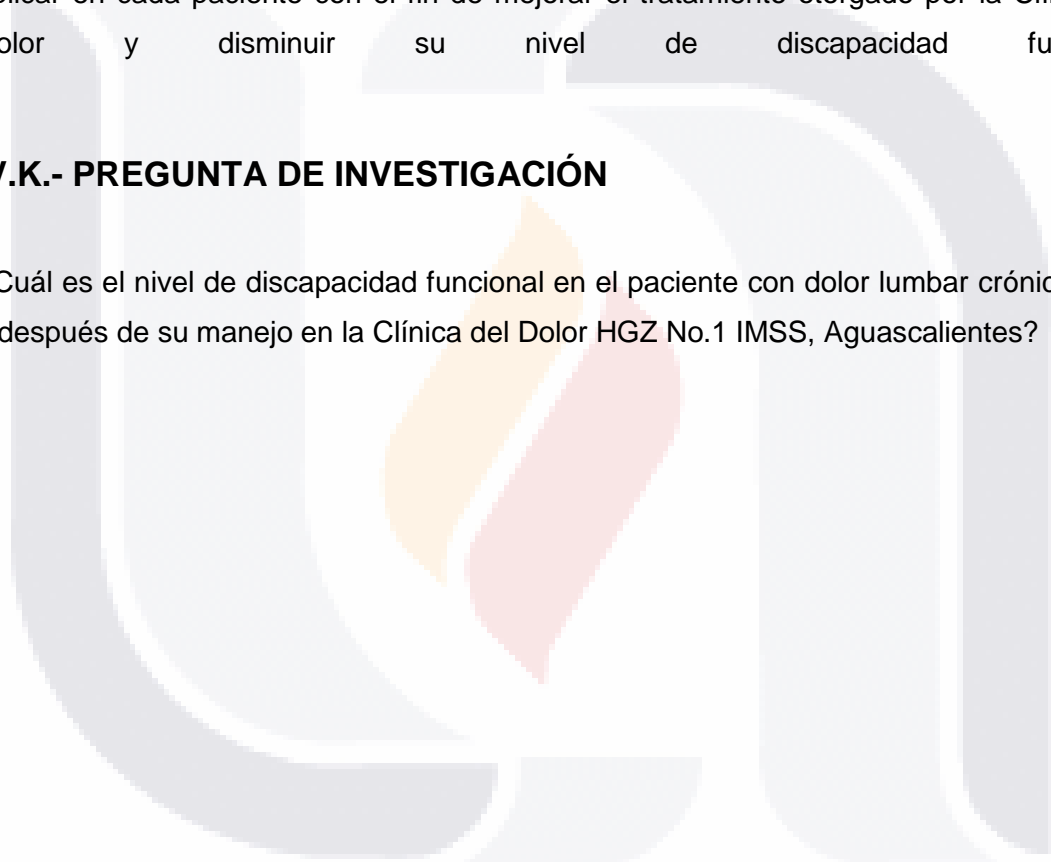
En otra revisión bibliográfica, Chapman, JR, et. al, en 2011 realizada para evaluación de resultados para medir el éxito del tratamiento de dolor lumbar crónico, reportan que el paciente debe ser valorado a nivel funcional, psicosocial y el nivel de dolor. En el rubro de funcionalidad la escala de Oswestry junto con la de Roland-Morris son las ideales para valorla. ^{34, 38, 39.}

IV.J.- TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Por medio de los resultados arrojados por este estudio se espera conocer a la población con dolor lumbar crónico, así como su nivel de discapacidad funcional para después poder identificar cual de las opciones terapéuticas disponibles dentro del servicio falten de aplicar en cada paciente con el fin de mejorar el tratamiento otorgado por la Clínica del Dolor y disminuir su nivel de discapacidad funcional.

IV.K.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de discapacidad funcional en el paciente con dolor lumbar crónico antes y después de su manejo en la Clínica del Dolor HGZ No.1 IMSS, Aguascalientes?



V.- OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.- Conocer el nivel de discapacidad funcional del paciente con dolor lumbar crónico adscritos a la clínica del dolor HGZ No.1 IMSS Aguascalientes antes y después de su tratamiento en esta unidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.- Describir las características clínicas y sociodemográficas del paciente con dolor lumbar antes y después del tratamiento que se brinda en la clínica del dolor en HGZ No.1 Aguascalientes, así como:

VI.B.2- Describir las enfermedades concomitantes que puedan interferir con la percepción del dolor tales como: diabetes, fibromialgia, depresión u otras;

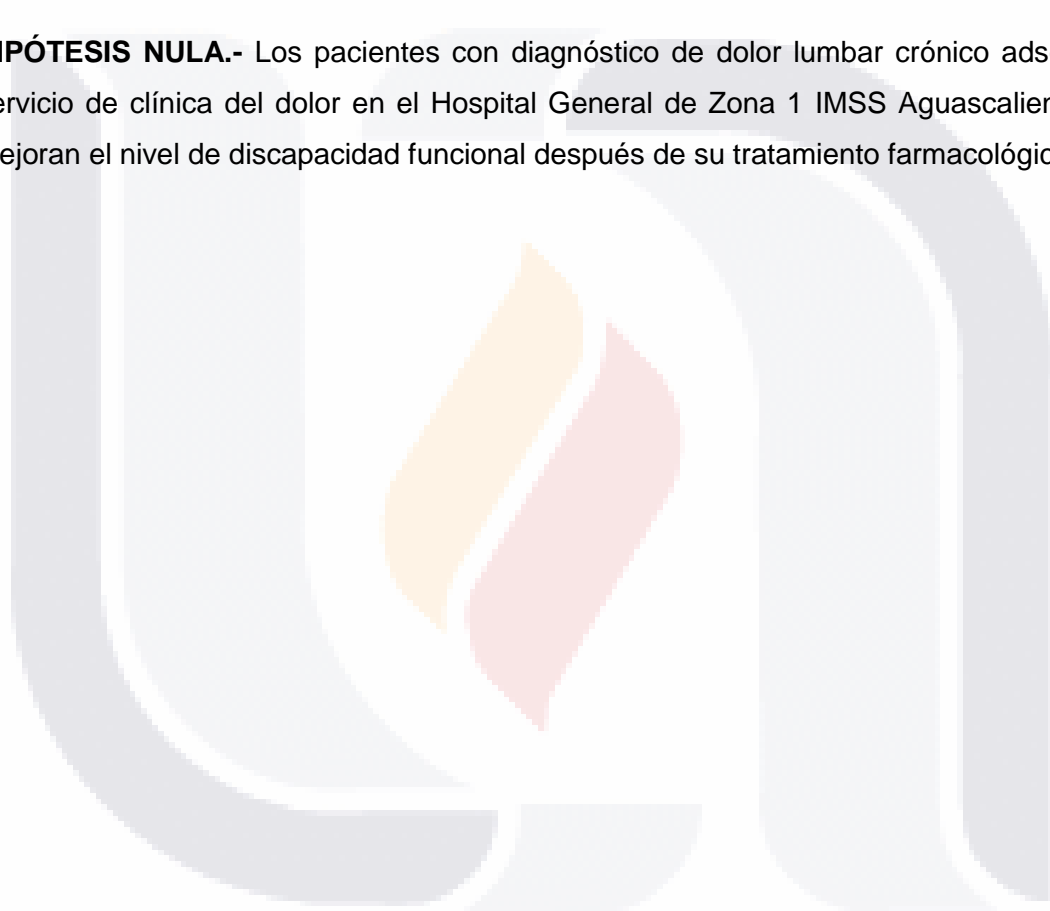
VI.B.3- Describir otros apoyos terapéuticos que intervienen en la evolución de esta patología: tratamientos en psiquiatría, psicología y/o rehabilitación (fisioterapia); cirugías anteriores de columna: número e institución donde se realizaron.

VI.B.4- Si se encuentra bajo incapacidad: referir la cantidad de días acumulados y describir si se le otorgo pensión de forma temporal o definitiva ya sea por invalidez o riesgo de trabajo.

VI.- HIPÓTESIS DEL TRABAJO

HIPÓTESIS ALTERNA.- Los pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico adscritos al servicio de clínica del dolor en el Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes SI mejoran el nivel de discapacidad funcional después del tratamiento brindado en esta unidad.

HIPÓTESIS NULA.- Los pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico adscritos al servicio de clínica del dolor en el Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes NO mejoran el nivel de discapacidad funcional después de su tratamiento farmacológico.



VII.- MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Consiste en un estudio cuasi-experimental ya que el diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto al tratamiento en la Clínica del Dolor del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes; no incluye un

POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO DE TRABAJO.- Pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico adscritos al servicio de clínica del dolor en el HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

UNIDAD DE ANÁLISIS.- Pacientes con dolor lumbar crónico antes y después de su tratamiento en la Clínica del Dolor al HGZ No.1 IMSS Aguascalientes en el periodo de Septiembre- Noviembre 2013

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con dolor lumbar crónico en tratamiento farmacológico en la Clínica del dolor al HGZ No.1 IMSS Aguascalientes.
- Sexo y edad indistintos.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten participar en la investigación de manera voluntaria.
- No cuenten con el diagnóstico de dolor lumbar crónico.
- Tener trastornos mentales o físicos que imposibilite contestar la entrevista

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Paciente que no conteste las listas de cotejo en al menos 50%
- Que decidan retirarse del estudio.

MUESTREO

MUESTRA.- Se obtendrá de los pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico adscritos al servicio de Clínica del dolor en el HGZ No.1 IMSS Aguascalientes en el periodo comprendido de Septiembre-Noviembre 2013.

TIPO DE MUESTREO.- Muestra incluyente tipo censo, no probabilístico, por conveniencia se tomará el universo total de pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico que acudan al servicio de clínica del dolor en el periodo comprendido de Septiembre-Noviembre 2013.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.- Se tomará la muestra por conveniencia, según el universo total de pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico que acudan al servicio de clínica del dolor en el periodo comprendido de Septiembre-Noviembre 2013.

LOGÍSTICA

Para la recolección de datos, y poder realizar este trabajo, inicialmente se solicitará la aceptación por parte de las autoridades del comité local de investigación, una vez autorizado se acudirá al HGZ No.1 de Aguascalientes, para solicitar el consentimiento de los directivos y jefe de servicio de medicina interna para realizar la lista de cotejo a todos los pacientes adscritos al servicio de clínica del dolor.

Se dará a conocer el proyecto, el instrumento a aplicar y su finalidad, así como el tiempo estimado que se requiere para la recolección de datos, horarios y estancia en el HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

La información será recolectada por el investigador. Esta actividad se llevará a cabo en los horarios de consulta externa de la Clínica del dolor. Al término de la recolección de datos se procederá a realizar el concentrado para el análisis de los mismos.

Los recursos requeridos para la recolección de la información serán: dos aplicadores de cuestionarios, papel para impresión de los cuestionarios, tablas de apoyo, lápices, gomas, plumas, sacapuntas, clips, grapas, calculadora y computadora para la concentración de datos. La aplicación de cuestionarios se realizará en un periodo comprendido de Septiembre-Noviembre 2013

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llevará a cabo una entrevista cara a cara, que consistirá en una entrevista directa o personal con cada paciente encuestado, en las que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios.

Al abordar al paciente, se le explicará que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta de datos sociodemográficos y el test de Oswestry para determinar el grado de discapacidad funcional en el paciente con dolor lumbar crónico.

Se le expondrá al paciente en lo que consistirá la encuesta, se le dará a conocer la cara de consentimiento informado y se le pedirá que firme en caso de que éste acepte.

Posterior a ello, se procederá a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entienda la pregunta, así como las posibles respuestas. Se aplicará encuesta para recolección de datos sociodemográficos y aplicación del Test Oswestry.

Para mejorar la calidad de la recolección de datos, se realizará una prueba piloto.

VIII.- TEST DE OSWESTRY

El desarrollo de la escala de incapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry se inició en 1976 por John O'Brien y un equipo integrado por un cirujano ortopédico, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta con pacientes remitidos a una clínica especializada que presentaban dolor lumbar crónico. Realizaron entrevistas a un grupo de pacientes para identificar la repercusión funcional que el dolor crónico tenía sobre las actividades de la vida diaria. Fue a partir de 1981 cuando se difundió ampliamente tras la reunión en París de la International Society for The Study of the Lumbar Spine, La escala de incapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry es un cuestionario autoaplicado, específico para dolor lumbar, que mide las limitaciones en las actividades cotidianas. Consta de 10 preguntas con 6 posibilidades de respuesta cada una. Los ítem valorados incluyen la intensidad del dolor y actividades básicas de la vida diaria que pueden afectarse por el dolor (cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar). Es la escala más utilizada y recomendada. Debido a su efecto suelo (el efecto suelo sucede cuando el paciente sigue empeorando a pesar de haber obtenido la mínima puntuación y, por tanto, la escala no detecta el empeoramiento) es menos sensible en pacientes menos discapacitados. Constituye la mejor opción para pacientes con mayor afectación (incapacidad moderada- intensa), es decir, discrimina mejor las diferencias de incapacidad funcional en los pacientes más afectados, los habituales en las consultas especializadas del aparato locomotor. La escala de incapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry es una de las escalas más utilizada en los centros de rehabilitación europeos y algunos neurocirujanos españoles consideran que su uso es la mejor opción para pacientes sometidos a cirugía de columna lumbar.

ADAPTACIONES A OTROS IDIOMAS

Aunque la mayor parte de la literatura médica está publicada en inglés, la escala ha sido adaptada transculturalmente a numerosos idiomas (griego, noruego, japonés, turco, coreano, alemán árabe español). Flórez et al, realizaron la adaptación a la población española en 1995. La versión final del cuestionario en castellano se administró de forma auto aplicado a 30 pacientes con dolor lumbar procedentes de Atención Primaria y a 162 pacientes atendidos en consultas especializadas de Rehabilitación y Medicina Física. La versión en castellano ha demostrado su fiabilidad, validez y consistencia interna. En la

última edición del libro “La Medida de la Salud” de Badía et al, publicada en 2002, se evaluaron todas las escalas de medición del estado de salud adaptadas a la población española y, según la calidad metodológica del proceso de adaptación, se establecieron tres categorías. La adaptación de la escala de incapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry está incluida en la categoría de mayor calidad metodológica: recomendación A (nivel de desarrollo alto).

TRANSCULTURIZACIÓN Y VALIDACIÓN

La transculturización y validación del cuestionario de discapacidad lumbar Oswestry en población mexicana se realizó en 2010 por Pérez JF, Landeros C, González B, Goycochea MV, Espinosa G, por parte de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur Siglo XXI IMSS. Se determinó que el Cuestionario de Discapacidad Lumbar de Oswestry (CDLO) tiene adecuadas propiedades clinimétricas y en su versión española mantiene excelentes propiedades psicométricas en la Versión mexicana. Se recomienda que aunque existan validaciones en el idioma se verifique la validez en la región a utilizar, ya que es una útil herramienta para monitorización en práctica asistencial diaria y en investigación en epidemiología clínica de lumbalgia.⁴¹

ADMINISTRACIÓN Y PUNTUACIÓN

El paciente puede rellenar la escala por sí mismo sin la presencia de un entrevistador. No presenta ninguna dificultad si el paciente sabe leer y se le ha dado una breve explicación. El tiempo requerido para rellenar el cuestionario es de unos 5 minutos. La escala tiene 10 cuestiones con 6 posibles respuestas cada una. Cada ítem se valora de 0 a 5, de menor a mayor limitación. Si se marca más de una opción se tiene en cuenta la puntuación más alta. En caso de no responder a un ítem éste se excluye del cálculo final. La puntuación total, expresada en porcentaje (de 0 a 100 %), se obtiene con la suma de las puntuaciones de cada ítem dividido por la máxima puntuación posible multiplicada por 100:

$$\text{Puntuación total} = \frac{\text{suma de las puntuaciones de los ítem contestados}}{50 - (5 \times \text{número de ítem no contestados})} \times 100$$

Valores altos describen mayor limitación funcional. Entre 0-20 %: limitación funcional mínima; 20 %-40 %: moderada; 40 %-60 %: intensa.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

En una publicación reciente los autores comparan la fiabilidad y sensibilidad a los cambios de la escala de incapacidad funcional por dolor lumbar de Oswestry con las escalas SF-36 y Multidimensional Pain Inventory en un grupo de pacientes con diversos tipos de dolor crónico remitidos a una Unidad del Dolor. Concluyeron que es la escala más fácil de cumplimentar por el paciente y que puede ser útil en una población general con dolor. Tiene valor predictivo de cronicidad del dolor, duración de la baja laboral y del resultado de tratamientos conservadores (como los programas de ejercicios intensivos) o quirúrgicos. Es un mejor predictor de reincorporación al trabajo que otros métodos de valoración física. En la adaptación al castellano, la validez de contenido se determinó mediante un análisis de contenido de los ítem y sus alternativas de respuesta, y se complementó con una evaluación de la validez aparente del cuestionario preguntando a los pacientes con los que se hizo la primera valoración si juzgaban adecuados los ítem utilizados para conocer las limitaciones que les producía su dolor lumbar. La validez de contenido y la validez aparente se consideraron adecuadamente probadas.

FIABILIDAD

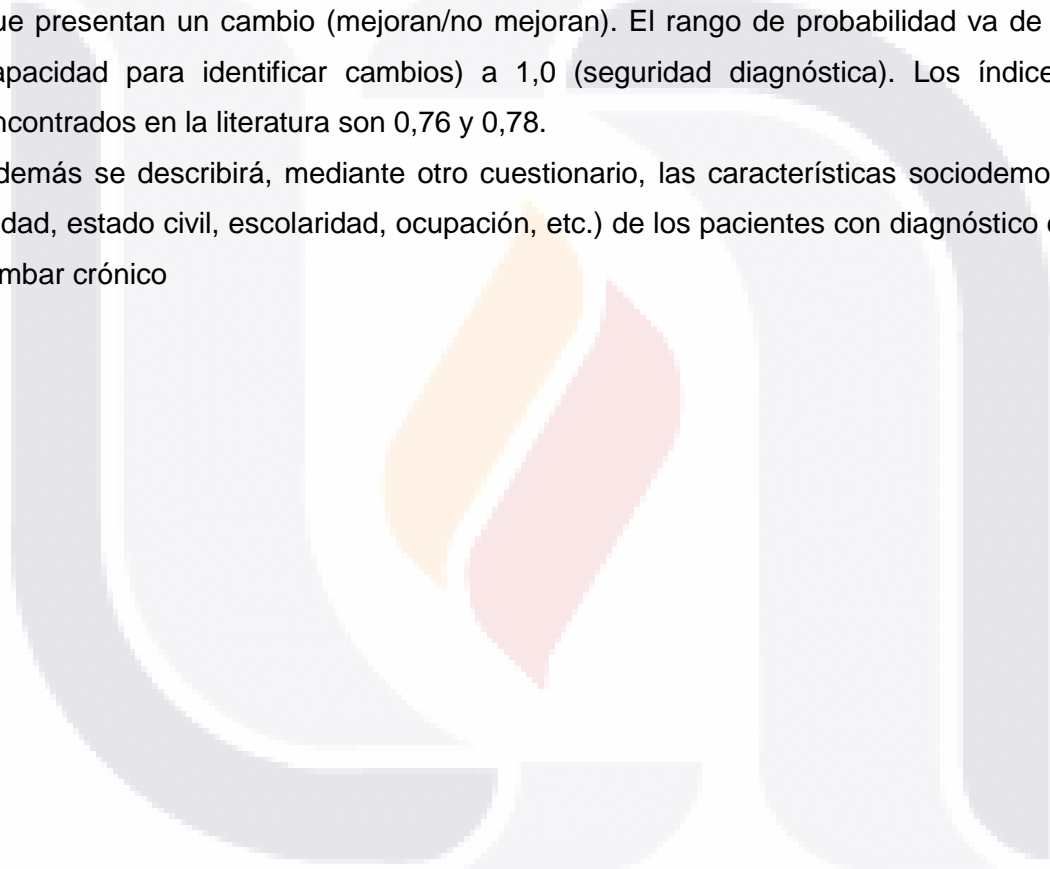
En el estudio original se administró el cuestionario a 22 pacientes dos veces sucesivas con un intervalo de 24 horas. La fiabilidad (reproducibilidad) fue $r = 0,99$. Este resultado puede incluir un efecto memoria. Al aumentar el intervalo entre test y re-test puede influir en el resultado la evolución natural de los síntomas. En la adaptación al castellano se administró el cuestionario dos veces a 84 pacientes en dos días consecutivos. Se determinó la fiabilidad a través del coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones globales obtenidas en cada aplicación (procedimiento test, re-test). Se llevó a cabo, además, el mismo análisis de fiabilidad para las puntuaciones individuales en cada ítem. El valor del coeficiente de correlación fue 0,92. Al hacer el cálculo sobre los datos aportados por los 66 pacientes que contestaron a todos los ítem en las dos aplicaciones ascendía sólo a 0,95, lo que refleja que la omisión de ítem no afecta sensiblemente a la reproducibilidad. La consistencia interna se determinó mediante el

coeficiente alfa de Cronbach, utilizando los datos de los 138 pacientes que contestaron a la totalidad del cuestionario. Los valores de las intercorrelaciones entre los ítem oscilaron entre 0,20 y 0,62, con una media de 0,38, dando lugar a un coeficiente alfa de 0,85.

SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS

Hay evidencia que un cambio estadísticamente significativo no implica que sea clínicamente importante. El método estadístico más usado es el método receiver operating characteristic (ROC), que estima la probabilidad de la escala para identificar pacientes que presentan un cambio (mejoran/no mejoran). El rango de probabilidad va de 0,5 (sin capacidad para identificar cambios) a 1,0 (seguridad diagnóstica). Los índices ROC encontrados en la literatura son 0,76 y 0,78.

Además se describirá, mediante otro cuestionario, las características sociodemográficas (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, etc.) de los pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico



IX.- ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos de los cuestionarios serán concentrados en una base de datos y almacenados en forma cotidiana en un proceso de captura para validar la confiabilidad del proceso.

Se realizará una base de datos en el programa SPSS versión 17 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos.

Se caracterizará la población y se analizarán las variables de escala nominal: Sexo, unidad de medicina familiar a la que acude, ocupación y/u ocupación previa, estado civil. ¿Enfermedades concomitantes? ¿Consulta de primera vez? ¿Acude a terapia: psicológica, psiquiátrica, fisioterapia (rehabilitación)? ¿Se le ha realizado cirugía de columna? ¿Se encuentra bajo incapacidad? ¿Esta pensionado?

Variables de escala categórica: Edad, número de cirugías, número de días de incapacidad acumulados. Para estas se obtendrán medidas de tendencia central (media aritmética y dispersión (desviación estándar); se utilizarán gráficos de barras y tablas de contingencia.

Variables con escala ordinal: Escolaridad. Nivel de discapacidad funcional

Se utilizará X^2 y se tomará como significativo un valor de p menor a 0.05 con el fin de comparar el nivel de discapacidad funcional al inicio y al final del estudio. También se compararan las relaciones:

Sexo, edad y:

- 1.-terapias coadyuvantes (psicología, psiquiatría, fisioterapia);
- 2.-antecedentes de enfermedades concomitantes (diabetes, fibromialgia, depresión u otras que puedan influir en la evolución de la enfermedad);
- 3.-antecedentes de cirugías de columna lumbar (número de éstas e institución donde se practicó la cirugía);
- 4.-antecedentes de incapacidad (como días de incapacidad acumulados);
- 5.-si se encuentran pensionados (especificando tipo de pensión y motivo de ésta);
- 6.-nivel de discapacidad funcional

Nivel de discapacidad funcional y:

- 1.-ocupación
- 2.- terapias coadyuvantes (psicología, psiquiatría, fisioterapia);
- 2.-antecedentes de enfermedades concomitantes (diabetes, fibromialgia, depresión u otras que puedan influir en la evolución de la enfermedad);

3.-antecedentes de cirugías de columna lumbar (número de éstas e institución donde se practicó la cirugía);

4.-antecedentes de incapacidad (como días de incapacidad acumulados);

5.-si se encuentran pensionados (especificando tipo de pensión y motivo de ésta);

Para la recolección de datos, y poder realizar este trabajo, inicialmente se solicitará la aceptación por parte de las autoridades del comité local de investigación una vez autorizado se acudirá al Hospital General de Zona 1 de Aguascalientes, para solicitar el consentimiento de los directivos y jefe de servicio de medicina interna para realizar la lista de cotejo a todos los pacientes adscritos al servicio de clínica del dolor.

Se dará a conocer el proyecto, el instrumento a aplicar y su finalidad, así como el tiempo estimado que se requiere para la recolección de datos, horarios y estancia en el Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes.

La información será recolectada por el investigador. Esta actividad se llevará a cabo en los horarios de consulta externa de la Clínica del dolor. Al término de la recolección de datos se procederá a realizar el concentrado para el análisis de los mismos.

Los recursos requeridos para la recolección de la información serán: dos aplicadores de cuestionarios, papel para impresión de los cuestionarios, tablas de apoyo, lápices, gomas, plumas, sacapuntas, clips, grapas, calculadora y computadora para la concentración de datos. La aplicación de cuestionarios se realizará en un periodo comprendido de Septiembre-Noviembre 2013.

X.- ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se apegará a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurará la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexa carta de consentimiento informado.

RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

Los recursos requeridos para la recolección de la información serán: dos aplicadores de cuestionarios, papel para impresión de los cuestionarios, tablas de apoyo, lápices, gomas, plumas, sacapuntas, clips, grapas, calculadora y computadora para la concentración de datos. Se necesitará del siguiente recurso material, tanto para la capacitación, la reproducción de las encuestas y análisis de datos.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplica.

XI.- RESULTADOS

Se realizó el seguimiento a 30 pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico adscritos al servicio de la Clínica del Dolor. Durante su primera visita se aplicó el test de Oswestry así como el cuestionario de datos sociodemográficos. Tres meses posteriores se replicó el cuestionario Test de Oswestry para determinar su nivel de discapacidad funcional posterior a su tratamiento en la Clínica del Dolor.

Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables independientes pertenecientes al cuestionario de datos sociodemográficos:

Sexo: De los pacientes estudiados 18 fueron femeninos representando el 60% de la población y 12 masculinos representando el 40%, con relación 1.4:1 entre el género femenino y masculino. Edad: entre los 24 y los 70 años, con una media de 47, mediana de 49.5 y moda de 48 años. Estado civil: 67% casados y 33% solteros. Escolaridad: preparatoria 30%, secundaria 26.7%, licenciatura 20%, primaria 16.7% y 6.7% de otras, siendo principalmente carreras técnicas. Unidad de Medicina Familiar de adscripción: La población en estudio fueron referenciadas a la Clínica del Dolor desde las UMF: 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10,11 y 28. El 26.7% perteneció a las UMF 1 y 9 para cada una de las UMF, 13.3% a la UMF 7, 6.7% para cada una de las UMF: 2, 8 y 10, el 3.3% para cada una de las UMF: 4, 6, 11 y 28 respectivamente. Tipo de esfuerzo realizado según ocupación: el 57% de los pacientes laboraron o laboraban en trabajos que implicaban realizar cargas de objetos pesados, el 43% no le exigía éste esfuerzo. Enfermedades concomitantes: 46.6% tenían enfermedades concomitantes que influyen en la percepción del dolor; de éstas, la diabetes representaba el 35.7%, depresión en 28.5%, 14.2% con fibromialgia y 21.4% refirió otras enfermedades pero sin repercusión en la percepción del dolor. Terapia psicológica, psiquiátrica y fisioterapia: 13.3% acudía a terapia psicológica, 3% a terapia psiquiátrica y 20% a fisioterapia.

Antecedentes de cirugía de columna:

Tabla 1. Cirugías previas.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	73.3
No	8	26.7
TOTAL	30	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Tabla 2. Número de cirugías a las que se ha sometido el paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
1 Cirugía	14	63.6
2 Cirugías	5	22.7
3 Cirugías	3	13.6
TOTAL	22	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Tabla 3. Institución donde se realizó la cirugía.

	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	18	81.8
Privado	4	18.2
TOTAL	22	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Incapacidad:

Tabla 4. Cuenta con incapacidad.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	10
No	27	90
TOTAL	30	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Tabla 5. Días de incapacidad acumulados.

	Frecuencia	Porcentaje
45	1	3.3
180	1	3.3
395	1	3.3
TOTAL	30	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Dentro de los días de incapacidad se obtuvo un total de 620 días, un promedio de 206.6 días por cada paciente que percibe incapacidad.

Pensión:

Tabla 6. Pensionado.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	53.3
No	14	46.7
TOTAL	30	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Tabla 7. Tipo de pensión.

	Frecuencia	Porcentaje
Temporal	8	50.0
Definitiva	8	50.0
TOTAL	16	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Tabla 8. Razón por la que se otorgó la pensión.

	Frecuencia	Porcentaje
Invalidez	14	87.5
Riesgo de trabajo	2	12.5
TOTAL	16	100.0

Fuente: Cuestionario de datos Sociodemográficos

Test de Oswestry

Se encontró que la mayoría de los pacientes marcaron más de una ítem en cada una de las preguntas, por lo que, en referencia a la forma de aplicación y evaluación del test, se tomó el ítem marcado de mayor valor para calcular el porcentaje de discapacidad. La suma de todos los ítems es el numerador y el denominador 50, que es el máximo puntaje que se puede alcanzar en el test, por cada pregunta no contestada se le resta 5 puntos al total del denominador; el resultado se multiplica por 100 para obtener el porcentaje.

Tabla 9. Test de Oswestry antes y después.

PACIENTES	PRIMER TEST	SEGUNDO TEST
1	2.00	2.00
2	60.00	42.20
3	52.00	50.00
4	60.00	44.40
5	42.00	36.00
6	56.00	54.00
7	62.00	66.00
8	86.00	80.00
9	56.00	46.00
10	58.00	52.00
11	47.50	52.00
12	70.00	62.00
13	44.00	38.00
14	47.50	44.40
15	75.50	70.00
16	70.00	66.00
17	48.00	70.00
18	66.00	60.00
19	51.00	42.00
20	60.00	52.00
21	75.50	80.00
22	58.00	60.00
23	62.00	60.00
24	42.20	35.00
25	55.00	44.00
26	44.00	50.00
27	64.00	55.00
28	46.00	50.00
29	98.00	52.00
30	22.00	24.00
TOTAL	56.01	51.30

Fuente: Test Oswestry antes y Test Oswestry después.

El 70% de la población mostró mejoría en el porcentaje de discapacidad respecto a la presentada durante el primer test. En el 26.6% obtuvo mayor porcentaje de discapacidad y 3.33% permaneció sin modificaciones.

Agrupándose por discapacidad: leve, moderada e intensa, según lo clasifica el Test de Oswestry, no hubo cambios entre ambos grupos:

Tabla 10. Nivel de discapacidad.

	PRIMER TEST	SEGUNDO TEST	PORCENTAJE
Leve	1	1	3.33
Moderada	1	1	3.33
Intensa	28	28	93.33
TOTAL	30	30	100.00

Fuente: Test Oswestry antes y Test Oswestry después.

Media de muestras relacionadas:

Tabla 11. Media de muestras relacionadas.

MEDIA	
OSWESTRYPRE	27.1667
OSWESTRYPOST	25.0333

Fuente: Test Oswestry antes y Test Oswestry después.

Tabla 12. Prueba t de Student para media de muestras relacionadas.

	Media	t	Sig. (bilateral)
OSWESTRYPRE – OSWESTRY POST	2.1333	2.149	0.040.

Fuente: Test Oswestry antes y Test Oswestry después.

Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba t de Student de muestras relacionadas donde se obtuvo una $t = 2.149$ con una significancia del 0.040, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: El nivel de discapacidad funcional en el paciente con dolor lumbar crónico adscrito a la clínica del Dolor del HGZNo.1 IMSS Aguascalientes si mejora posterior al tratamiento que se brinda en éste servicio.

XII.- DISCUSIÓN

La lumbalgia constituye la segunda patología que condiciona dolor crónico a nivel mundial y la segunda causa de consultas a la clínica del dolor del Hospital general de México^{2,3,5} Debido a su génesis multifactorial, sólo en un porcentaje pequeño es posible identificar una anomalía anatómica coincidente con la clínica.⁴⁴ Es por eso que se recomienda ampliamente que el abordaje de ésta patología sea en su mayoría conservador porque, según estudios realizados, con el tratamiento quirúrgico no se obtiene mejoría significativa en el nivel de discapacidad funcional, lo que coincide con el resultado de nuestro estudio en el que el 73.3% tenía antecedente de cirugía de columna y persistían con niveles de discapacidad intensa.²⁸

Dentro de la población que acudió al servicio de la Clínica del Dolor en el 2012, 459 consultas correspondieron a pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico.¹⁶ Para éste estudio se tomó una muestra por conveniencia de 30 pacientes, siendo el 60% mujeres con relación 1.4 : 1 mujer : hombre, esto probablemente se debe a que es más frecuente que las mujeres busquen atención médica por motivos familiares y sociales, también a una mayor estigmatización hacia el varón que manifiesta dolor en comparación con la mujer. Las edades comprenden entre los 24 a 70 años, con una media de 47, mediana de 49.5 y moda de 48 años, observando que, cómo en estudios previos, la mayor parte de la población afectada se encuentra en edad económicamente activa. Se contaron tres pacientes con incapacidad y un promedio de 206 días por cada uno. Si calculamos el gasto aproximado según el promedio de días de incapacidad por cada paciente incapacitado, con base al salario mínimo (63.77 mxn para área geográfica "B") al momento tendríamos un total de \$39,409.86 mxn en incapacidades. Habría que sumar el gasto que se genera por aquellos pacientes con pensión (63.3% de la población estudiada) lo que crea una repercusión económica significativa. Al ser ésta una patología de evolución generalmente desfavorable y de índole crónica en cuanto a la funcionalidad, es posible que el paciente consumirá mayores recursos institucionales y por tiempo prolongado, por esto es necesario crear estrategias de mejora en los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento oportuno de ésta patología.^{4,18,19}

Dentro de las actividades implicadas en el puesto laboral, la mayoría de los pacientes (57%) realizaba actividades con cargas pesadas, factor de riesgo importante para la aparición de lumbalgia así cómo en su posible cronificación; sin embargo, las pensiones

que se otorgaron fueron en su mayoría por invalidez y no por riesgo de trabajo ya que, institucionalmente, sólo se considera la pensión por riesgo de trabajo cuando es debido a un accidente. Aun así hay evidencia de que diversas posturas, movimientos repetitivos así como la mencionada carga de objetos pesados (más de 10kg) son factores determinantes en las lesiones en columna. 18, 19

El antecedente de cirugía de columna estuvo relacionado en su totalidad a niveles de discapacidad intensa y puede ser factor importante de que no observemos una mejora porcentual altamente significativa en los resultados entre ambos tests. La Institución donde se realizó la mayoría de las intervenciones quirúrgicas fue el IMSS, con un 81.8%, quizá debido a que dentro de ésta misma institución que el paciente recibe todos los servicios de salud, aún así, el indagar en la indicación quirúrgica, técnicas quirúrgicas aplicadas, diagnóstico pre y post operatorio e incidentes dentro de la cirugía, sería de suma importancia de estudio con el fin de ofrecer mejor oportunidad de un adecuado abordaje quirúrgico. ²⁶

El 46.6% de los pacientes tenían enfermedades concomitantes que influyen en la percepción del dolor, de éstas, la diabetes representaba el 35.7%, depresión en 28.5%, 14.2% con fibromialgia; éstas patologías se consideran factores que pueden intervenir con la cronicidad del dolor. En cuanto a los apoyos terapéuticos que recibían, el 13.3% acudía a terapia psicológica, 3% a terapia psiquiátrica y 20% a fisioterapia. En la cronificación del dolor lumbar, pobre respuesta al tratamiento y el ausentismo laboral, influyen de forma decisiva los factores psicológicos y la conducta, por lo que el adoptar programas que incluyan el apoyo psicológico, psiquiátrico y fisioterapéutico es de suma importancia. Con éste tipo de intervención se podría modificar conductas negativas frente al dolor, mejorar la sensación de incapacidad y brindar información al paciente acerca de su enfermedad; así también instruir acerca de alternativas ergonómicas aplicables a su actividad diaria, con el fin de mejorar la independencia funcional. Según estudios realizados en pacientes con dolor lumbar crónico en España e Inglaterra, se evidenció que las personas que recibían información sobre su condición eran más propensas a no recaer y a mantener la mejoría ganada a través del tratamiento. Bendix et. Al . 1997, compararon resultados de diferentes tipos de abordajes del dolor lumbar crónico, demostrando que existe un importante beneficio (tanto humano como económico) de un tratamiento multidisciplinario

que, aunque se estima más caro, el costo de tener a los pacientes por largos períodos de tiempo enfermos, es muy superior 14, 27, 31, 44, 46

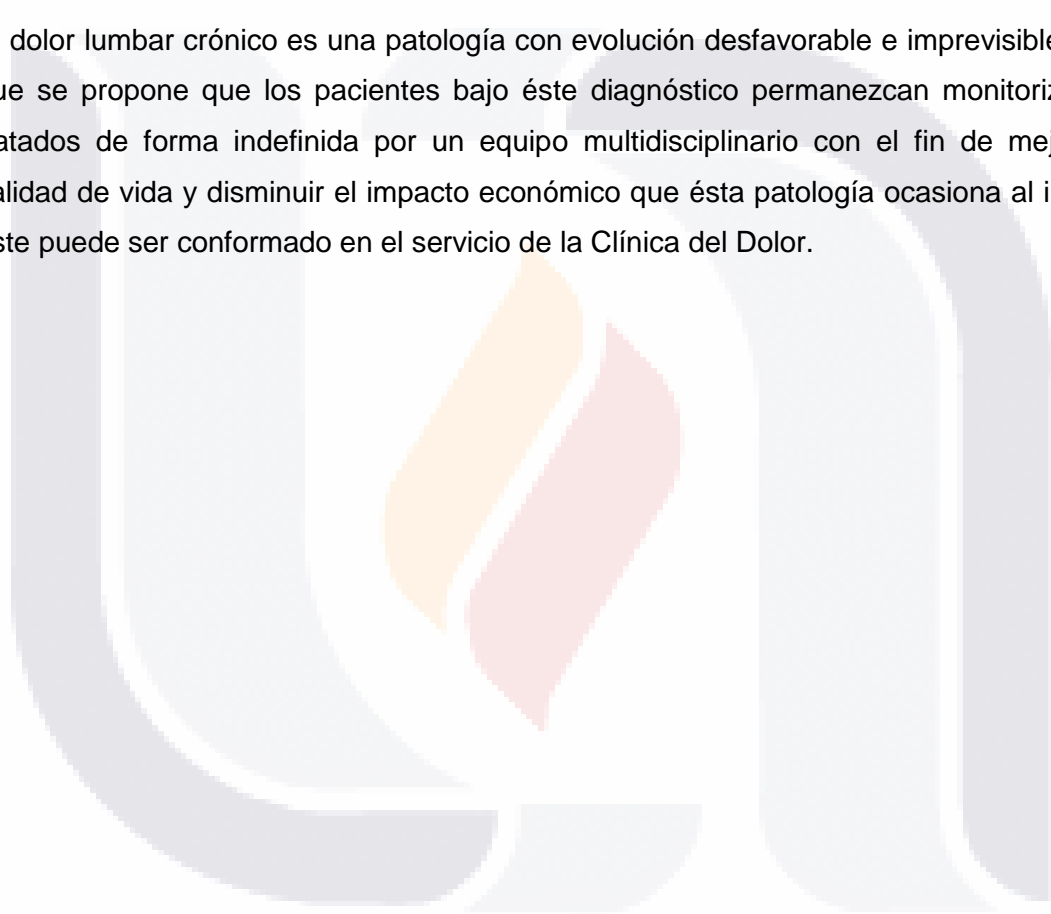
Las clínicas del dolor son un servicio clave para abordar la lumbalgia crónica. Conformadas por diferentes disciplinas relacionadas a la salud y encabezadas por un médico especialista en dolor, hace posible el abordaje integral que exigen los pacientes con éste padecimiento; esto con el fin de obtener una mejora en su nivel de discapacidad funcional así cómo aminorar el impacto económico que los periodos prolongados de ausencia laboral secundarios a ésta condición clínica provocan al instituto. El servicio de la clínica del dolor del HGZ No.1 IMSS Aguascalientes tiene apenas 3 años de haber iniciado labores, al momento cuenta con un médico algólogo y una enfermera paliativista, así como el apoyo eventual de médicos: fisiatras, reumatólogo y psiquiatra, psicólogos y trabajadoras sociales; sin embargo no se encuentran establecidos cómo equipo multidisciplinario.

En el Test de Oswestry se encontró una diferencia del 4.71% entre su primer y segunda aplicación. El no observarse una mejoría importante a partir de la diferencia porcentual entre ambos tests puede ser debido al corto periodo de observación y que estamos ante una muestra de pacientes pequeña, en la cual si tal vez se aumentara, las diferencias fuesen más evidentes. Además se debe destacar también que el dolor lumbar crónico es un proceso con evolución desfavorable e imprevisible, por lo que conseguir una pequeña mejoría y aumentar la sensación subjetiva de bienestar por parte del paciente es un gran logro. El resultado del análisis muestra que existe una diferencia significativa en el resultado general del índice de discapacidad funcional de Oswestry inicial en comparación con el índice discapacidad funcional de Oswestry final. Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba t de Student de muestras relacionadas donde se obtuvo una $t= 2.149$ con una significancia del 0.040, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: El nivel de discapacidad funcional en el paciente con dolor lumbar crónico adscrito a la clínica del Dolor del HGZ1 IMSS Aguascalientes si mejora posterior al tratamiento que se brinda en éste servicio.

XIII.- PROPUESTAS

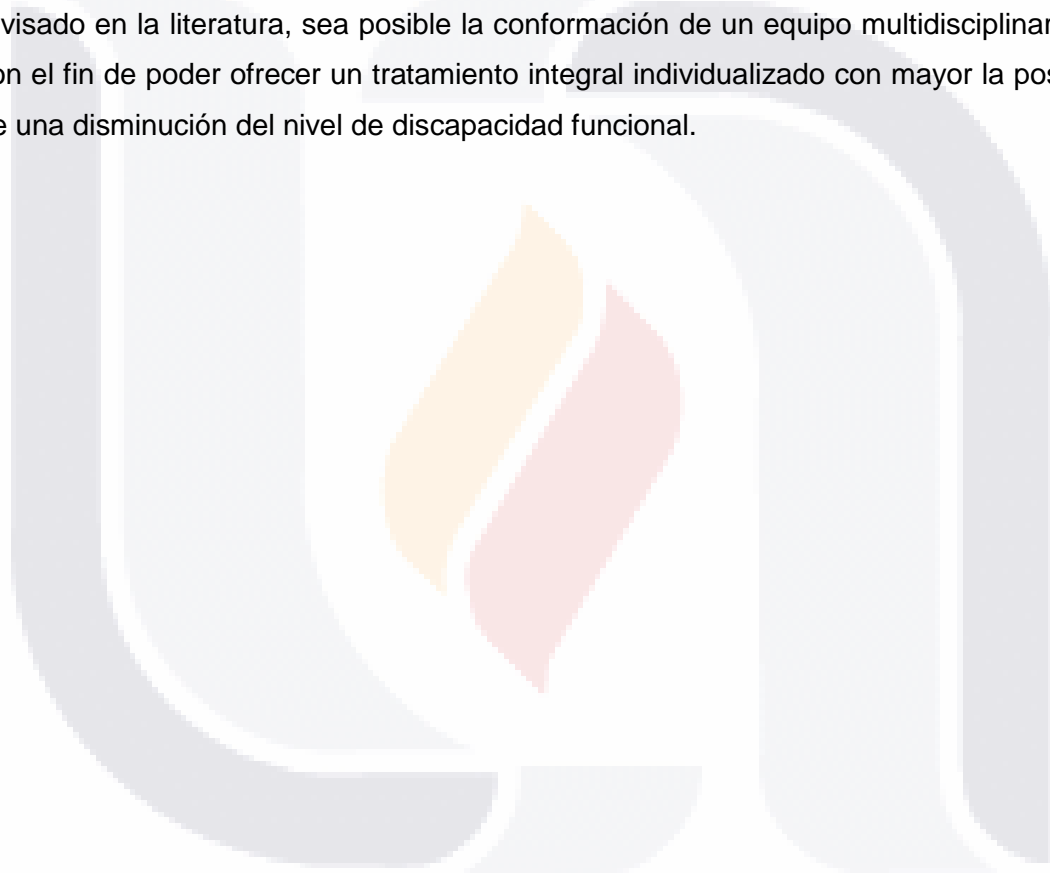
Se propone un seguimiento a éste estudio, con una muestra de mayor tamaño y periodos de observación más prolongados, con el fin de caracterizar y evaluar a detalle del impacto en la funcionalidad de estos pacientes.

El dolor lumbar crónico es una patología con evolución desfavorable e imprevisible, por lo que se propone que los pacientes bajo éste diagnóstico permanezcan monitorizados y tratados de forma indefinida por un equipo multidisciplinario con el fin de mejorar su calidad de vida y disminuir el impacto económico que ésta patología ocasiona al instituto; éste puede ser conformado en el servicio de la Clínica del Dolor.



CONCLUSIONES

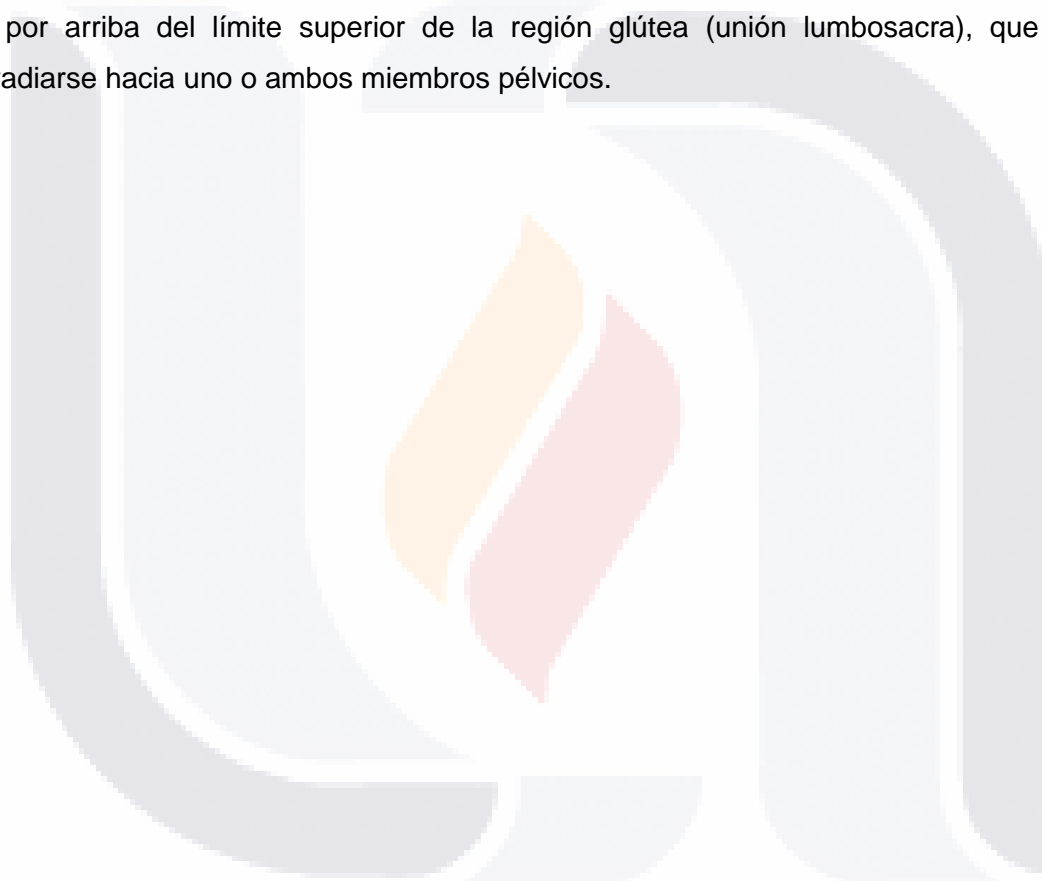
La intervención de la Clínica del Dolor del HGZ No.1 IMSS Aguascalientes en la discapacidad funcional de pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico, resultó ser significativa con una sig.= 0.040. Por lo tanto, debido a la discapacidad que esta enfermedad provoca en la vida del paciente y su impacto económico institucional derivado de los periodos prolongados de ausencia laboral, es importante que se destinen los recursos adecuados, humanos y materiales a la Clínica del Dolor, para que según lo revisado en la literatura, sea posible la conformación de un equipo multidisciplinario. Esto con el fin de poder ofrecer un tratamiento integral individualizado con mayor la posibilidad de una disminución del nivel de discapacidad funcional.



GLOSARIO

DISCAPACIDAD FUNCIONAL: La OMS la define como: “cualquier deficiencia o ausencia de habilidad que experimenta una persona en el desempeño de una actividad, en la medida o rango que, para cualquier persona, se considera normal”.

DOLOR LUMBAR CRÓNICO: Son aquellas sensaciones dolorosas o no confortables que persiste más allá de 3 a 6 meses y se localizan por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), que pueden irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walco GA, Dworkin RH, Krane EJ, LeBel AA, Treede RD. Neuropathic Pain in Children: Special Considerations Mayo Clin Proc. 2010;85 (3, supl): 33-41.
2. Covarrubias-Gómez A, Guevara-López U, Gutiérrez-Salmerón C, Betancourt-Sandoval JA, Córdova-Domínguez JA. Epidemiología del dolor crónico en México. Rev Mex Anest 2010; 33: 207-213.
3. Christa Harstall, Ospina M. How Prevalent Is Chronic Pain? IASP: Clinical Updates 2003: 11 (2).
4. Covarrubias-Gómez A. Lumbalgia: Un problema de salud pública. Rev Mex Anest 2010; 33 (supl): 106-109.
5. Gordillo Álvarez V, Ramírez Bermejo A, Solís Valadez GP, Bautista Sánchez SG, Kassian Rank A. Causas de dolor crónico en la clínica del dolor del hospital general de México. Foro de Investigación y tratamiento del dolor para la comunidad médica. Rev Dolor. Foro nacional de investigación y clínica médica 2003: 10 (4).
6. Camba-Rodríguez MA. Editorial. El dolor lumbar. Rev Soc Esp Dolor: 2009; 16 (2): 1-2.
7. Chavarría Banegas Y, Flores Elvir S, Martínez GM. Lo que el médico general debe saber sobre lumbalgia inespecífica. Rev Med Hondur 2009;77 (2):75-81
8. Noriega Elio M, Barrón Soto A, Sierra Martínez o, Méndez Ramírez I Pulido Navarro M, Cruz Flores C. La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2005; 21 (3):887-897.

9. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. JAMA 1998; 280 (2):147-151.
10. European Commission Directorate general Research. Guía de Práctica Clínica Cost B13 Lumbalgia Inespecifica.España: European Commission Directorate General Research. 2006). www.REIDE.org.
11. Maughan EF, Lewis JS, Outcome measures in chronic low back pain. Eur Spine J. 2010; 19 (9): 1484–1494.
12. Alcántara-Bumbiedro S, et al. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry Rehabilitación Madr. 2006; 40 (3):150-8.
13. DeVine J, Norvell DC, Ecker E, Fournery DR, Vaccaro A, Wang J, Andersson G. Evaluating the Correlation and Responsiveness of Patient-Reported Pain With Function and Qualityof-Life Outcomes After Spine Surgery. SPINE 2011; 36 (21, Suppl.): 69–74.
14. Bravo PA, González Duran R. Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. Rev Soc Esp Dolor 2001: Suppl, 2: 48-69.
15. www.inegi.org.mx
16. Datos estadísticos del servicio de Clínica del Dolor 2012 IMSS Aguascalientes.
17. División Técnica de Información Estadística en Salud IMSS. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS1991-2002. Rev Med IMSS 2003; 41 (5): 441-448.
18. Atenógenes H, Saldivar González DL, Cruz Torres L, Serviere Zaragoza F, Vazquez Nava VM, Velazquez J. Joffre Velázquez. Lumbalgia en trabajadores. Epidemiología. Rev Med IMSS 2003; 41 (3): 203-209.

19. Álvarez Nemegeyi J, Nuño Gutierrez BL, Alcocer Sanchez JA. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. Rev Med IMSS 2005; 43 (4): 287-292.
20. Covarrubias-Gómez A. Las Clínicas del Dolor en México. Rev Mex Anest. 2008; 31 (1):66-70.
21. García Olivera V. L Clínica del Dolor: su origen y evolución. Rev. Mex. Anest. 2002; 25 (1) 15-18.
22. American College of Physicians and the American College of Physicians/American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American college of physicians and the America pain society. Annals of internal medicine 2007; 147 (7): 478-491.
23. Chou R, Loeser JD, Owens DK, Rosenquist RW, Atlas SJ, Baisden J, Carragee EJ, Grabois M, Murphy DR, Resnick DK, Stanos SP, Shaffer WO, Wall EM. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. American Pain Society Low Back Pain Guideline Panel. 2009; 34 (10):1066-1077.
24. GPC IMSS. Abordaje diagnóstico del dolor lumbar crónico en la población pediátrica del primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud. IMSS 601-13.
25. GPC IMSS. Diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud. 2009. IMSS-045-08.
26. Hernández Pérez HA. Síndrome de fracaso en la cirugía espinal lumbar. Rev, Soc Esp Dolor 2007; 6: 437-446.
27. Chung-Wei CL, McAuley JH, Macedo L, Barnett DC, Smeets RJ, Verbunt JA. Relationship between physical activity and disability in low back pain A systematic

- review and meta-analysis PAIN 2011; 152: 607–613.
28. J.L. Peña Sagredoa, P. Brieva Beltránb, C. Peña Martín y A. Humbría Mendiola Unidades de espalda: un modelo multidisciplinario Rev Esp Reumatol 2002; 29(10):499-502.
 29. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. Arthritis & rheumatism 2012; 64 (2): 2028-2037.
 30. Covarrubias Gómez A, Guevara López U. ¿Que son las Clínicas del Dolor?. Revista Digital Universitaria UNAM. 2006; 7 (4).
 31. Sauné Castillo m, et al. Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad. Rehabilitación. 2003; 37 (1):3-10.
 32. Zaragoza Lemus G, Guevara U. Evaluación de la eficacia del tratamiento de lumbalgia. Rev Mex Anest 2001; 1(1).
 33. Jacobs W, Van der G, Niels A, Kruyt, Moyo C, Tuschel A, Kleuver M, Peul, Wilco C, Verbout A, Oner F, Cumhur. Disc Replacement for Chronic Discogenic Low Back Pain: A Cochrane Review. Spine 2013; 38 (1): 24-36.
 34. DeVine J, McGirt JM, Lee MJ, MD Chapman JR, Norvell DC, Hermsmeyer JT, Bransford RJ, Evaluating Common Outcomes for Measuring Treatment Success for Chronic Low Back Pain. Spine 2011; 36 (21): 54–68.
 35. Sauné Castillo M, Arias Angalda R, Lleget maymó I, Ruiz Bassols A, Escriba Jordana M y Gil M. Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad Rehabilitación 2003; 37: 3-10.
 36. Álvarez Nemegyei J, Nuño Gutierrez BL, Alcocer Sanchez JA. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. Rev Med IMSS 2005;

- 43 (4): 287-292.
37. Leiserson R. Lumbalgia Crónica. Dolor: clínica y terapia, Rev Mex Algo 2008; 5 (8): 5-9.
38. Fairbank JCT, Pynset PB,. The Oswestry Disability Index. Spine 2011; 25 (22): 2940-2953.
39. Martin R. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability questionnaire. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester. Spine 2000; 25 (24): 3115–3124.
40. Rosales-Olivares LM, Miramontes Martinez V, Alpizar Aguirre A, Reyes Sánchez A. Síndrome de columna multioperada. Cir Ciruj 2007; 75:37-41.
41. Pérez JF, Landeros C, González B, Goycochea MV, Espinosa G. Transculturización Y Validación Del Cuestionario De Discapacidad Lumbar Oswestry En Población Mexicana. 2010. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur Siglo XXI IMSS, Unidad Investigación Epidemiología Clínica HR 1 IMSS UMFRRRC Del. 1 IMSS México.
42. Ocaña Jimenez U. Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral. Rev Fisioter. 2007; 6 (2): 17 – 26.
43. Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Anales de Psicología 2007; 23 (2): 264-271.
44. Morata Crespo AB, Et. Al. Seguimiento de pacientes con dolor lumbar crónico tras tratamiento de escuela de espalda. Rehabilitación 2006; 40 (5):248-55.
45. Monroy Peralta J.L. 2011. Evaluación del tratamiento integral del síndrome de espalda baja dolorosa en un programa de escuela de columna. Tesis. Univ. De

San Carlos Guatemala, Fac Cien Med

46. Miralles. Prevención del dolor lumbar. Efectividad de la Escuela de Columna. Rev Soc Esp del Dolor 2001; 8 (supl., 2) 14-21.



ANEXOS

ANEXO A.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ANEXO B.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO C.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

ANEXO D.- TEST DE OSWESTRY

ANEXO E.- CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXOS A.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	ITEM	VARIABLES
<p>Discapacidad : La discapacidad que “refleja cualquier deficiencia o ausencia de habilidad que experimenta una persona en el desempeño de una actividad, en la medida o rango que, para cualquier persona, se considera normal”. La OMS la considera la dimensión individual.</p>	<p>Discapacidad funcional mínima</p>	<p>Intensidad del dolor</p>	<p>-Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes -El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes</p>	1	<p>Cualitativa Ordinal</p>
		<p>Cuidados Personales (lavarse, vestirse, etc.)</p>	<p>-Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor -Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor</p>	2	<p>Cualitativa Ordinal</p>
		<p>Levantar Peso</p>	<p>-Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor -Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor</p>	3	<p>Cualitativa Ordinal</p>
		<p>Andar</p>	<p>-El dolor no me impide andar -El dolor me impide andar más de un kilometro</p>	4	<p>Cualitativa Ordinal</p>
		<p>Estar sentado</p>	<p>-Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el</p>	5	<p>Cualitativa Ordinal</p>

			<p>tiempo que quiera</p> <p>-Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera</p>		
		Estar de pie	<p>-Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor</p> <p>-Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor</p>	6	Cualitativa Ordinal
		Dormir	<p>-El dolor no me impide dormir bien</p> <p>-Solo puedo dormir cuando tomo pastillas</p>	7	Cualitativa Ordinal
		Actividad Sexual	<p>-Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor</p> <p>-Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor</p>	8	Cualitativa Ordinal
		Vida social	<p>-Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor</p> <p>-Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor</p>	9	Cualitativa Ordinal
		Viajar	<p>-Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor</p> <p>-Puedo viajar a cualquier sitio</p>	10	Cualitativa Ordinal

			pero me aumenta el dolor		
Discapacidad funcional moderada	Intensidad del dolor		-Los calmantes me alivian completamente el dolor -Los calmante me alivian un poco el dolor	1	Cualitativa Ordinal
	Cuidados Personales (lavarse, vestirse, etc.)		-Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado -Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo	2	Cualitativa Ordinal
	Levantar Peso		-El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa) -El dolor me impide levantar objeto pesados, pero si puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo	3	Cualitativa Ordinal
	Andar		-El dolor me impide andar más de 500 metros -El dolor me	4	Cualitativa Ordinal

			impide andar más de 250 metros		
		Estar sentado	-El dolor me impide estar sentado más de una hora -El dolor me impide estar sentado más de media hora	5	Cualitativa Ordinal
		Estar de pie	-El dolor me impide estar de pie más de una hora -El dolor me impide estar de pie más de media hora	6	Cualitativa Ordinal
		Dormir	-Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas -Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas	7	Cualitativa Ordinal
		Actividad Sexual	-Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor -Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor	8	Cualitativa Ordinal
		Vida social	-El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades mas enérgicas como bailar,	9	Cualitativa Ordinal

			etc. -El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo		
		Viajar	-El dolor es fuerte, pero aguando viajes de más de dos horas -El dolor me limita a viajes de menos de una hora	10	Cualitativa Ordinal
	Discapacidad funcional intensa	Intensidad del dolor	-Los calmantes apenas me alivian el dolor -Los calmantes no que quitan el dolor y no los tomo	1	Cualitativa Ordinal
		Cuidados Personales (lavarse, vestirse, etc.)	-Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas -No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama	2	Cualitativa Ordinal
		Levantar Peso	-Solo puedo levantar objetos muy ligeros -No puedo levantar ni elevar ningún objeto	3	Cualitativa Ordinal
		Andar	-Solo puedo andar con bastón o muletas -Permanezco en la cama casi todo el	4	Cualitativa Ordinal

			tiempo y tengo que ir a rastras al baño		
		Estar sentado	-El dolor me impide estar sentado más de diez minutos -El dolor me impide estar sentado	5	Cualitativa Ordinal
		Estar de pie	-El dolor me impide estar de pie más de diez minutos -El dolor me impide estar de pie	6	Cualitativa Ordinal
		Dormir	-Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas -El dolor me impide totalmente dormir	7	Cualitativa Ordinal
		Actividad Sexual	-Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor -El dolor me impide todo tipo de actividad sexual	8	Cualitativa Ordinal
		Vida social	-El dolor ha limitado mi vida social al hogar -No tengo vida social a causa del dolor	9	Cualitativa Ordinal
		Viajar	-El dolor me limita a viajes cortos y necesario de menos de media hora -El dolor me	10	Cualitativa Ordinal

			impide viajar excepto para ir al médico o al hospital		
--	--	--	--	--	--



ANEXO B.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
ACOPIO DE BIBLIOGRAFÍA	■	■	■	■	■	■								
REVISIÓN DE LITERATURA	■	■	■	■	■	■								
DISEÑO DE PROTOCOLO			■	■	■	■								
DEL REVISION PROTOCOLO						■	■							
DEL REGISTRO PROTOCOLO ANTE EL COMITE DE INVESTIGACION						■	■	■						
TRABAJO DE CAMPO									■	■	■			
DATOS ACOPIO DE									■	■	■			
E DATOSCAPTURAD											■	■		
N DE TABULACIO DATOS												■	■	
REVISION DE RESULTADOS													■	
N DE VALIDACIO RESULTADOS													■	
ACION DE INTERPRET RESULTADOS													■	
REVISION DE LA INVESTIGACION													■	
ON DE ELABORACI TESIS													■	
ON DE FORMULACI INFORME FINAL														■

ANEXO C.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Hospital General de Zona No.1 Aguascalientes, Ags.

Servicio de Clínica del Dolor

INSTRUCCIONES: Favor de subrayar y contestar las siguientes preguntas:

I.- Datos Generales	
1. Nombre	
2. Edad	
3. Sexo	Femenino Masculino
4. Unidad de Medicina Familiar a la que acude:	
5. Escolaridad	1)Analfabeta 2)Primaria 3)Secundaria 4)Preparatoria 5)Licenciatura 6) Otro
6. Escriba su ocupación (u ocupación previa):	
7. Estado civil:	1)Soltero (a) 2) Unión Libre 3)Casado (a) 4)Divorciado (a) 5)Viudo (a)
8. ¿Es la primera vez que acude a consulta en este servicio?:	Si No
II.- Características Clínicas del Paciente	
9. Indique si padece alguna de las siguientes enfermedades:	1) Diabetes 2) Depresión 3)Fibromialgia 4) Otra. Escriba Cuál:
10. ¿Actualmente acude a terapia psicológica?	Si No
11. ¿Actualmente acude a terapia psiquiátrica?	Si No
12. ¿Actualmente acude a Fisioterapia (rehabilitación)?	Si No
13. ¿Se le ha realizado cirugía de columna?	Si No
14. ¿Escriba cuantas cirugías de columna se le han realizado?	
15. ¿Indique en que institución se le realizó la cirugía?	1) IMSS 2) ISSSTE 3) Secretaría de Salud Hospital Hidalgo 4)Sector Privado
16. ¿Actualmente se encuentra bajo incapacidad?	Si No
16.1. Si se encuentra bajo incapacidad, por favor escriba la cantidad de días que lleva acumulados.	
17. ¿Está usted pensionado?	Si No
17.1. ¿Qué tipo de pensión tiene?	1)Temporal (por dos años) 2)Definitiva
17.2. La pensión que le otorgaron fue por:	1) Invalidez 2)Riesgo de trabajo

ANEXO D. - TEST DE OSWESTRY

ANEXO I. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry 1.0 (Flórez et al¹⁹)

Por favor lea atentamente: Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa MEJOR su problema.

1. Intensidad de dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- Los calmantes me alivian completamente el dolor
- Los calmantes me alivian un poco el dolor
- Los calmantes apenas me alivian el dolor
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo

2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

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

3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto

4. Andar

- El dolor no me impide andar
- El dolor me impide andar más de un kilómetro
- El dolor me impide andar más de 500 metros
- El dolor me impide andar más de 250 metros
- Sólo puedo andar con bastón o muletas
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

5. Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- El dolor me impide estar sentado más de una hora
- El dolor me impide estar sentado más de media hora
- El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
- El dolor me impide estar sentado

6. Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide estar de pie más de una hora
- El dolor me impide estar de pie más de media hora
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- El dolor me impide estar de pie

7. Dormir

- El dolor no me impide dormir bien
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas
- El dolor me impide totalmente dormir

8. Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

9. Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- No tengo vida social a causa del dolor

10. Viajar

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

ANEXO E.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA EN INVESTIGACION
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: Nivel De Discapacidad Funcional en el Paciente con dolor lumbar crónico antes Y después de su manejo en la Clínica del Dolor HGZ No.1 IMSS, Aguascalientes.
Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes, Septiembre-Noviembre del 2013.

Justificación y objetivos del estudio: determinar el nivel de discapacidad funcional en los pacientes con dolor lumbar crónico antes y después de su manejo en la Clínica del Dolor.

Procedimientos: se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar encuestas relacionadas el grado de discapacidad funcional así como datos sociodemográficos. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto.

Posibles riesgos y molestias: no existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, sólo la inversión del tiempo en contestar la misma.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explicó que el estudio permitirá comparar si el manejo en la clínica del dolor mejora el nivel de discapacidad funcional en pacientes con dolor lumbar crónico.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: el investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder.

Privacidad y confidencialidad: el investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que yo le sea solicitada, acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dr. Ramona Romo Cortes. Hospital General de Zona 1. Adscripción: consultorio de Clínica del Dolor HGZ 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 9139050. Correo: romi_cort@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º. 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: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma