



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.
CENTRO MÉDICO ECATEPEC**

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JUDITH DE JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ

ECATEPEC, EDO MÉX.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA"

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

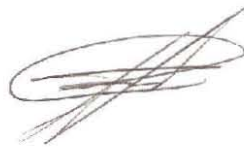
PRESENTA

DRA. JUDITH DE JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ.

AUTORIZACIONES.



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC.



DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.
U.N.A.M.


“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA

DRA. JUDITH DE JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ..

AUTORIZACIONES.



DR. RAYMUNDO MÉNDEZ SÁNCHEZ
DIRECTOR DE CENTRO MÉDICO
ISSEMYM ECATEPEC.



DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO
JEFE DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
DEL CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.



M. EN C. JAIME TORAL LÓPEZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN
CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.

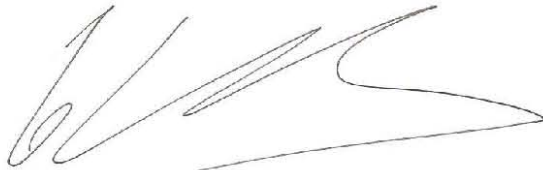
“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA”

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA

DRA. JUDITH DE JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ.

AUTORIZACIONES.



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS.



INGENIERA JOHANA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INNOVACIÓN
EDUCATIVA EN SALUD.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. JUDITH DE JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ÍNDICE

	PÁGINA
Marco Teórico.....	1
Planteamiento del Problema.....	32
Justificación	33
Objetivos del Estudio	34
Material y Método	35
Resultados.....	39
Discusión	47
Conclusiones	49
Referencias bibliográficas.....	51
Anexos.....	53

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRONICA

MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN DE LUMBALGIA

Síndrome que agrupa diversas 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), con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional, que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral. ^(1,14).

2. ANATOMIA DE LA COLUMNA

La columna vertebral es un tallo longitudinal óseo, resistente y flexible, situado en la parte media y posterior del tronco, que se extiende desde la cabeza, a la cual sostiene, hasta la pelvis, que la soporta; además envuelve y protege a la médula espinal que está contenida en el conducto vertebral. ⁽²⁾

En término medio mide 75cm de longitud. Los diámetros anteroposterior y transversal alcanzan sus mayores dimensiones a la altura de la base del sacro y disminuyen desde este punto hacia las dos extremidades. ⁽²⁾

Describe cuatro curvaturas en el plano sagital y una en el plano frontal.

- Curvatura cervical: convexa anteriormente
- Curvatura torácica: cóncava anteriormente
- Curvatura lumbar: convexa anteriormente
- Curvatura sacrococcígea: cóncava anteriormente

Las curvaturas sagitales tienen como resultado el aumento de la resistencia y la elasticidad de la columna vertebral ⁽²⁾

- La curvatura lateral es una ligera desviación de la columna torácica a la altura de la tercer, cuarta y quinta vértebras torácicas. La concavidad se orienta ligeramente hacia la izquierda, al parecer por el paso de la aorta.

En conjunto se pueden considerar, cuatro caras y un conducto vertebral ⁽²⁾.

- Cara anterior: muestra una columna cilíndrica, media, formada por la superposición de los cuerpos vertebrales.
- Cara posterior: en la línea media presenta la cresta espinal, constituida por la superposición de las apófisis espinosas, a los lados, los canales vertebrales.
- Caras laterales: muestran posteriormente a los cuerpos vertebrales, los pedículos y los agujeros intervertebrales, las apófisis transversas y las apófisis articulares.
- Conducto vertebral: de forma prismático triangular en el cuello y en la región lumbar, casi cilíndrico en la región torácica.

2.1 Características generales de las vértebras ⁽²⁾.

Toda vértebra comprende:

- a) Cuerpo vertebral: porción anterior abultada
- b) Pedículos: 2 columna óseas a la derecha y a la izquierda, que se extienden anteroposteriormente, desde el cuerpo vertebral al macizo óseo que da nacimiento a las láminas vertebrales, a las apófisis transversas y a las articulares.
- c) Láminas: Se extiende desde los pedículos a las apófisis espinosa y limitan posteriormente el agujero vertebral
- d) Apófisis espinosa: Saliente medio y posterior
- e) Apófisis transversas: Dos eminencias horizontales y transversales
- f) Apófisis articulares: cuatro salientes verticales, dos superiores y dos inferiores, por las cuales la vértebra se une con las vértebras vecinas
- g) Arco vertebral: Limitado anteriormente por el cuerpo, lateralmente por los pedículos y posteriormente por las láminas.

2.2 Características de las vértebras lumbares ⁽²⁾.

- a) Cuerpo vertebral: Es voluminoso y reniforme, con su eje mayor transversal.
- b) Pedículos: Son muy gruesos y se implantan en la mitad superior del ángulo formado por las unión de las caras posterior y lateral del cuerpo vertebral. El borde inferior es mucho más escotado que el superior.
- c) Láminas: Son más altas que anchas.
- d) Apófisis espinosa: Lámina vertical, rectangular y gruesa, orientada horizontalmente en sentido posterior y acabada en un borde posterior libre y abultado.

- e) Apófisis transversas: Conocidas como costiformes por su apariencia a las “costillas”, se implantan en la unión del pedículo y de la apófisis articular superior. Son largas y estrechas y terminan en una extremidad afilada.
- f) Apófisis articulares: Las superiores están aplanadas transversalmente. Su cara medial está ocupada por una superficie articular en forma de canal vertical, cuya concavidad se haya orientada medial y un poco posteriormente. Las apófisis articulares inferiores muestran una superficie articular convexa en forma de segmento de cilindro.
- g) Arco vertebral: Es triangular y sus tres lados son casi iguales.

2.3 Articulaciones de la columna vertebral ⁽²⁾.

La columna vertebral se articula superiormente con el hueso occipital para sostén de la cabeza; a nivel torácico con las costillas y a nivel sacro con los huesos iliacos; así como articulaciones intervertebrales, que son las que describiremos en este apartado.

a) Articulaciones de los cuerpos vertebrales

Se conocen como sínfisis, esto es que las superficies planas o cóncavas se unen por tejido fibrocartilaginoso situado entre las superficies articulares.

Están compuestas por:

- Discos intervertebrales: Ocupan los intervalos comprendidos entre los cuerpos vertebrales; tiene forma de lente biconvexa para adaptarse a las superficies articulares. Su altura varía en las distintas regiones de la columna; siendo mayor a nivel lumbar.
Estos están constituidos por un anillo fibroso (externo) y núcleo pulposo.
- Ligamentos periféricos: Dos cintas fibrosas que se extienden en toda la altura de la columna vertebral.
 - ✓ Ligamento longitudinal anterior
 - ✓ Ligamento longitudinal posterior

b) Articulaciones de las apófisis articulares

Conocidas como diapofisiarias, son trocoides en la región lumbar. Están unidas por una cápsula articular y reforzada medialmente por el ligamento amarillo.

c) Articulaciones de las láminas de los arcos vertebrales

Estas se encuentran unidas por dos ligamentos elásticos, gruesos y resistentes, llamados ligamentos amarillos derecho e izquierdo.

d) Articulaciones de las apófisis espinosas

Se encuentran unidas entre sí por los ligamentos interespinosos y por el ligamento supraespinoso.

e) Articulaciones de las apófisis transversas

Unidas por los ligamentos intertransversos

2.4 Músculos de la columna vertebral ⁽²⁾

Los músculos de la columna vertebral, forman parte de todos los músculos del tronco. Estos se dividen en tres grandes grupos; el grupo posterior, grupo medio y grupo anterior.

Grupo posterior

Comprende los músculos posteriores a los canales vertebrales

- ✓ Plano profundo: Músculos erectores de la columna (espinales).
 - Masa común: Ocupa el canal sacro y el canal lumbar, constituida por los transversoespinosos y una lámina tendinosa que se inserta en la espina iliaca posterosuperior, en la tuberosidad iliaca y en la cresta sacra media
 - Longísimo torácico: Compuesto por fascículos laterales que se insertan en las apófisis costiformes, en el borde inferior de las costillas; fascículos mediales que terminan en las apófisis accesorias de las vértebras lumbares y en las apófisis transversas de las torácicas.
 - Ileocostal: Se extiende desde la masa común hasta la tercer vértebra cervical.
 - Intertransversos: Pequeños músculos que se extienden entre las apófisis transversas vecinas.
 - Espinoso: Se inserta por medio de cuatro fascículos tendinosos en las apófisis espinosas de las dos primeras vértebras lumbares y de las cuatro últimas torácicas.
 - Interespinosos: Pequeños fascículos musculares que se insertan entre las apófisis espinosas.
 - Transversoespinosos: Como se comentó previamente, forman gran parte de la masa común.
- ✓ Plano de los músculos serratos posteriores
 - Serrato posterior superior: Se inserta a nivel de la séptima vértebra cervical y las tres primeras torácicas; llegando a borde de la primera a cuarta costillas.

- Serrato posterior inferior: Se inserta en las dos últimas vértebras torácicas, hasta las tres primeras lumbares y en los ligamentos interespinosos correspondientes.
- ✓ Plano de los músculos romboides
 - Romboides mayor y menor: Se insertan en la parte inferior del ligamento nuchal, apófisis espinosas de la séptima vértebra cervical y de las cuatro primeras torácicas.
- ✓ Plano superficial
 - Músculo dorsal ancho: Se inserta en las apófisis espinosas de las seis últimas vértebras torácicas, de las lumbares y de las sacras y en el tercio posterior de la cresta sacra.
 - Músculo trapecio: Tiene su origen en el tercio medial de la línea nuchal superior del occipital, apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y de las diez primeras torácicas.

Grupo medio

- ✓ Cuadrado lumbar: Se extiende desde la cresta iliaca a la duodécima costilla y los vértices de las apófisis costiformes de la columna lumbar.

Grupo anterior

- ✓ Iliopsoas: Compuesto por el psoas mayor y el ilíaco.
 - Psoas mayor: Se inserta en los discos intervertebrales desde la duodécima vértebra torácica hasta la quinta lumbar; así como de las apófisis costales de las vértebras lumbares.
 - Iliaco: Con forma de abanico, nace del borde interno de la cresta iliaca, de la parte lateral del ala del sacro y termina en el trocánter menor del fémur.
- ✓ Psoas menor: Nace del cuerpo de la duodécima vértebra torácica, del cuerpo de la primera lumbar insertándose a la eminencia iliopúbica.

2.5 Nervios espinales ⁽²⁾.

Los nervios espinales en su totalidad conforman cuatro plexos: Cervical, torácico, lumbar, plexo sacro, plexo pudendo y plexo coccígeo. Se mencionará en forma detallada el plexo lumbar, así como su función autonómica.

El plexo lumbar está formado por los cuatro primeros nervios lumbares.

- ✓ El ramo anterior del **primer nervio lumbar** recibe una comunicación del nervio subcostal, envía un ramo comunicante al segundo lumbar y se divide enseguida en dos ramos que son los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal.
- ✓ El **segundo nervio lumbar** recibe una comunicación del primero, da origen a dos nervios, el cutáneo femoral lateral y el genitofemoral y se divide en dos ramos, uno anterior y otro posterior.
- ✓ El **tercer nervio lumbar** se une al segundo y al cuarto por medio de asas comunicantes, y se divide al igual que el precedente en un ramo anterior y otro posterior.
- ✓ El **cuarto nervio lumbar** comunicándose con el tercero y el quinto, se divide al igual que el segundo y el tercero en dos ramos, uno anterior y otro posterior.

Los ramos anteriores de los nervios lumbares segundo, tercero y cuarto se unen y forman el nervio obturador.

Los ramos posteriores más voluminosos que los anteriores, se unen en un tronco llamado nervio femoral.

3. Biomecánica de la columna

La columna vertebral es una estructura compleja, que tiene tres funciones principales, en primer lugar dar soporte al tronco y a la cabeza, en segundo lugar realizar movimientos del tronco en sus tres planos y en tercer lugar proteger a la médula espinal⁽³⁾.

Para sostener el cuerpo, la columna tiene que ser sólida; para permitir el movimiento, tiene que ser flexible; para contribuir a mantener el centro de gravedad, la contracción de la musculatura de la espalda actúa como un contrapeso que compensa los movimientos del resto del cuerpo; para proteger la médula espinal las vértebras dejan en su centro un espacio para que se aloje la médula. Todos estos mecanismos de rigidez, flexibilidad, de apoyo estático y función cinética se mantienen gracias al sistema músculo-ligamentoso que rodea el raquis⁽³⁾.

El modelo biomecánico de la columna vertebral considera dos elementos:

- I. Las estructuras básicas, que están constituidas por las vértebras, el cartílago, los ligamentos y los músculos.
- II. Las fuerzas que actúan sobre ella; las cuales pueden ser internas (originadas por la acción del propio cuerpo, externas (originadas por el entorno que rodea el cuerpo) ⁽³⁾.

Las fuerzas internas son reactivas o consecutivas a las externas, ya que su función es estabilizar la columna y por lo tanto a todo el cuerpo. La estabilidad estática por fuerzas pasivas (vértebras, ligamentos); la estabilidad dinámica está garantizada por la acción muscular, que trata de coordinar los movimientos y posturas. Estas fuerzas pueden ser de diversos tipos: Compresión, tracción, flexoextensión, torsión y cizalla, o una combinación de ellas ⁽³⁾.

3.1 Alineación corporal

Conceptos:

- *Postura*: Las relaciones de las partes del cuerpo, con la línea que pasa perpendicular al centro de gravedad; un plano paralelo a la superficie terrestre.
- *Fuerza de gravedad*: Es la atracción mutua entre un objeto y la tierra en dirección vertical; es directamente proporcional al peso. Esta fuerza influye en el desarrollo de todos los movimientos del individuo, pudiendo facilitarlos cuando se realizan a favor, o dificultarlos, cuando se realizan en contra.
- *Centro de gravedad*: Punto teórico en el cuerpo humano sobre el cual se van a ejercer las distintas fuerzas de tracción y presión. Se encuentra localizado a la altura del 55% del alto de la persona en sentido caudo-craneal, coincidiendo normalmente con la segunda vértebra lumbar.
- *Línea de gravedad*: También conocida como línea de peso. Es la proyección vertical del centro de gravedad, con el sujeto puesto de pie en posición erecta. Es perpendicular a la superficie de apoyo.
- *Superficie de apoyo*: Está constituida por el apoyo plantar y determinada por la separación de ambos pies ⁽³⁾.

Para mantener el cuerpo en posición erecta necesitamos un equilibrio de nuestras fuerzas musculares, que se consigue mediante la actuación de los músculos anteriores de nuestro cuerpo sobre todo los abdominales y los músculos posteriores o dorsales que recubren la columna. Una postura correcta implica mantener el cuerpo en una buena alineación en cualquiera de las distintas posiciones que puede adoptar. Para

realizar una adecuada valoración se deben de tener en cuenta dos líneas de gravedad:⁽³⁾.

- Línea de gravedad anteroposterior: Desde la posición lateral, visto el sujeto de perfil, se traza una línea imaginaria que pase por el lóbulo de la oreja, hombro, rodilla y por el maléolo externo del tobillo.
- Línea de gravedad lateral: Desde la espalda se traza otra línea vertical que pasa por la mitad del cuerpo terminando en el punto medio entre los talones.

Si en nuestro cuerpo estas líneas no coinciden con los puntos por donde tienen que pasar sospecharemos que existe un desequilibrio de ambas partes del cuerpo que en ocasiones es generado por las malas posturas y pueden terminar produciendo deformidades como escoliosis, cifosis e hiperlordosis⁽³⁾.

3.2 Unidad funcional, movilidad y cinética

La unidad funcional de la columna es el menor segmento que permite movimiento; está formado por dos vértebras contiguas y las uniones existentes entre ellas; en ella se distinguen 2 partes:

- Anterior: formada por el cuerpo vertebral, disco y ligamentos. Sostiene fuerzas de compresión, siendo máxima a nivel lumbosacro. El disco desempeña una función hidrostática de forma que distribuye cargas y ahorra energía en las distintas posiciones que puede adoptar la columna.
- Posterior o arco neural, formada por las articulaciones intervertebrales, apófisis transversas, espinosas y ligamentos. Su función es orientar el movimiento según la dirección de las carillas articulares. Los movimientos permitidos son la flexión lateral, extensión y rotación. Las carillas articulares pueden soportar hasta el 30% de la carga total de la columna⁽³⁾.

4. Epidemiología

A nivel mundial la lumbalgia es uno de los padecimientos más frecuentes que se presentan en la edad adulta, siendo de los 5 principales motivos de consulta del primer nivel de atención⁽⁴⁾.

En términos generales la lumbalgia puede afectar al 84% de la población en algún momento de su vida; esto quiere decir que 9 de cada 10 personas tendrá este

padecimiento. Es considerada la tercera causa de incapacidad funcional crónica y la primera causa de discapacidad laboral de origen musculoesquelético ⁽⁷⁾.

Actualmente se ha encontrado una prevalencia mundial del 31%, con un predominio del sexo femenino (T= 2.31, P < 0.022; aumento progresivo con la edad, siendo mayor en el rango de los 40 a 69 años ⁽⁴⁾.

En los Estados Unidos se gastan aproximadamente 14 billones de dólares a año de esta patología, de los cuales 19 billones son solo en honorarios médicos; en promedio 10 millones de estadounidenses se encuentran incapacitados por dolor lumbar tipo crónico y 250 millones de días de trabajo se pierden al año por esta causa ⁽⁹⁾.

A nivel nacional en un estudio realizado en el Hospital General de Tacuba del ISSSTE en el año 2012, en donde se buscó la relación entre la lumbalgia con la actividad laboral, se encontró una prevalencia mayor en mujeres con un 71% y en los hombres con un 29%; detectando que es más común en aquellos pacientes que realizan esfuerzos físicos severos o en pacientes con malos hábitos de higiene de columna; además se encontró que el 90% de los pacientes estudiados tienen algún grado de obesidad ⁽⁹⁾.

En el año 2002, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, del 52% de consultas otorgadas en el primer nivel de atención a personas de entre 20 y 59 años; el 25% fueron por dolor en espalda baja; a su vez en la población geriátrica la prevalencia es del 1.3% (1). Específicamente la lumbalgia crónica tiene una prevalencia actual del 15 al 36% ⁽⁸⁾.

Dentro del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), los trastornos del dorso y lumbares ocupan el 15º lugar de los motivos de consulta en el primer nivel de atención. Se registró como la 4ª causa de accidentes de trabajo en el año 2004 y 5ª en el 2005, siendo la primera causa de incapacidad laboral. Predomina el sexo masculino, con relación 3:1; no tiene una relación concreta con alguna actividad laboral en específico ⁽¹⁰⁾.

En promedio solo el 7% de los pacientes cursan con una lumbalgia crónica y de ellos entre el 1 y 2% requerirán tratamiento quirúrgico. ⁽¹³⁾.

5. Etiología

La lumbalgia tiene origen multifactorial, influyendo factores biomecánicos así como factores biopsicosociales. El 80% de esta patología no se le puede atribuir una lesión específica aguda, lo anterior debido a la falta de correlación entre los resultados y la historia clínica. En promedio, el otro 20% restante de pacientes con lumbalgia se encontró 6% se debe a factores traumáticos, 13% es de causa degenerativo (escoliosis, espondiloartropatías) y 1% fue de origen neoplásico ⁽¹¹⁾.

5.1 Dolor lumbar de origen postural

Esta es la primer causa responsable de desencadenar dolor lumbar; el cual puede ocasionarse por mala higiene postural, problemas derivados de la actividad profesional u ocupacional o problemas de tipo mecánico como lo es la asimetría de miembros pélvicos (27).

Dentro de las causas biomecánicas, de acuerdo con el Institute for Occupational Health and Safety (NIOSH), los principales movimientos generadores de lumbalgia son: flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico repetitivo y forzado, trabajo en medio de vibraciones y en posturas estáticas ⁽⁷⁾.

5.2 Dolor lumbar de origen traumático

En este tipo de pacientes el antecedente de traumatismo y su mecanismo de aplicación de las fuerzas sobre el organismo son de vital importancia ⁽²⁷⁾.

Los traumatismos se pueden dividir en aquellos que afectan los tejidos blandos, como los músculos, ligamentos, piel y tejido subcutáneo y en los que se afecta el tejido óseo como es el caso de las fracturas ⁽²⁷⁾.

5.3 Dolor lumbar de origen degenerativo

Las enfermedades articulares degenerativas se clasifican en primarias y secundarias. Las primarias responden a un factor genético hereditario, presentándose los fenómenos degenerativos sin relación con la edad del enfermo. Los cambios de desgaste articular se presentan en forma regular en las seis articulaciones de la columna lumbar, y en los estudios radiográficos se encuentra disminución de los espacios articulares, esclerosis ósea subcondral y reacción hipertrófica osteofítica marginal ⁽²⁷⁾.

Las enfermedades articulares degenerativas secundarias, habitualmente son de origen mecánico por lesión de ligamentos, dando una estabilidad bien localizada a un segmento; lo anterior puede estar dado por infecciones, neoplasias, alteraciones vasculares ⁽⁷⁾.

5.4 Dolor lumbar de origen congénito

Las alteraciones congénitas de las vértebras se pueden presentar de la siguiente manera:

Por falta de osificación en los centros de osificación (ausencia vertebral, hemivértebra); por falta de fusión de los centros de osificación (espondilólisis, raquisquisis, espina bífida, vértebra en cuña); por falta de segmentación o separación de somitas (barras óseas, fusiones corporales, sacralización de la quinta vértebra lumbar, lumbarización de la primera vértebra sacra, tabiques intrarraquídeos) ⁽²⁷⁾.

5.5 Dolor lumbar secundario a enfermedades sistémicas.

5.5.1 Dolor lumbar de origen tumoral

En promedio, un 10% de todos los tumores que afectan al cuerpo son tumores óseos y de ellos 4% son tumores en la columna vertebral, lugar que puede ser asiento de lesiones primarias, secundarias o metástasis. Las lesiones metastásicas provienen de la próstata, cáncer de mama y de tiroides ⁽²⁷⁾.

5.5.2 Dolor lumbar de origen ginecológico ⁽²⁷⁾

- Lo anterior puede estar dado por tracción del peritoneo del piso pélvico por tumores, prolapso uterino o presencia de ascitis.
- Procesos inflamatorios crónicos de órganos pélvicos.
- Implantes en órganos pélvicos como endometriosis.
- Estenosis u obstrucción del tracto cervical.
- Alteración en la posición del útero (retroversión uterina).
- Dolor lumbar secundario a dismenorrea

5.5.3 Dolor lumbar de etiología genitourinaria

Debido a la inervación que presenta el riñón y todo el tracto urinario, cuando se presenta algún proceso patológico a este nivel como infecciones, procesos

obstructivos, se va a manifestar por dolor en región lumbar, que se va a irradiar hacia ambos flancos o siguiendo el trayecto de los uréteres ⁽²⁷⁾.

5.5.4 Dolor lumbar de origen vascular

Habitualmente se asocia a claudicación y parestesias de miembros pélvicos; por lo que será importante sospechar de trastornos oclusivos a nivel arterial o venoso; por lo que será importante realizar una exploración completa de extremidades inferiores haciendo énfasis en la palpación de los pulsos arteriales distales, tibial anterior, tibial posterior o poplíteo ⁽²⁷⁾.

5.5.5 Dolor lumbar de origen infeccioso

Tuberculosis osteoarticular: Si bien es una enfermedad que ha disminuido en forma considerable, se pueden reconocer 4 variedades; en primer lugar es la central en la que se ve afectado el tejido esponjoso del cuerpo vertebral; la articular en donde está afectado el disco intervertebral, perióstica caracterizada por daño en la capa interna del periostio y por último la apofisiaria con afectación de apófisis transversas y en ocasiones las espinosas ⁽²⁷⁾.

Osteomielitis: Inflamación del hueso y médula ósea como respuesta al desarrollo de microorganismos; en donde en un inicio la lesión es destructiva y puede invadir por continuidad otros cuerpos vertebrales, generando desaparición de los espacios intervertebrales; en estadios crónicos llegando a generar fusiones intersomáticas ⁽²⁷⁾.

Discitis: Proceso inflamatorio o infeccioso del disco intervertebral.

5.5.6 Dolor lumbar secundario a enfermedades metabólicas

Dentro de las principales enfermedades metabólicas se encuentra la osteoporosis, que puede ser primaria o senil y secundaria, en la que se presentan causas añadidas que favorecen la disminución de la masa ósea, como hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, displasias óseas generalizadas, déficit de vitamina C, alcoholismo y hepatopatía, uremia, principalmente. También se ha encontrado el dolor en columna lumbar en enfermedades como osteomalacia, enfermedad de Paget, Acromegalia y Psiconeurosis ⁽²⁷⁾.

6. Clasificación de las lumbalgias

De acuerdo a su temporalidad, la lumbalgia puede clasificarse en aguda, cuando se tiene una presentación súbita y una duración menor a 6 semanas, subaguda entre 6 y 12 semanas y crónica con duración mayor a 12 semanas ^(14,21). Algunos autores mencionan el término de lumbalgia recidivante que es cuando se presentan episodios repetitivos de dolor, en la que la duración de cada episodio es inferior a 3 meses ⁽¹³⁾.

7. Factores de riesgo

7.1 Obesidad

Definida como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m² ⁽⁵⁾.

La obesidad ha tenido un incremento considerable en los últimos 15 años. Comparando la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993) fue de 24% comparado con la encuesta ENSANUT en el año 2000, con una prevalencia de 30% en personas mayores de 20 años ⁽⁶⁾.

Como se explicará más adelante, la relación que existe entre la obesidad y la lumbalgia está explicada por la tensión biomecánica que la obesidad troncal ejerce sobre la columna dorsal inferior y la columna lumbar, condicionando que a mayor obesidad, la fuerza de carga a nivel de la columna lumbar aumente en forma considerable ⁽⁶⁾.

También se ha demostrado la relación existente entre la obesidad y el alelo Trp3; actuando en forma sinérgica incrementan el riesgo del disco negro, abombamiento posterior del disco y disminución de la altura del disco en L4-L5, así como abombamiento discal múltiple y disminución de la altura de los discos ⁽⁶⁾.

7.2 Tabaquismo

Se ha observado que este hábito ocasiona desmineralización de las vértebras con menor aporte sanguíneo y menor cantidad de osteoblastos, ocasionando enfermedades degenerativas de la columna; así mismo la degradación ósea hace más susceptible a que se presenten lesiones traumáticas ⁽¹⁾.

7.3 Factores asociados al trabajo

Se ha encontrado una gran relación de la lumbalgia en aquellos trabajadores que mantienen posturas estáticas, que realizan grandes esfuerzos, cargar objetos pesados, levantamiento de peso, así como posturas estresantes, movimientos repetitivos, vibraciones; cuando lo anterior se combina el riesgo de padecer algún episodio de lumbalgia es aún mayor ^(7,14).

En un estudio realizado en el Hospital General Tacuba, con 200 pacientes, se encontró que la Lumbalgia Crónica se presenta con mayor frecuencia en aquellos que realizan actividades leves pero repetitivas y en aquellos que se mantienen en sedestación por más de 6 horas, correspondiente a un 56% de la población estudiada ⁽⁹⁾.

7.4 Factores emocionales

El dolor crónico, esta frecuentemente asociado a una serie de emociones negativas siendo la más frecuente la depresión, seguidas por la ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones ⁽¹²⁾.

Cuadro. Factores asociados con la recurrencia o cronicidad en lumbalgia ⁽¹⁾.

Factor	Recurrencia	Cronicidad
Individuo	Edad Ejercicio físico Fortaleza muscular (abdominal y lumbar) Tabaquismo	Obesidad Bajo nivel académico Nivel alto del dolor Discapacidad
Psicosocial	Estrés Ansiedad Emociones Función cognitiva Conducta ante el dolor	Estrés Somatización Depresión Catastrofismo Ganancias secundarias

Ocupacional	Actividades manuales Balanceo y rotación Vibración corporal Insatisfacción laboral Actividades monótonas Apoyo laboral, familiar y social	Insatisfacción laboral Incapacidad para el regreso al trabajo con actividades ligeras Tipo de actividad laboral
-------------	--	---

8. Fisiopatología

Los elementos estructurales de la columna pueden afectarse de diferente manera según la acción mecánica que actué sobre ellos, pudiendo clasificarse en:

- Acción normal o fisiológica: Cuando la carga soportada es moderada y las deformaciones provocadas recuperables.
- Acción de sobrecarga: Cuando la carga soportada es mayor, dando lugar a deformidades permanentes.
- Acción de ruptura: Se produce cuando la carga soportada es mayor que la resistencia del componente básico, dando lugar a su ruptura o fractura ⁽³⁾.

En cuanto a los segmentos de la columna, el que sufre mayor carga es el lumbosacro y por lo tanto es que con más frecuencia sufre dolor. La carga que soporta un segmento inferior bajo se ve multiplicada si el individuo se encuentra inclinado y si además lleva algún peso en las manos. Para levantar una carga de 10kg con las rodillas dobladas y el tronco vertical, los músculos espinales soportan un peso de 141kg; si la carga se levanta con el tronco inclinado hacia adelante el peso es de 256kg y si están los brazos extendidos el peso aumenta a 363kg ⁽³⁾. De ahí la importancia de aprender a utilizar en forma correcta la columna para evitar en lo posible lesiones de la misma.

La carga de peso que soporta la columna está en función de la masa del torso, así como la configuración geométrica del mismo ⁽⁶⁾.

Las personas sanas al permanecer de pie llevan el peso del torso a través de la columna a la pelvis y el centro de gravedad del torso se encuentra delante de la columna creando un brazo de palanca que multiplica las fuerzas soportadas por la columna en posición neutral. Cuando el peso del torso aumenta y el torso se expande existe un aumento correspondiente en las fuerzas relacionadas al incremento de la carga.

axial en la columna y una migración progresiva del centro de gravedad, el cual se aleja más de la parte anterior de la columna ⁽⁶⁾.

También se ha observado que el movimiento de hiperflexión del tronco genera aumento de la presión intradiscal, desgarros del anillo fibroso del disco intervertebral lumbar, sobrecarga del disco intervertebral L4-L5 y L5-S1, favorece la cifosis al intentar aumentar el recorrido articular, genera gran tensión en los ligamentos lumbares ⁽¹⁹⁾.

9. Cuadro clínico

Es importante realizar una historia y exploración física orientada, que le permita ubicar al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, dolor asociado a radiculopatía y dolor lumbar potencialmente asociado a enfermedad sistémica inespecífica. Lo anterior se logrará al realizar semiología completa del dolor, interrogar acerca del tiempo de evolución, limitación funcional, factores de riesgo laboral, psicosociales y signos de alarma; así mismo es importante conocer la edad, sexo y ocupación del paciente ⁽¹⁴⁾.

La presencia de parestias en miembros inferiores es un síntoma de alta especificidad (93%), en el diagnóstico de radiculopatías; pero es importante aclarar que la mayoría de los pacientes presentan únicamente daños de las fibras sensoriales en un dermatoma definido, por lo que no desarrollarán déficit muscular ⁽¹⁴⁾.

También es importante diferenciar entre un dolor de origen mecánico y uno inflamatorio, ya que de ello dependerá establecer un tratamiento y seguimiento que se dará a nuestros pacientes ⁽¹⁴⁾.

Datos	Dolor inflamatorio	Dolor mecánico
Edad de inicio	< 40 años	Cualquier edad
Tipo de inicio	Insidioso	Agudo
Duración de los síntomas	>3 meses	< 4 semanas
Rigidez diurna	>60 minutos	< 30 minutos
Dolor nocturno	Frecuente	No hay
Efecto del ejercicio	Mejora	Exacerbado
Hipersensibilidad en articulación sacroiliaca	Frecuente	No hay
Movilidad de la espalda	Pérdida de todos los planos	Flexión anormal
Expansión torácica	Con frecuencia disminuida	Normal
Déficit neurológico	Raro	Posible

En la lumbalgia se conocen datos clínicos que orientan a dar una atención inmediata al paciente; o aquellos que van a orientar hacia una patología crónica; lo anterior se ha clasificado en banderas rojas y banderas amarillas.

Banderas rojas

Se refiere a aquellos datos clínicos que requieren atención inmediata, ya que pueden deteriorar la salud del paciente ⁽¹⁾.

- a) Edad de inicio (menores de 20 años y mayores de 50)
- b) Antecedente de trauma directo o indirecto, reciente, grave o violento, y con relación causal respecto al inicio de la sintomatología dolorosa.
- c) Dolor torácico o abdominal
- d) Pérdida de peso inexplicable
- e) Presencia de fiebre
- f) Signos y síntomas neurológicos difusos, extensos o progresivos
- g) Discapacidad funcional progresiva asociada con el dolor
- h) Historia personal o familiar de cáncer
- i) Deformidad estructural de la columna
- j) Antecedente de drogadicción, inmunodepresión o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana
- k) Uso prolongado y continuo de corticoesteroides
- l) Enfermedad sistémica o ataque al estado general
- m) Restricción de la flexión lumbar en forma persistente y grave
- n) Dolor progresivo constante que no cede con el reposo
- o) Malestar general

Banderas amarillas

Se refiere a aquellos datos clínicos que favorecen el desarrollo y mantenimiento de dolor crónico o la presencia de discapacidad a largo plazo ⁽¹⁾.

Ya conociendo lo anterior; el interrogatorio debe de ir dirigido a las características de dolor, el inicio, tipo, localización, factores atenuantes o exacerbantes, traumatismos previos en la región dorsolumbar, factores psicosociales de estrés en el hogar o en el trabajo, factores ergonómicos, movimientos repetidos y sobrecarga, si es o no el primer cuadro doloroso y la presencia de signos de alarma. ⁽¹³⁾.

Exploración física

Como principio de toda exploración física, es importante comenzar con el hábitus exterior, en donde se puede valorar las facies, postura, marcha, la complexión del paciente. Ya en forma dirigida el examen de la columna vertebral incluye la inspección, palpación, movilidad y arcos dolorosos; maniobras y pruebas especiales de estiramiento de las raíces del nervio ciático y la evaluación neurológica. ^(13,15,16).

a) En bipedestación.

Se observa si las curvas fisiológicas son normales o están alteradas (escoliosis, hipercifosis, hiperlordosis, espondilolistesis, disimetría de miembros inferiores) y si el desarrollo muscular es el adecuado o está alterado (contractura o atrofia).

Al flexionar la columna hay que valorar si hay escoliosis primaria evidente y si aparece dolor local y/o irradiado y cuando aparece. En caso afirmativo debemos sospechar la existencia de una hernia discal.

A la extensión observamos si hay limitación o desencadenamiento del dolor. Si este aparece sospechar la existencia de un síndrome facetario, una contractura importante o una estenosis espinal.

Las inclinaciones laterales pueden estar limitadas o desencadenar dolor. Si el dolor aparece en el lado contralateral debemos sospechar la existencia de una hernia discal. Si el dolor aparece en el lado flexionado, normalmente se debe a una contractura.

Marcha talo equino. Al caminar sobre los talones exploramos el tibial anterior y el extensor común de los dedos; si aparece dolor o dificultad para la marcha se debe a una alteración de la raíz d L5. En la marcha en equino exploramos los gemelos y el sóleo; si hay dificultad para la marcha o aparece el dolor se debe a una alteración de la raíz de S1.

Squat. Pedimos al paciente que con la espalda recta y los brazos extendidos hasta la horizontal se ponga en cuclillas. Con esta maniobra exploramos los cuádriceps (raíz de L4) y el equilibrio.

Signo del taconeo: La maniobra se realiza solicitando al paciente empinarse en punta de sus pies lentamente y luego en forma rápida dejarse caer sobre los talones, “taconeando” en el piso, cuando es positiva provoca intenso dolor vertebral. Este signo tiene gran valor diagnóstico ante la sospecha de una neoplasia, infección o aplastamiento vertebral osteoporótico ⁽¹⁵⁾.

Palpación. Valoramos la presencia de puntos selectivos de dolor intenso, también conocidos como puntos gatillo a la percusión en la línea media y al nivel que se encuentran (susceptibles de espondilitis o espondilodiscitis).

b) En sedestación

Observamos si están al mismo nivel las crestas iliacas y los omóplatos y si aparece una escoliosis secundaria por contractura ⁽¹⁵⁾

c) Supino

Prueba de Lasegue. Prueba de alteración radicular. Afectación de las raíces L5 a S2. Elevamos la pierna en extensión; si aparece dolor en territorio del ciático entre los 35-70° la prueba se considera positiva. Solo es valorable si el dolor se irradia por debajo de la rodilla ^(15,16)

Signo de Bragad. Se realiza igual que el Lasegue y en el momento en que aparece el dolor se realiza una flexión dorsal del pie, con lo que aumenta el dolor.

d) Prono

Signo de O' Conell. El paciente en decúbito ventral con extremidades inferiores apoyadas. Tomando el pie, se provoca flexión de la rodilla a 90°. Cuando es positiva produce dolor de la cara anterior del muslo del lado afectado. Si es negativa o dudosa se continua la maniobra, manteniendo la rodilla flexionada y extendiendo la cadera desde la camilla con lo que se consigue elongar en mayor magnitud el nervio femoral. ⁽¹⁶⁾.

Fuerza

Es importante valorar tono, trefismo y fuerza muscular, de todos los grupos musculares de las extremidades inferiores, en forma comparativa. Para valorar la fuerza se ocupara la escala de Daniels ⁽¹⁶⁾.

Sensibilidad

Esta debe realizarse al tacto, al dolor; en casos especiales se incluye valoración de vibración, temperatura y propiocepción ⁽¹⁶⁾.

También se revisaran los reflejos osteotendinosos, principalmente los paterales (L4) y los aquileanos (S1), ⁽¹⁶⁾.

10. Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de un paciente con lumbalgia es importante integrar los resultados de la exploración física; de acuerdo a los diagnósticos clínicos realizados.

10.1 Estudios de imagen

10.1.1 Radiografías simples de columna

Solo se recomienda en aquellos pacientes con señales de alarma (banderas amarillas); o los que cursan con lumbalgia crónica, con el fin de documentar alteraciones estructurales evidentes ^(1,14).

Se deben buscar en forma intencionada la presencia de escoliosis, alteración en las curvaturas, características de las vértebras, fracturas, espacios intervertebrales, disminución de foramen oval, presencia de osteofitos, diferencia en la altura de las crestas iliacas y alteración de los tejidos blandos, que puedan apuntar a enfermedades metabólicas, neoplásicas o infecciosas ^(14,16).

Proyecciones básicas

El estudio básico contempla las siguientes proyecciones:

- ✓ AP y lateral en placa 30x40 que permita visualizar desde T10 al coxis.
- ✓ Oblicuas izquierda y derecha, en busca de lisis de la pars interarticularis
- ✓ Pelvis AP centrada en caderas, si hay alguna sospecha de patología asociada sacroilíaca o coxofemoral

Proyecciones dinámicas

Se solicitan en una segunda instancia en pacientes con discopatias sintomáticas, en que se sospecha como causa una posible inestabilidad segmentaria con alteraciones degenerativas facetarias ⁽¹⁷⁾.

10.1.2 Tomografía Axial computarizada

Cortes transversales cada 3mm permiten muy buena definición a nivel lumbar entre las partes blandas y óseas, visualizando el disco en toda su hemifrecuencia posterior, incluyendo canal vertebral, la foraminal y la zona extraforaminal. ⁽¹⁶⁾

10.1.3 Resonancia magnética

Este estudio debe realizarse como prueba confirmatoria de la sospecha clínica. Su empleo debe limitarse a los pacientes que cursan con señales de alarma o si se sospecha de lesión radicular, enfermedad ósea metastásica y en aquellos pacientes que requieran tratamiento quirúrgico ^(1,13).

Tiene más ventajas sobre la TAC; debido a que detecta más claramente la diferencia entre tejido discal y neural; permite reconstrucciones multiplanares directas, sagitales y coronales; muestra una amplia extensión de la columna, permitiendo detectar patología no sospechada de herniaciones proximales a L3 o tumores intrarraquideos ⁽¹⁶⁾.

10.2 Electromiografía y velocidades de conducción nerviosa

Debe realizarse si el paciente cursa con lumbalgia crónica y tiene datos clínicos de deterioro motor o sensitivo ⁽¹⁾.

Además de los estudios de imagen, si se tiene sospecha de una enfermedad sistémica; se deberán hacer estudios de laboratorio para realizar diagnósticos diferenciales; entre ellos se encuentran la biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular ⁽¹⁴⁾.

11. Tratamiento

En paciente con lumbalgia crónica el tratamiento está encaminado más que la remisión del dolor, a la prevención de discapacidad y minusvalía. Específicamente se espera que haya restablecimiento de la función y las condiciones para todas las actividades incluyendo el área laboral; requiriendo para ello de un equipo multidisciplinario, que realice una evaluación y atención integral del paciente ⁽¹⁴⁾.

11.1 Recomendaciones no farmacológicas

11.1.1 Reposo

Este no debe ser prolongado, en promedio de 2 a 3 días, el paciente debe permanecer en posición semifetal o en decúbito supino con una almohadilla fina en la cabeza y las piernas flexionadas con un almohadón debajo de las rodillas; el reposo por más de cuatro días provoca debilitamiento muscular, aumento de dolor, disminución de la mineralización ósea y tromboembolismo venoso; por el contrario el permanecer activo se ha asociado con menor discapacidad, dolor e incapacidad laboral ^(1,13).

Por lo anterior se recomiendan las siguientes medidas generales ⁽¹⁾

- a) Empleo de faja por no más de 2 días en caso de dolor intenso
- b) Aplicación de calor o frío local por 20 minutos una vez al día
- c) La actividad debe limitarse a movimientos bruscos, levantar objetos pesados y actividades que incrementen las molestias
- d) Iniciar ejercicios de fortalecimiento muscular (McKenzie y Williams) cuatro semanas después del episodio agudo.

Terapia física

Otros

Crioterapia: Se utilizará durante las primeras 48 horas de establecido el cuadro; se debe colocar hielo local en una bolsa de plástico, durante 10 minutos, 3 a 4 veces por día ⁽¹³⁾.

Calor local: Se utiliza habitualmente 48 horas después de iniciado el dolor. Se recomienda aplicar calor húmedo por 15 a 20 minutos, cada 2 horas. ⁽¹³⁾.

11.2 Tratamiento farmacológico

Para el manejo del dolor es importante seguir la escala analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud; haciendo énfasis en que no se administren dos fármacos del mismo grupo o con el mismo mecanismo de acción ⁽¹⁾.

Antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico para el dolor; se debe considerar la edad del paciente, comorbilidades, dieta, interacciones farmacológicas, función cardiovascular y renal, así como la prescripción de protectores de la mucosa gástrica; con el objetivo de prevenir complicaciones asociadas con la administración de AINEs ⁽¹⁴⁾.

11.2.1 Paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos

El paracetamol se sugiere utilizarlo como primera elección en pacientes con lumbalgia aguda o crónica de origen musculoesquelético. Es importante considerar el antecedente de alcoholismo y realizar pruebas de funcionamiento hepático, antes de prescribir este medicamento; ya que la incidencia de insuficiencia hepática puede ocurrir aun con dosis terapéuticas ⁽¹⁾.

La dosis recomendada es de 500 a 1000mg cada 4 a 6 horas, con dosis máxima de 4g al día, vía oral o intravenosa.

Si con el paracetamol no se presenta mejoría o remisión del dolor, se sugiere agregar un medicamento de tipo AINE o COXIB; a dosis mínimas y por tiempos cortos, no más de siete días, de acuerdo a lo indicado en la siguiente tabla, así mismo considerar la asociación con un inhibidor de la bomba de protones ⁽¹⁾

Grupo	Medicamento	Vía de administración	Dosis	Dosis máxima
Derivados del ácido acético	Indometacina	Oral	100mg	25mg c/8 a 12 hrs
	Ketorolaco	Oral/IV	30mg cada 6 horas	120mg/día
	Diclofenaco	Oral	50mg cada 8 horas	150mg/día
Derivados del ácido propiónico	Ibuprofeno	Oral	2400mg	200-400mg c/6horas
	Ketoprofeno	Oral/IV	50-100mg cada 8 horas	300mg/día
Inhibidores selectivos de la COX-2	Parecoxib	IV	40-80mg cada 12 horas	160mg/día
	Celexocib	Oral	100 a 400mg cada 12 horas	800mg/día
	Etorixocib	Oral	60 a 120mg/día	120mg/día
Otros	Metamizol	Oral/IV	500mg a 1gr cada 6 horas	6g/día
	Etofenamato	IM	1000mg cada 24 horas	1g/día
	Naproxeno	VO	250mg cada 6 horas	1250mg/día

11.2.2 Analgésicos opioides

Los opioides débiles y potentes, están indicados en enfermos con una intensidad de dolor moderada y severa respectivamente y que afecten su calidad de vida; valorando además el riesgo beneficio de la prescripción de los mismos. En casos de lumbalgia aguda el tratamiento no debe sobrepasar las 2 semanas, en lumbalgia crónica su uso puede prolongarse hasta 16 semanas ^(1,11).

Grupo	Medicamento	Vía de administración	Dosis	Dosis máxima
Opiodes débiles	Tramadol	Oral/IV	50-100mg cada 4-6 horas	400mg/día
	Dextropropoxifeno	Oral	65-130mg cada 6-8 horas	390mg/día
Opiodes débiles con efecto techo	Buprenorfina	Oral/IV Transdérmico	150-300mcg cada 6 horas 35-52-5mcg/día	1200mcg/día Inicio dese 17.5mcg/hora, hasta 52.5mcg/hora. Cambio hasta cada 48 horas
	Nalbufina	IV	5-10mg cada 6 horas	40mg/día
Opiodes potentes	Morfina	Oral/IV	5-15mg cada 6 horas	
	Hidromorfina	Oral	2-4mg cada 6 horas	
	Remifentanilo	IV	0.5mcg/kg/hora en infusión continua	
	Citrato de fentanilo	IV Transdérmico	25-50mcg/hora 50mcg cada hora	

11.2.3 Relajantes musculares

Se sugiere iniciar con aquellos no derivados de benzodiazepinas como el tiocolchicósido, metocarbamol, carisoprodol y tizanidina; emplearlos por periodos cortos no mayor a una semana y asociados con algún analgésico opioide o no opioide ⁽¹⁾.

Medicamento	Vía de administración	Dosis	Medicamentos asociados
Tiocoicholsido	IM	4mg cada 12 a 24 horas	Cobamamida
Metocarmabol	VO	1gr cada 6 horas	Paracetamol/AAS
Carisoprodol	VO	200 a 400mg cada 12 horas	Naproxeno
Tizanidina		2 a 4mg/cada 8 horas	

11.2.4 Antidepresivos

Se recomiendan como primera línea los Antidepresivos tricíclicos y como segunda línea los inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina; en lumbalgia crónica con componente neuropático o que curse con depresión; si existe contraindicación de los medicamentos antes mencionados, se recomienda su envío oportuno al servicio de Psiquiatría ^(1,11).

Grupo	Medicamento	Vía de administración	Dosis
Benzodiacepinas	Alprazolam	Oral	0-25mg cada 8 horas
	Diacepam	Oral IV	5-10mg cada 8 horas 0.5-2mg cada 8 horas
	Clonacepam	VO	2-5mg cada 6 horas
Antidepresivo tricíclico	Amitriptilina	VO	25-150mg cada 24 horas
Inhibidor de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN)	Duloxetina	VO	20 a 60mg/día

11.2.5 Anticonvulsivantes

Se utiliza solo en aquellos casos que cursan con radiculopatía asociada ^(1,11).

Medicamento	Vía de administración	Dosis
Carbamacepina	Oral	200-1200mg/día

Oxcarbacepina	Oral	300-1200mg/día
Gabapentina	Oral	600-3600mg/día
Pregabalina	Oral	150-600mg/día

12. Prevención

La prevención, está encaminada a evitar los factores de riesgo. Lo más importante es dar orientación acerca de higiene de columna; esto es las medidas generales que pueden prevenir la lesión de la misma; como son evitar el sobrepeso y obesidad, corregir malas posturas como permanecer en una misma posición por periodos prolongados, mejorar el método de carga, usar base de la cama firme con colchón no deformada, uso de zapatos con tacón no mayor a 1.5cm, evitar movimientos de rotación o flexoextensión bruscos ⁽¹⁾.

Por lo anterior es importante que exista una Educación Para la Salud (EPS), definida como el tipo de educación cuyo objetivo final es la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud de los individuos, grupos y colectividades. Si el individuo ya padece la enfermedad; la EPS estará encaminada a una prevención secundaria; se llevará a cabo al combinar varios métodos a través de información, asesoramiento y con técnicas de modificación de la conducta con el objetivo de mejorar, mantener o aprender a afrontar dicha enfermedad ⁽¹⁷⁾.

12.1 Actividad física

Es eficiente para evitar aparición de nuevos episodios, así como en la disminución de ausentismo laboral ⁽¹¹⁾.

12.2 Higiene de columna

La manipulación y el transporte de cargas constituye un factor desencadenante de lumbalgia aguda y crónica, es por ellos que se recomienda:

- Disponer los pies de forma que la base de sustentación nos permita conservar el equilibrio, estos deben estar separados por una distancia equivalente a la anchura de los hombros (15).
- Doblar las rodillas
- Acercar al máximo el objeto al centro del cuerpo
- Levantar el peso gradualmente
- No girar el tronco mientras se está levantando la carga.

Además se debe evitar mantener la misma postura durante periodos prolongados. Si se realizan actividades en sedestación las sillas y asientos deben ser adaptados para las personas, permitiendo tener un apoyo firme de la espalda en el respaldo y de los pies en el suelo, caderas y rodillas en ángulo recto ⁽¹⁵⁾.

En las actividades realizadas de pie se deben mantener los brazos a la altura de la cintura, sin tener que realizar hiperflexión de la espalda ⁽¹⁵⁾.

13. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época para conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras ⁽²²⁾.

Con el paso del tiempo se empezaron a dar diversas definiciones; quedando definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la percepción adecuada y correcta que tiene de si misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales” ⁽²³⁾.

13.1 Calidad de vida relacionada con la salud

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en el tratamiento como en el sustento de vida. ⁽¹⁸⁾

Si bien para algunos autores se ha utilizado de manera indistinta con el término Calidad de Vida; se ha sugerido que esta debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de la evolución natural de la enfermedad y de las intervenciones médicas que se realizan durante la atención del paciente. ⁽¹⁸⁾

Derivado de lo anterior actualmente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se define como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud ⁽¹⁸⁾

13.2 Cuestionario de láminas COOP/WONCA como instrumento para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

EL cuestionario de láminas COOP/WONCA es un instrumento genérico utilizado para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), constituye una escala general tipo perfil de salud, traducido y validado en castellano, desarrollado originalmente por un grupo de profesionales de atención primaria de Estados Unidos: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project of New Hampshire, con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria. ^(19,20)

Los objetivos que debía cumplir la nueva medida eran: a) proporcionar datos válidos y fiables en las principales dimensiones de funcionamiento físico, mental y social; b) adaptarse fácilmente a la rutina diaria de la consulta; c) ser aplicable a pacientes con una gran variedad de problemas y diagnósticos, como los que se presentan en atención primaria; d) poseer un alto grado de validez aparente y ser aceptada ampliamente por médicos y pacientes; e) producir unos resultados de fácil interpretación; y f) facilitar una información de utilidad clínica. ⁽²⁰⁾

En un inicio denominaron a este instrumento COOP charts, por el nombre del grupo y además porque la escala mostraba una serie de dibujos para ilustrar cada uno de las posibles opciones de respuesta. ⁽¹⁹⁾

Originalmente constaba de 9 ítems con escala tipo Likert de 5 puntos, donde las puntuaciones más altas expresaban peores niveles de funcionamiento. Los títulos de las dimensiones son: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida en general. ^(19,20)

Para 1990 basándose en la naturaleza de este instrumento, la WONCA seleccionó este cuestionario como el más adecuado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional a nivel internacional; después de una exhaustiva revisión se eliminaron las correspondientes al apoyo social y calidad de vida. Se dejó el dolor como opcional, además que el tiempo de referencia de las cuestiones de cuatro semanas pasó a dos. En todas las láminas los dibujos se simplificaron al máximo; solo se dejó un dibujo por cada categoría de respuesta y se introdujeron símbolos reconocidos internacionalmente. Es así como el nuevo instrumento se denominó Láminas COOP/WONCA Charts, para diferenciarlo de los originales COOP Charts. ^(19,20)

A continuación se describen las dimensiones que evalúa el cuestionario COOP/WONCA:

La dimensión forma física, pregunta que ejercicio pudo realizar durante las dos últimas semanas. Las respuestas van desde una actividad muy intensa, reduciéndose a intensa, luego moderada, para ser luego ligera, hasta la mínima que sería muy ligera. Puntuaríamos desde el uno hasta el 5 ^(20,28).

La dimensión sentimientos, sirve para valorar que tanto han molestado los problemas emocionales como ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza, va de nada en absoluto 1, hasta intensamente 5 ^(20,28).

La dimensión actividades cotidianas, para valorar el grado de dificultad que puede haber tenido el paciente para realizar sus tareas cotidianas, igualmente se puntuará de menor a mayor dificultad, así el 1 sería la respuesta de ninguna dificultad, para luego tener un poco de dificultad, dificultad moderada vendría a continuación, luego ya sería mucha dificultad y valoramos con un 5 la situación de incapacidad de hacer nada ^(20,28).

La dimensión actividades sociales mantenidas durante las dos últimas semanas, para ver el grado de limitación que puedan haber tenido, así pues la respuesta nada en absoluto, sería la puntuación mejor 1, para en sentido decreciente ir a ligeramente, si estaba peor contestaría que moderadamente, los que se encontraban aún peor contestan que bastante, y aquellos que su calidad de vida es realmente mala responden que muchísimo, 5 ^(20,28).

La dimensión cambio en el estado de salud, aquí las respuestas tienen una estructura bipolar, por lo que no se aplica la puntuación ascendente respecto a una peor calidad de vida, el mucho mejor, en orden decreciente un poco mejor, igual, por el estilo, un poco peor y por último mucho peor ^(20,28).

La dimensión estado de salud, para que el paciente valore como está su salud, y las respuestas van desde excelente 1, después muy buena, buena, regular y al final mala 5 ^(20,28).

La dimensión del dolor, no siempre es aceptado para valorar la calidad de vida, por ser el más subjetivo de todos, pero lo hemos incluido porque aporta datos interesantes, y las respuestas serían, nada de dolor 1, dolor muy leve, dolor ligero, dolor moderado y dolor intenso 5 ^(20,28).

Puntuación del cuestionario

Cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas, cada ítem cubre una dimensión de la calidad de vida. Las láminas han de presentarse siempre en el mismo orden: Forma física, sentimientos, actividades cotidianas, cambio en el estado de salud y dolor ⁽²⁸⁾.

De acuerdo a la descripción anterior se puede constatar que el cuestionario se sigue contestando con una de 5 posibles alternativas, acompañadas de una viñeta ⁽²⁸⁾.

La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada. Es posible, al igual que en otros instrumentos genéricos, sumar la puntuación total de las láminas y ofrecer un índice global, cuyo rango iría de 6 a 30, o de 7 a 35 si se incluyera la viñeta del dolor. Aunque algunos estudios han utilizado esta suma global con fines estadísticos, no se elimina “cambio en el estado de salud” que complica la obtención de resultado total ⁽²⁸⁾.

La fiabilidad test-retest a las 2 semanas evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Spearman, varía en 0.66 a 0.82. En general estos niveles de fiabilidad pueden considerarse aceptables e indican que las láminas son estables durante relativos cortos periodos de tiempo ⁽²⁰⁾.

El cuestionario demostró tener una buena validez aparente ante una muestra de estudiantes de medicina, puesto que al 99% no le provocaba malestar, aburrimiento o fatiga y un 70% considero que mejoraba la comunicación entre paciente y profesional ⁽²⁰⁾.

La matriz multirango multimétodo (MTMM) pretende analizar si los componentes de instrumentos que miden similares dimensiones correlacionan más intensamente que aquellas dimensiones que no están relacionadas conceptualmente. La MTMM entre el SF-36 y las viñetas ofrece una validez convergente del 0.68, prácticamente el doble que la validez discriminante 0.32. ⁽²⁰⁾.

13.3 Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica

Se realiza un estudio comparativo de la Calidad de vida en adultos mayores con hernia de disco a nivel lumbar, con el Perfil de Salud de Nottingham (NPH), previo y posterior a tratamiento con fisioterapia, con en donde se aprecia una modificación de la calidad de Vida; se observó que las esferas más afectadas fueron la movilidad física y el dolor con valores de 37.7 (DS 14.9) y 37.6 (DS 8.1), después de la fisioterapia con valores de 27.5 (DS 11.0) y 19.2 (DS 5.9), respectivamente ⁽²³⁾.

En otro estudio realizado a 10 pacientes de sexo femenino utilizando el inventario de Salud y Calidad de Vida (SF-8), se observó que ha mayor intensidad de dolor, disminución de la calidad de vida hasta en un 70% en aquellas pacientes con dolor intenso, asociado además a trastornos de ansiedad y depresión ⁽²⁴⁾.

En un estudio realizado en para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con lumbalgia crónica a 94 pacientes del área de Rehabilitación, de acuerdo al cuestionario LISAT-8, se encontró que es aspecto físico fue el más deteriorado y explicado en gran parte ($R^2 = 47.3\%$) por la edad del paciente y su disfunción valorada a partir de la escala Oswestry. Asimismo, el aspecto mental de la CVRS, que se mostró más cercano al promedio poblacional, se explicó por la disfunción y la ansiedad-rasgo (STAI/R) de los pacientes ($R^2 = 47.3\%$) ⁽²⁵⁾.

En otro estudio realizado en el área de rehabilitación en donde se aplicó la escala de Roland Morris y el cuestionario de salud SF-36, se encontró una media de 4,46 con un rango de 0 a 12 respuestas positivas (DE 3,1), para la primer escala. De igual forma fueron los resultados para el todos los dominios del cuestionario de salud SF-36 ⁽²⁶⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lumbalgia es una enfermedad que afecta en promedio al 90% de la población en algún momento de su vida, más en la edad adulta; en la mayoría de los casos el paciente se recupera a los pocos días o semanas de iniciado el padecimiento, reintegrándose de esta forma a sus actividades de la vida diaria; mas sin embargo cuando evoluciona a la cronicidad va a condicionar una serie de alteraciones a nivel físico, mental, social, familiar y laboral, alterando de esta forma la calidad de vida del individuo.

Considerada actualmente como un problema de salud pública, se encuentra dentro de los cinco principales motivos de consulta del primer nivel de atención; a su vez la lumbalgia crónica, va a tener una demanda de atención aun mayor debido a la recurrencia del dolor; aumenta el índice de discapacidad y por lo tanto de ausentismo laboral; lo que va a generar aumento de los costos en su atención.

A nivel familiar; el integrante de la familia con lumbalgia crónica, muy probablemente ya no va a cumplir con su roles correspondientes o estos se van a ver limitados, generando así una crisis paranormativa dentro del sistema, y si este no cuenta con los recursos necesarios para afrontar la situación, el riesgo de disfunción será mayor.

También es importante mencionar que esta enfermedad puede llegar a subestimarse, debido a que los pacientes pueden utilizar su padecimiento para obtener una ganancia secundaria; o bien a la alta frecuencia de pacientes simuladores.

Si bien parte fundamental de la evaluación integral es identificar los factores de riesgo, en muy pocas ocasiones se valora la calidad de vida; lo cual es de gran importancia; ya que al ser una enfermedad crónica, muchas veces incapacitante va a tener un efecto directo sobre esta.

Al evaluar la calidad de vida de este tipo de pacientes, es posible que se pueda dar un tratamiento no solo encaminado a controlar el dolor; si no también ser un paso fundamental para dar tratamiento a su estado emocional en el que se encuentre y con ello mejorar el pronóstico del mismo.

¿Cuál es la percepción que tienen sobre su calidad de vida los pacientes con lumbalgia crónica que acuden al servicio de Urgencias adultos del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec del 1 al 31 de Julio de 2015?

JUSTIFICACION

La Lumbalgia crónica es un padecimiento que llega a afectar al 31% de la población mundial, se estima que es la tercera causa de incapacidad funcional crónica y la primera causa de discapacidad laboral de origen musculoesquelético. En México la población económicamente activa es en promedio del 52 al 58%, considerando que en promedio en el primer nivel de atención se otorga 25% de las consultas a dolor de espalda baja, quiere decir que aproximadamente un 13 a 15% de esta población, en algún momento ha tenido un episodio de lumbalgia. En el Centro Médico Ecatepec del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en el primer semestre de 2015, se dio atención a un total de 1403 pacientes; de los cuales 371 fueron atendidos en el área de Urgencias, 1032 en el área de Consulta Externa, el 76.4% de esta población corresponde a los Servidores Públicos.

Esta enfermedad es considerada un problema de salud pública dada su alta frecuencia, su severo impacto sobre los servicios de salud, derivado del uso crónico de analgésicos, estudios complementarios o incapacidad laboral, con repercusión directa a nivel socioeconómico.

Con los resultados de este trabajo, será posible tener un panorama más extenso de los pacientes con lumbalgia crónica, considerando que las alteraciones psicosociales como depresión, ansiedad, insomnio, se asocian con incremento en la presencia de lumbalgias; creando un círculo vicioso en donde va a ver deteriorada directamente la calidad de vida en este tipo de pacientes.

La población beneficiada serán los derechohabientes de esta institución, al ser valorados de una forma integral por los médicos familiares, haciendo uso de las redes de apoyo con las que se cuenta en la Institución para dar tratamiento multidisciplinario y no solo encaminado al tratamiento del dolor.

El presente estudio se puede llevar a cabo, debido a que se cuenta con el apoyo de las autoridades, departamento de enseñanza, departamento de estadística y jefe de servicio de Urgencias; así como de los derechohabientes del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la percepción que tienen sobre su calidad de vida los pacientes con lumbalgia crónica que acuden al servicio de Urgencias adultos del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec del 1 al 31 de Julio de 2015.

Objetivos específicos

- Clasificar por género a los pacientes con lumbalgia crónica
- Comparar por género y rangos de edad a los pacientes con lumbalgia crónica
- Identificar la ocupación y estado civil de los pacientes con lumbalgia crónica
- Identificar y clasificar la etiología de la lumbalgia crónica
- Clasificar de acuerdo a las dimensiones de la Calidad de vida: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios del estado de salud, estado de salud, dolor

TIPO DE ESTUDIO

Clínico, observacional, transversal y prospectivo

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Población: En el Centro Médico ISSEMyM Ecatepec se cuenta con una población total de 510967 derechohabientes, de los cuales 255455 son hombres y 255212 son mujeres; de Enero a Junio de 2015, se atendió a un total de 1403 pacientes con Lumbalgia Crónica; 792 mujeres y 611 hombres, de estos el 76.4% corresponde a los Servidores Públicos; 1032 pacientes recibieron atención médica en la Consulta Externa de Ortopedia y de Cirugía de columna, mientras que 371 pacientes fueron atendidos en el área de Urgencias,.

Lugar: El Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, se encuentra ubicado en Av. Del Trabajo S/N, Colonia del Carmen, en el Municipio de Ecatepec de Morelos, localizado al norte del Estado de México; con una superficie de 186.9km², a una altitud de 2,250 metros sobre el nivel del mar, a del Distrito Federal. Se considera una zona urbana, cuenta con 1687549 habitantes, de los cuales 825263 son hombres y 862286 mujeres, de acuerdo al INEGI 2010.

Tiempo de estudio: del 1 al 31 de Julio de 2015

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

No probabilístico, por conveniencia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACION

Criterios de inclusión

- Derechohabientes del ISSEMyM.
- Mayores de 20 años con diagnóstico de lumbalgia crónica
- Que acepten participar
- Que sepan leer y escribir

Criterios de exclusión

- Con diagnóstico de Lumbalgia de origen neoplásico o infeccioso

Criterios de eliminación

- Cuestionarios que sean contestados en forma incompleta
- Cuestionarios que sean contestados en forma incorrecta

VARIABLES

Variable independiente:

Lumbalgia

Variable dependiente:

Edad

Sexo

Ocupación

Estado civil

Etiología

Calidad de vida

Dimensiones de calidad de vida: Forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Unidad de medición
Lumbalgia crónica	Dolor localizado por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), de más de 12 semanas de evolución	Cualitativa, nominal	1. Presente 2. Ausente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cualitativa, continua	1. Años
Sexo	Condición orgánica que puede ser masculino o femenino	Cualitativa, nominal	1. Femenino 2. Masculino
Ocupación	Trabajo que desempeña una persona	Cualitativa, nominal	1. Funcionarios, directores y jefes 2. Profesionistas y técnicos 3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas 4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas 5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia 6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca 7. Trabajadores artesanales

			<ol style="list-style-type: none"> 8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte 9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
Etiología	Causa que origina una enfermedad	Cualitativa, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Degenerativa 2. Traumática 3. Postural 4. Inespecífica
Calidad de vida	La percepción personal de un individuo en su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses	Cualitativa, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad física 2. Sentimientos 3. Actividades cotidianas 4. Actividades sociales 5. Cambios en el estado de salud 6. Estado de salud 7. Dolor
Actividad física	Cualquier movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos, aumentando el gasto de energía	Dependiente, cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy intensa 2. Intensa 3. Moderada 4. Ligera 5. Muy ligera
Sentimientos	Estado del sujeto caracterizado por la impresión afectiva que le causa determinada persona, animal, cosa, recuerdo o situación en general	Dependiente, cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada en absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Intensamente
Actividades cotidianas	Actividades que se realizan durante todos los días	Dependiente, cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna en absoluto 2. Un poco de dificultad 3. Dificultad moderada 4. Mucha dificultad 5. Todo, no he podido hacer nada
Actividades sociales	Actividades propias de un grupo social determinado en donde se relacionan seres humanos entre si para un fin determinado	Dependiente, cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. No, nada en absoluto 2. Ligeramente 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo
Cambios del estado de salud	Percepción de un paciente acerca de su salud previa comparada con el estado actual	Dependiente, cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mucho mejor 2. Un poco peor 3. Igual, por el estilo 4. Un poco peor 5. Mucho peor
Estado de	Percepción de un paciente	Dependiente,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente

salud	acerca de su salud actual	cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
Dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión.	Dependiente, cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada de dolor 2. Dolor muy leve 3. Dolor ligero 4. Dolor moderado 5. Dolor intenso

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, en el área de Admisión Continua (Urgencias).

En primer lugar se identificó el problema a estudiar, dada su alta prevalencia en el servicio; se acudió al departamento de estadística del Instituto para solicitar la información acerca de la población derechohabiente en 2015; así como las estadísticas de atención a pacientes con Lumbalgia Crónica en el área de Urgencias y Consulta Externa. Posteriormente se mostró el tema al coordinador de Medicina Familiar, el cual autorizo realizar dicho protocolo de investigación, se solicitó la autorización a los directivos del Instituto, quienes dieron facilidades para llevarlo a cabo. Se identificó a los pacientes que acudieron a consulta a Urgencias con diagnóstico de Lumbalgia crónica, atendidos en el consultorio 1 durante el turno matutino; previa autorización, se aplicó el cuestionario COOP WONCA durante el mes de Julio de 2015, en un horario de 08:00 a 14:00 horas. Los datos recogidos de los cuestionarios, así como los datos biodemográficos de los pacientes encuestados, se incluyeron en hoja de Excel 2013, para su tratamiento y estudio, que se completó con un trabajo estadístico mediante el paquete estadístico SPSS 15.0. La información final se presenta en gráficas de barra y de pastel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo a la Asociación Médica Mundial que promulgo en la declaración de Helsinki de 1964, así como en la Ley general de Salud en su título quinto la propuesta de principios éticos que los médicos deben seguir al realizar investigación médica en seres humanos, la presente investigación no representa riesgo para los pacientes, porque solo se realizó la evaluación de la calidad de vida por medio de un cuestionario.

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud COOP/WONCA a 43 pacientes que acudieron al servicio de Urgencias en el periodo del 01 al 31 de Julio de 2015.

De los 43 cuestionarios aplicados a los pacientes, 4 fueron excluidos por no ser contestados completamente, 1 por tener más de dos respuestas señaladas.

De los 38 pacientes que contestaron el cuestionario, 22 fueron hombres (58%) y 16 mujeres (42%). Ver gráfica 1.

Referente a la distribución por edad y sexo; se encontró en un rango de 20 a 30 años, 3 (7.8%) hombres y 1 (2.6%) mujer, 31-40 años, 11 (28.9%) hombres y 4 (10.5%) mujeres; 41-50 años, 3 (7.8%) hombres y 7 (18.4%) mujeres; 51-60 años, 3 (7.8%) hombres y 4 (10.5%) mujeres; más de 60 años a 2 (5.2%) hombres. Ver gráfica 2.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, 11 (28.9%) son profesionistas y técnicos, 2 (5.2%) son trabajadores auxiliares en actividades administrativas, 2 (5.2%) son comerciantes, empleados y/o agentes de ventas, 12 (31.57%) son trabajadores en servicios personales y vigilancia, 2 (5.2%) son trabajadores de actividades forestales, 2 (5.2%) son choferes, 7 (18.4%) son trabajadores de actividades elementales y apoyo (intendentes, albañil y dedicadas al hogar). Ver gráfica 3.

De acuerdo al estado civil de los participantes 23 (61%) son casados, 6 (16%) solteros, 5 (13%) viven en unión libre, 3 (8%) son divorciados y un 1 (3%) viudos. Ver gráfica 4.

Al indagar la etiología de la lumbalgia crónica en los pacientes se encontró una causa degenerativa en 20 (52.6%) pacientes, secundaria a traumatismos 6 (15.7%), postural 5 (13.1%) e inespecífica 7 (18.4%). Ver gráfica 5.

En las dimensiones para evaluar la calidad de vida, se encontró lo siguiente:

Actividad física: De los 38 pacientes, 2 (5.2%), pueden realizar una actividad física muy intensa, 6 (15.7%) intensa, 11 (28.9%) moderada, 14 (36.8%), ligera y 5 (13.1%), muy ligera. Ver gráfica 6.

Sentimientos: Le han molestado los problemas emocionales, 2 (5.6%) nada en absoluto, 18 (47.3%) un poco, 11 (28.9%) moderadamente, 7 (18.44%) bastante. Ver gráfica 7.

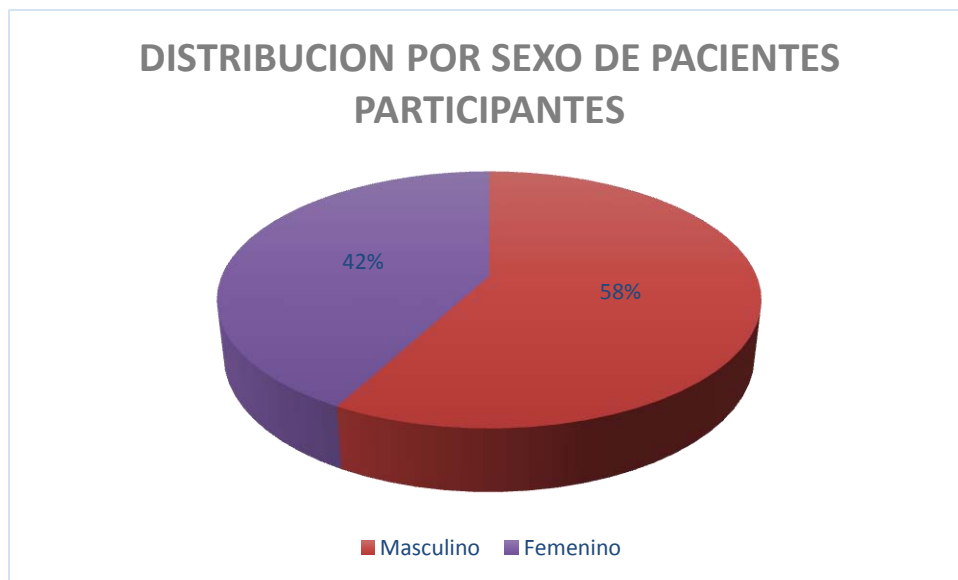
Actividades cotidianas: Cuanta dificultad han tenido los pacientes, 11 (28.9%) un poco de dificultad, 13 (34.2%) dificultad moderada, 11 (28.9%) mucha dificultad, 3(7.8%), no han podido hacer alguna actividad. Ver gráfica 8.

Actividades sociales: Han limitado las actividades sociales, nada en absoluto 1 (2.6%), ligeramente 12 (31.5%), moderadamente 17 (44.7%), bastante 8 (21%). Ver gráfica 9.

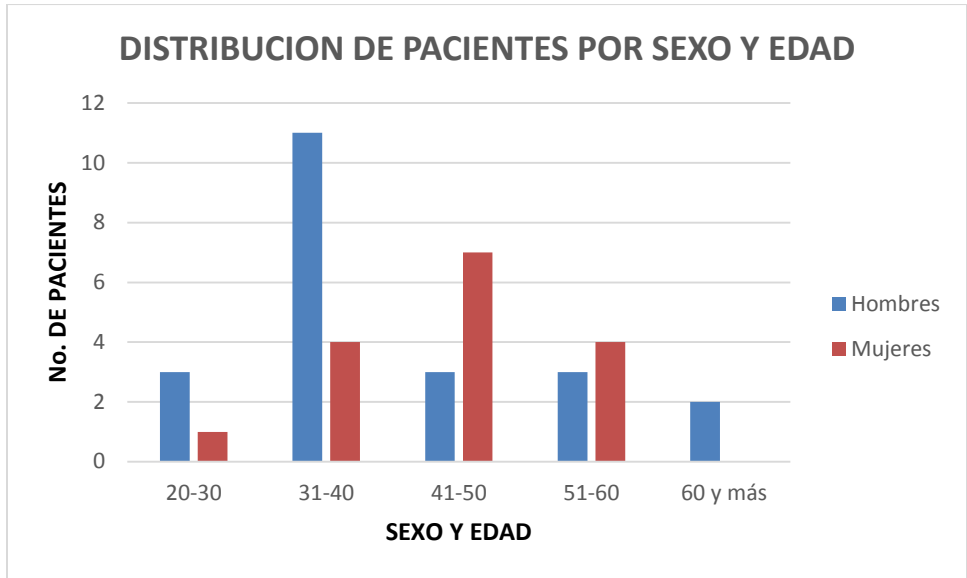
Cambios del estado de salud: Los pacientes lo califican como un poco peor 5 (13.1%), Igual, por el estilo 16 (42.1%), un poco peor 10 (26.3%), mucho peor 7 (18.4%). Ver gráfica 10.

Estado de salud: Bueno 8 (21%), regular 24 (63.1%), mala 6 (15.7%). Ver gráfica 11.

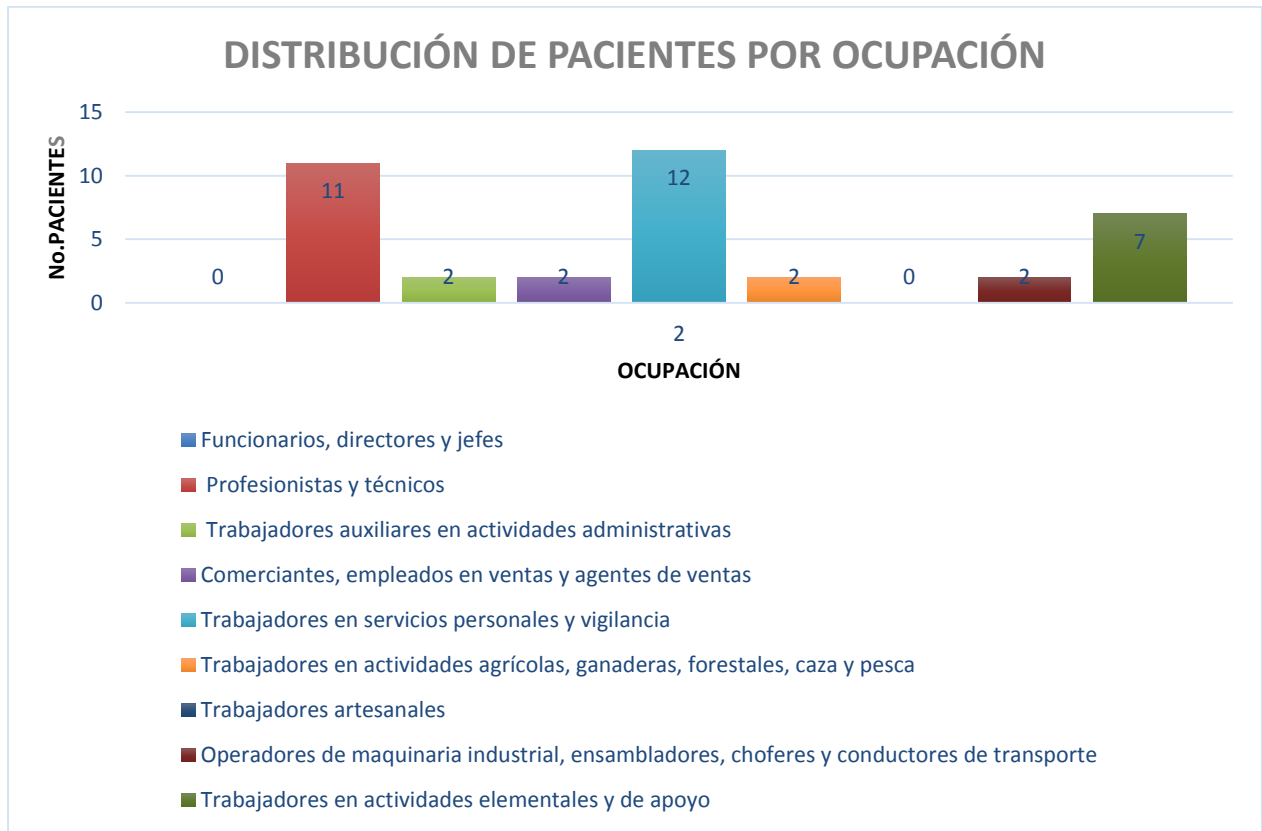
Dolor: Durante las últimas dos semanas los pacientes consideran que han presentado dolor muy leve 1 (2.6%), dolor ligero 9 (23.6%), dolor moderado 17 (44.7%), dolor intenso 11 (28.9%). Ver gráfica 12.



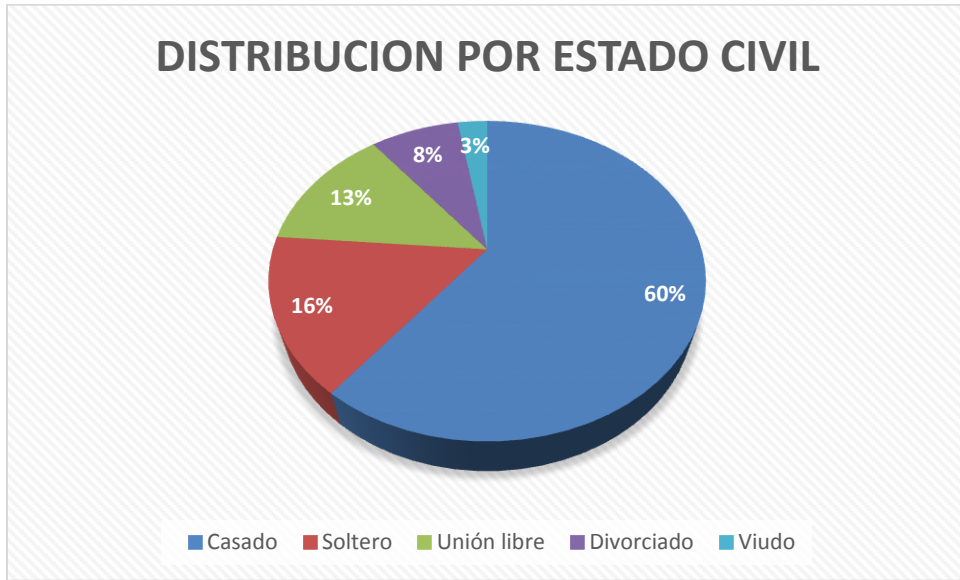
Gráfica 1. Distribución por sexo de pacientes participantes
Cuestionario de recolección de datos



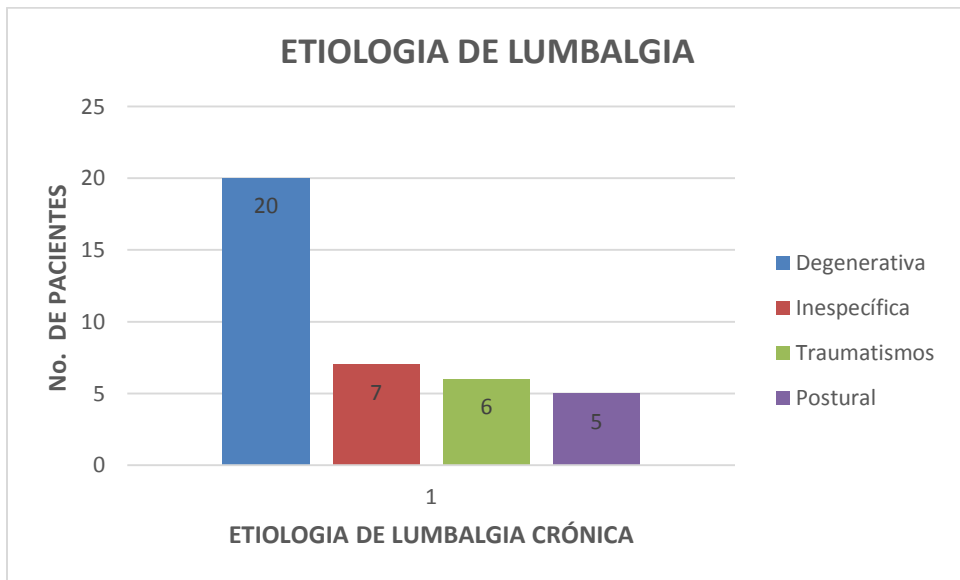
Gráfica 2. Distribución de pacientes por sexo y edad.
Cuestionario de recolección de datos



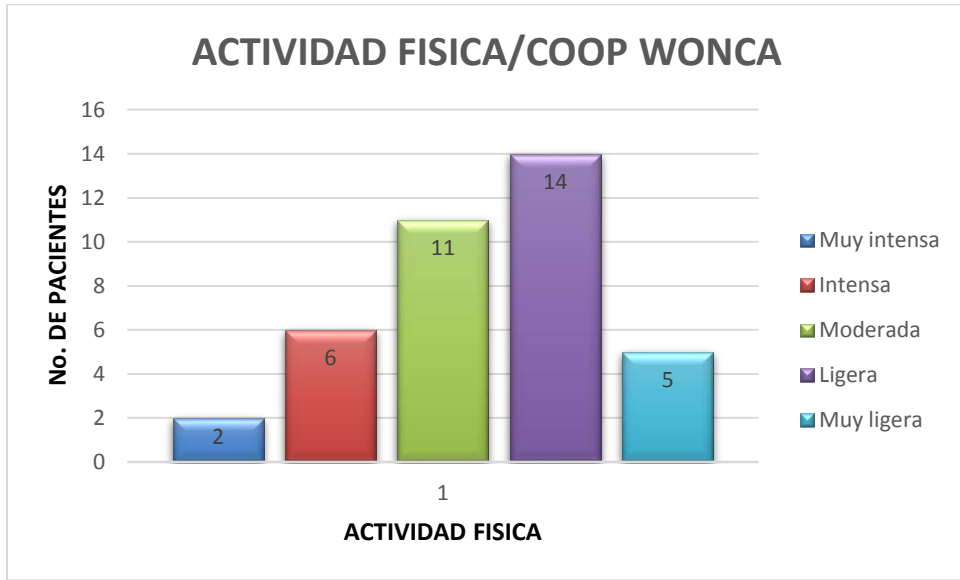
Gráfica 3. Distribución de los pacientes por ocupación
Cuestionario de recolección de datos



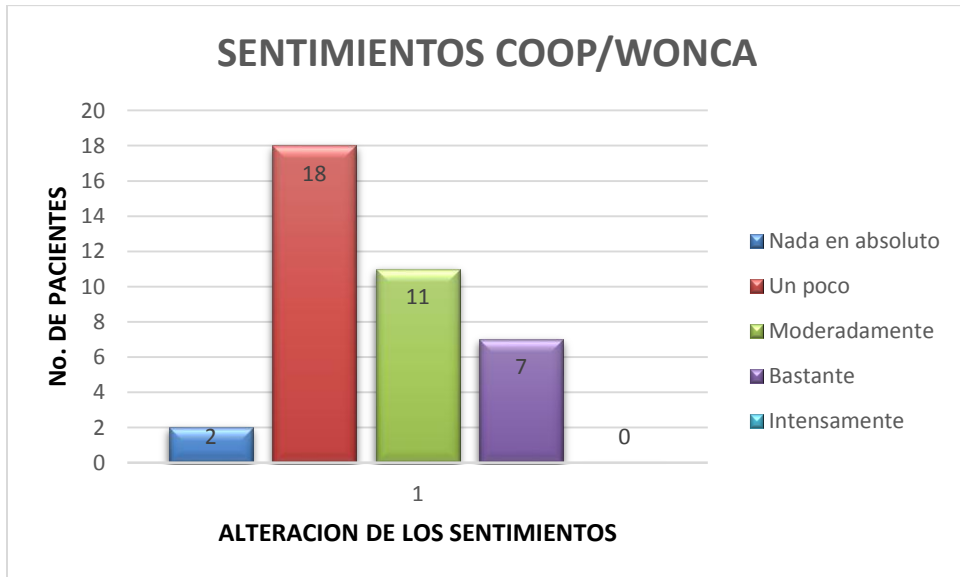
Gráfica 4. Distribución de los pacientes por estado civil
Cuestionario de recolección de datos



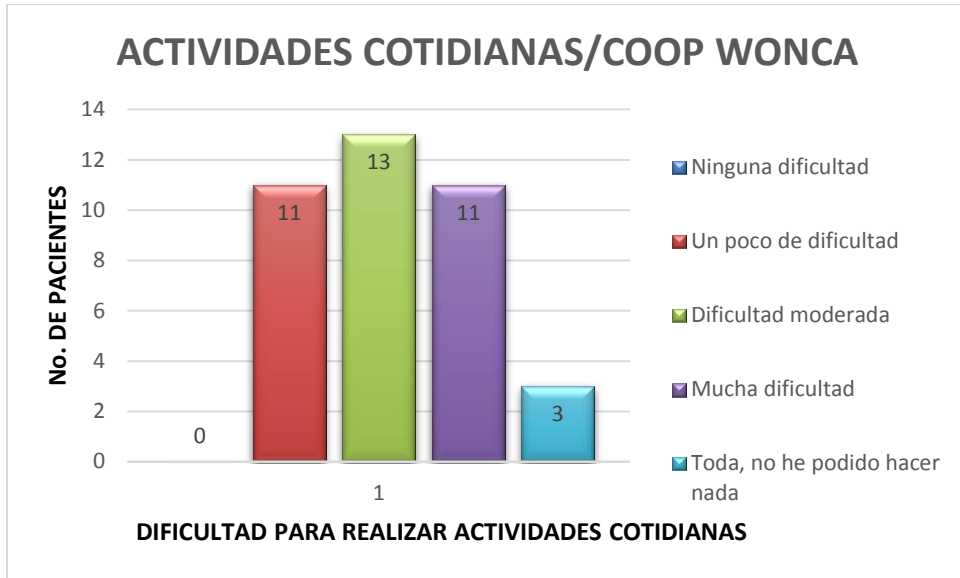
Gráfica 5. Distribución de pacientes por etiología de lumbalgia crónica.
Cuestionario de recolección de datos



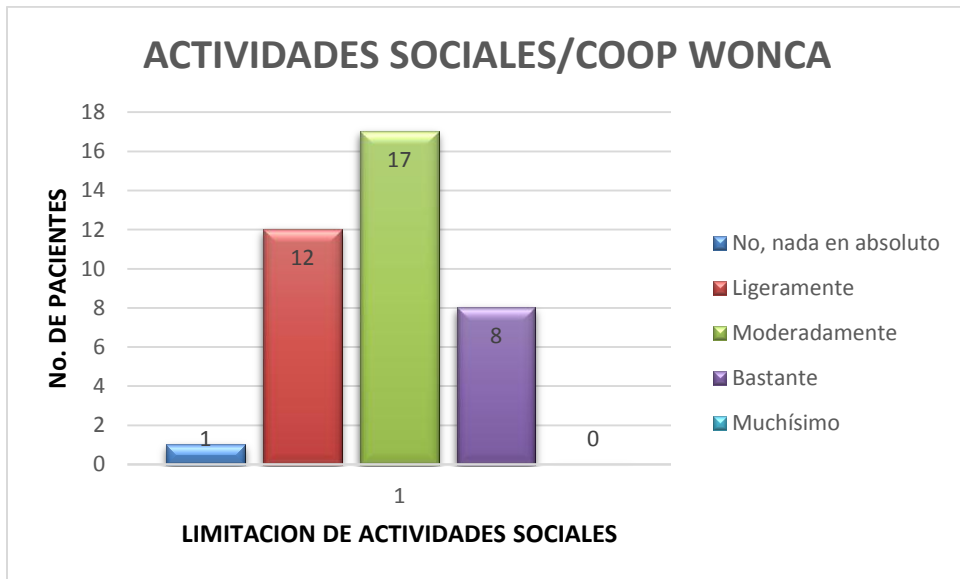
Gráfica 6. Valoración de la actividad física del cuestionario COOP WONCA
Cuestionario COOP WONCA



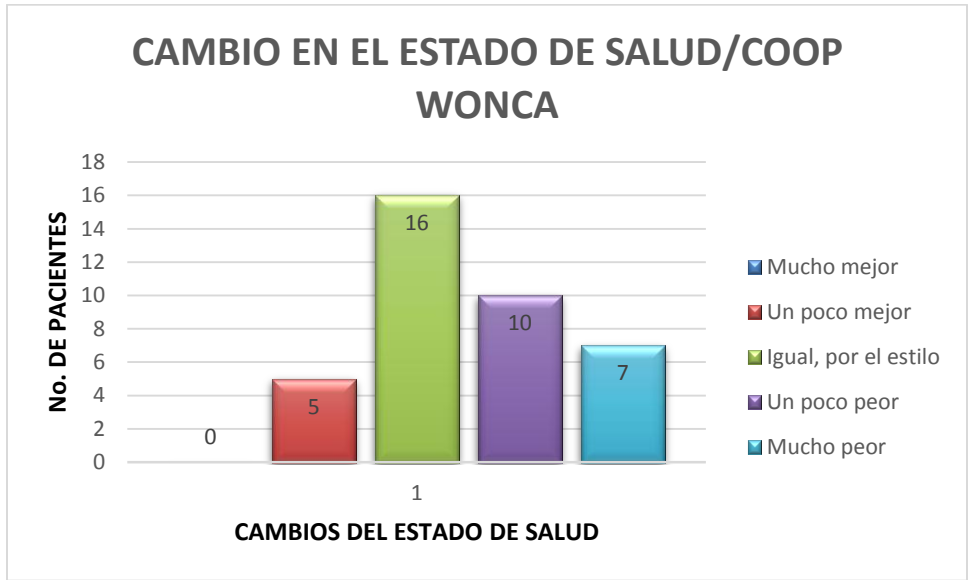
Gráfica 7. Valoración de los sentimientos del cuestionario COOP WONCA
Cuestionario COOP WONCA



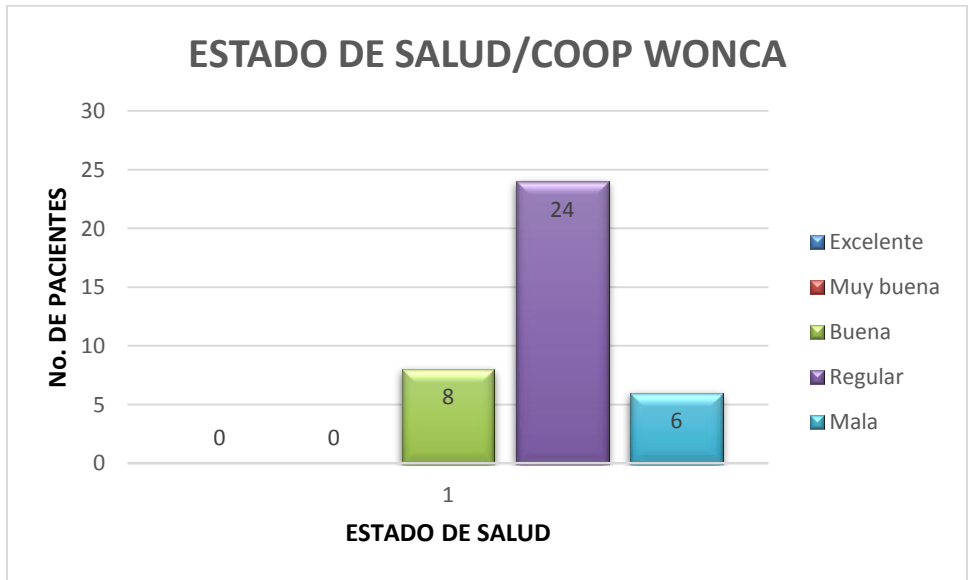
Gráfica 8. Valoración de las actividades cotidianas del cuestionario COOP WONCA
Cuestionario COOP WONCA



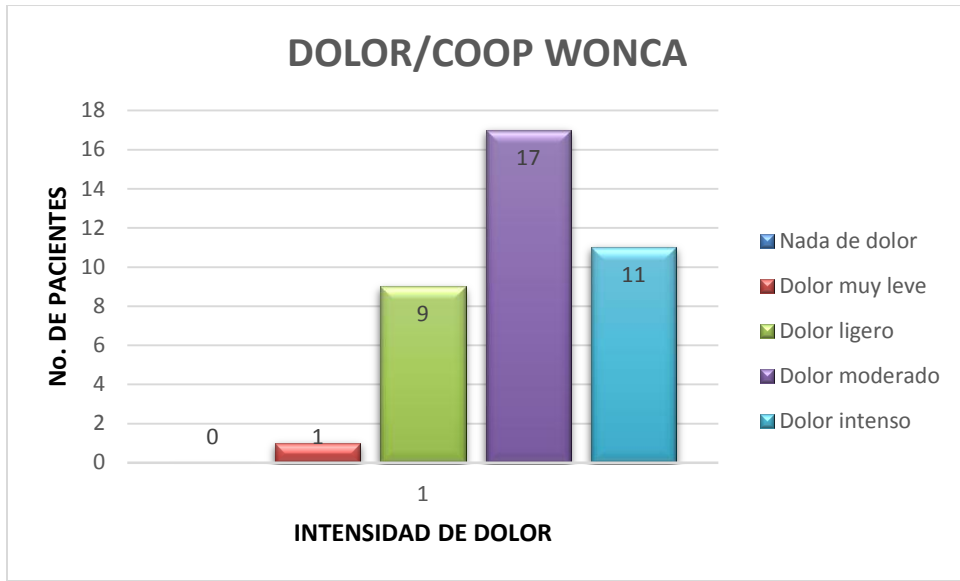
Gráfica 9. Valoración de las actividades sociales del cuestionario COOP WONCA
Cuestionario COOP WONCA



Gráfica 10. Valoración del cambio en el estado de salud del cuestionario COOP WONCA
Cuestionario COOP WONCA



Gráfica 11. Valoración del estado de salud del cuestionario COOP WONCA
Cuestionario COOP WONCA



Gráfica12. Valoración del dolor del cuestionario COOP WONCA
Cuestionario COOP WONCA

DISCUSION

En el presente estudio se encontró predominio del sexo masculino con un 58%, de acuerdo a las Guías clinicoterapéuticas del ISSEMyM ⁽¹⁰⁾ existe una concordancia, reportando una relación masculino: femenino de 3 a 1; datos contrarios a lo que reporta Hoy y Cols ⁽⁴⁾ así como Ordoñez y Cols ⁽⁹⁾ con una prevalencia en el sexo femenino de 64% y 71% respectivamente.

Al analizar la prevalencia de Lumbalgia de acuerdo a grupo de edad, se encontró que esta es mayor en los grupos de edad de 31 a 50 años, lo cual coincide con Ordoñez y Cols (9); en donde se menciona la prevalencia de lumbalgia crónica en un rango de edad de 20 a 59 años; al realizar la comparación de rango de edad con respecto al género, se encuentra que en edades avanzadas después de los 40 años, aumenta la prevalencia en el sexo femenino; como lo menciona Hoy y Cols (4), lo anterior puede estar relacionado a los cambios que presenta la mujer durante el embarazo, a la presencia de osteoporosis.

De acuerdo a la ocupación, se encontró una mayor prevalencia en trabajadores en servicio personales y vigilancia (31.57%), seguido de los profesionistas y técnicos y en tercer lugar en aquellos que realizan diversas actividades de apoyo, clasificación en donde por conveniencia se incluye a las mujeres dedicadas al hogar. Lo anterior coincide con el estudio realizado por Ordoñez y Cols (9), en donde encontraron que un 56% de la población estudiada con lumbalgia, refería actividad física laboral leve o con estados de sedestación prolongados. Dentro del ISSEMyM, la mayor parte de los derechohabientes provienen de Seguridad Pública y del Magisterio del Estado, motivo por el que se ven más casos en policías y profesores; en general dentro de las actividades que realizan es estar tiempos prolongados en una sola posición.

En cuanto a la etiología de la lumbalgia crónica, la mayor prevalencia se encontró en la de tipo degenerativo con un 52.6% de los pacientes, seguido de causas inespecíficas con un porcentaje de 18.4, contrario a lo que describe Ayats y Cols (11) donde mencionan 80% como causa inespecífica y en segundo lugar asociado a lumbalgia degenerativa con un 13%.

En la distribución de pacientes por estado civil, se encontró una mayor prevalencia en los pacientes casados y en menor porcentaje se encontraron a los pacientes viudos, lo cual es concordante con lo descrito por Castellano y Cols ⁽²⁵⁾, donde reportan que el 69.9% de los pacientes son casados y 3% corresponde a los pacientes viudos.

Dentro de las dimensiones para valorar la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia crónica se encontró una mayor alteración en la actividad física, detectando que un 36.% de los pacientes solo puede realizar actividad física ligera, seguido de aquellos que pueden realizar actividades en forma moderada 28.9%, lo referente al estado de salud los pacientes lo califican como regular 63.1% y dolor en las últimas dos semanas en un 44.7%, lo que condiciona que disminuya la actividad física en este tipo de pacientes. Lo anterior se relaciona por lo descrito por Castellano y Cols ⁽²⁵⁾, en donde describen mayor afectación de los aspectos físicos y funcionales, obteniendo además puntuaciones medias-altas de dolor percibido, capacidad funcional y bajas en lo referente a la sintomatología ansioso-depresiva. Méndez y Cols ⁽²³⁾, observaron que las esferas más afectadas fueron la movilidad física y el dolor con valores de 37.7 (DS 14.9) y 37.6 (DS 8.1), respectivamente.

Lo relacionado a actividades cotidianas y actividades sociales, se encontró que en su mayoría se ven afectados en forma moderada, con un 34.2% y 44.7%, respectivamente, a pesar de llegar a tener dolor de moderada a gran intensidad han logrado tolerar el mismo, como lo describe Castellano y Cols ⁽²⁵⁾ es posible que los pacientes hayan desarrollado una cierta adaptación a su problemática, que los lleva a desarrollar actividades que en las fases agudas habían dejado de hacer.

Por otro lado las dimensiones menos alteradas fue la de sentimientos, que se relaciona con estado de ansiedad y depresión, en este estudio ningún paciente refirió tener alteraciones intensas, solo el 18.4% lo considero como bastante alterado; un 47.3% de los pacientes refirieron un poco de alteración en sentimientos de ansiedad y depresión; en contraste Vargas y Cols (24) señalan hasta 70% de las pacientes con dolor intenso asociado a trastornos de ansiedad y depresión.

CONCLUSIONES

De acuerdo a este estudio se pudo observar que la percepción sobre su calidad de vida que tienen los pacientes con Lumbalgia Crónica estuvo deteriorada principalmente en las siguientes dimensiones; actividades físicas en un 36.8 %, dolor en un 44.7 % y actividades de la vida diaria en un 34.2 %. En menor proporción quedaron las dimensiones de sentimientos con 18.44 %, actividades sociales con un 21 %, cambios del estado de salud con 18.4 % y la percepción Estado de salud actual con un 15.7 %. Siendo el sexo masculino el más afectado en un 58% y el grupo con mayor prevalencia de Lumbalgia para ambos sexos es el de 31 a 40 años.

Considerando que la Lumbalgia crónica tiene una mayor prevalencia en la población productiva afiliada a esta institución y además de que los pacientes más afectados se encuentran casados, nos orienta a indagar por una parte las repercusiones laborales y económicas que se presenten ante el otorgamiento de incapacidades, por otra parte al ser una padecimiento crónico, las consecuencias que puedan presentarse en el núcleo familiar, podría ser una nueva línea de estudio.

También se pudo observar que este grupo de pacientes acude al área de urgencias, secundario al difícil acceso para obtener una consulta en las clínicas o consultorios de Medicina Familiar, como consecuencia de la falta de instalaciones suficientes para la atención primaria y el poco personal médico que labora dentro de las mismas.

Una limitante para la realización de este estudio fue; el área en donde se llevó a cabo, el tamaño de la población, datos de un solo consultorio, de un solo turno. Para poder generalizar este estudio hay que ampliar la investigación a todas las Unidades de atención primaria del ISSEMyM, en un porcentaje representativo de consultorios, de derechohabientes, ambos turnos e inclusive a otros niveles de atención médica y otras instituciones de seguridad social.

Si bien el cuestionario COOP WONCA, es internacionalmente reconocido debido a que se caracteriza por su brevedad, facilidad de comprensión y por presentar adecuados criterios métricos de calidad, nos limitó para realizar una interpretación integral, ya que los datos solo permiten evaluar dimensiones separadas. En Medicina Familiar un pilar es la visión Integral, aunque el cuestionario engloba 7 dimensiones no califica la Calidad de vida como un todo. Es quehacer del Médico Familiar realizar esta valoración holística de los pacientes, así como dar continuidad a la atención médica y realizar anticipación al riesgo. En los pacientes con lumbalgia de primera vez, es importante disminuir sus factores de riesgo; sobrepeso, obesidad, malas posturas tanto

en las áreas laboral como en el hogar, identificar tabaquismo, estrés, ansiedad y depresión, para evitar las cronicidad, la afectación laboral y familiar.

Con lo anterior se propone lo siguiente:

1. Fomentar en todo el personal médico de primer nivel de atención, estrategias para promover la prevención de Lumbalgia aguda y crónica, detectando factores de riesgo en forma oportuna y dando orientación acerca de Higiene de Columna a los derechohabientes.
2. Aumentar el número de clínicas de Medicina Familiar, así como la matrícula de Médicos Familiares, para lograr una atención integral del paciente y su familia.
3. De acuerdo a lo encontrado en otros estudios, en donde se observa una mejor calidad de vida en aquellos pacientes que son sometidos a rehabilitación, sería necesario que se incluyera este servicio dentro de las instalaciones de los tres niveles de atención del ISSEMyM.
4. Este estudio deja abiertas nuevas líneas de investigación en el ámbito de valoración de repercusión de incapacidades otorgadas, evaluación del estado emocional; así como valorar la funcionalidad familiar. Además sería conveniente ampliar el universo de estudio dada la alta prevalencia de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guevara LU, Covarrubias GA, Elias DJ, Reyes SA, Rodríguez RT. Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. *Cir Cir*; 2011. 2(79): 286-302.
2. Ruviere H, Delmas A. Anatomía humana, descriptiva, topográfica y funcional. Tomo II, Décima Edición. Edit. Masson Barcelona 1999: 9-26, 40-45,72-84.
3. León EM, Castillo SM. Prevención, tratamiento y rehabilitación del dolor de espalda. 1ra edición. Edit. Alcala, España: 77 - 85.
4. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et. Al. A systematic Review the global Prevalence of low Back Pain. *Arthritis & Rheumatism*. Junoo 012. 64 (6): 2028-2037.
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad: 6.
6. Avila RJ, Reyes RV. La obesidad y el sobrepeso, su efecto sobre la columna lumbar. *Revista Mexicana de Neurociencia*. Mayo-Junio 2009; 10 (3): 220-223.
7. Salinas PM. Factores que desencadenan dolor lumbar. *Salud, Sexualidad y Sociedad* 3(1), 2010: 3-5.
8. Covarrubias GA. Lumbalgia: Un problema de salud pública. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Abril-Junio 2010 33(1): 106-109.
9. Ordoñez HA, Durán HS, Hernández LJL; Castillejos LM. Asociación entre actividad laboral con gran demanda de esfuerzo físico y lumbalgia. *Acta Ortopédica Mexicana* Enero- Febrero 2012; 26(1): 21-28.
10. Síndrome Doloroso de la Columna Vertebral. Guías clínicoterapéuticas para servicios del primer nivel de atención médica. ISSEMyM. 2006: p.p 3.
11. Ayats D E, Lastra G R, Oliver A B. Enfoque diagnóstico y terapéutico del a lumbalgia crónica. *Dolor* 2011; 26: 76 – 85.
12. Vargas MJ, Nogales OS. Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 2011. 5(1): 41-47.
13. Rivas HR, Santos CC. Manejo del síndrome doloroso lumbar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2010 26(1): 117-129.
14. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud. 2009.
15. León EM, Castillo SM. Prevención, tratamiento y rehabilitación del dolor de espalda. Cuarta Edición. Editorial formación ALCALA. España 2006: 102-107.
16. Gasic BM. Neuroortopedia clínica. Primera Edición. Editorial Mediterraneo. Chile. 2002: 130-158.
17. Rueda E, Cantos, MJ.; Valdivia, PA y Martínez-Fuentes J. Effectiveness of Health Education in Low Back Pain in Adults. *Journal of Health Research*. España 2011; 3(2): 101-112.

18. Urzúa MA. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. Med. Chile 2010; 138: 358-365.
19. Cartas US, Hernández CI, De Armas HA, Ulloa AA. Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. Volumen XVI, Número 2; 2014: 76-89.
20. Lizán TL. Reig FA. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Atención Primaria 2002; 29(6): 378-384.
21. Delitto A. Steven ZG. Linda VD. Et.al. Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines. J Orthop, Sport Phys Ther. 2012; 42 (4): A1-A57.
22. Urzúa MA. Caqueo UA. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. 2012; 30(1): 61-67.
23. Méndez CA. Puentes MC. Domínguez GE. Calidad de vida en adultos mayores con hernia discal lumbar. Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2011; 8 (1): 20-31.
24. Vargas MJ, Nogales OS. Lumbalgia inespecífica: Condición emocional y calidad de vida. Centro Regional de Investigación en Psicología. Volumen 5, No, 1, 2011: 41-47.
25. Castellano Tc. Costa RG, Lusilla PP, Barnola SE. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. Apuntes de Psicología. Vol 32, No. 1 2014: 28-36.
26. Martínez LM, Reyes O. J. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar mecánico tratados con Medicina Manual Osteopatía. Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación. Volumen 19 No.2 / Julio - Diciembre 2009 / Paginas 48 – 54.
27. Chicharo SE. Dolor lumbar. Editorial Alfil. Primera edición. México. 2006: 37-72.
28. Paloma CM, Hueso MC, Pleguezuelos NH. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. Medicina y seguridad del trabajo. 2012. 58 (226) 35-48.

ANEXOS



CENTRO MEDICO ISSEMyM ECATEPEC
AV. DEL TRABAJO S/N, COL. EL CARMEN
ECATEPEC DE MORELOS,
ESTADO DE MÉXICO



INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES QUE PADECEN LUMBALGIA CRONICA

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD COOP/WONCA

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas, puede apoyarse en las imágenes para cada pregunta, recuerde que solo puede elegir una opción. GRACIAS

Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Causa _____ de _____ Lumbalgia _____ crónica:

I. Durante las últimas dos semanas ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos?

1. Muy intensa (Correr de prisa)
2. Intensa (Correr con suavidad)
3. Moderada (Caminar a paso rápido)
4. Ligera (Caminar despacio)
5. Muy ligera (caminar muy lentamente o no poder caminar)

II. Durante las últimas dos semanas ¿En que medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desánimo?

1. Nada en absoluto
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Intensamente

- III. Durante las últimas dos semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?
1. Ninguna en absoluto
 2. Un poco de dificultad
 3. Dificultad moderada
 4. Mucha dificultad
 5. Todo, no he podido hacer nada
- IV. Durante las últimas dos semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
1. No, nada en absoluto
 2. Ligeramente
 3. Moderadamente
 4. Bastante
 5. Muchísimo
- V. ¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace 2 semanas?
1. Mucho mejor
 2. Un poco mejor
 3. Igual, por el estilo
 4. Un poco peor
 5. Mucho peor
- VI. Durante las últimas 2 semanas como califica su salud general?
1. Excelente
 2. Muy buena
 3. Buena
 4. Regular
 5. Mala
- VII. Durante las últimas dos semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?
1. Nada de dolor
 2. Dolor muy leve
 3. Dolor ligero
 4. Dolor moderado
 5. Dolor intenso

PREGUNTA 1

Forma física

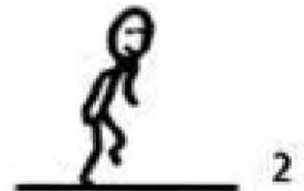
Durante las dos últimas semanas...

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, dos minutos?

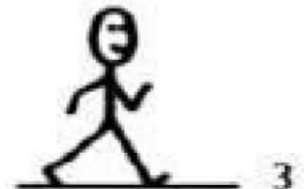
Muy intensa
(p.ej.: correr de prisa)



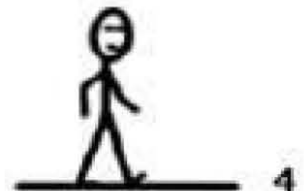
Intensa
(p.ej.: correr con suavidad)



Moderada
(p.ej.: caminar a paso rápido)



Ligera
(p.ej.: caminar despacio)



Muy ligera
(p.ej.: caminar lentamente o no poder caminar)



PREGUNTA 2

Sentimientos

Durante las dos últimas semanas....

¿En que medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y de ánimo?

Nada, absoluto



1

Un poco



2

Moderadamente



3

Bastante



4

Intensamente



5

PREGUNTA 3

Actividades cotidianas

Durante las dos últimas semanas

¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad



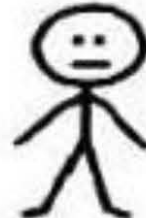
1

Un poco de dificultad



2

Dificultad moderada



3

Mucha dificultad



4

Toda, no he
podido hacer nada



5

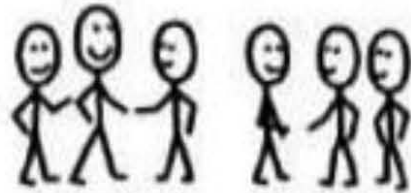
PREGUNTA 4

Actividades sociales

Durante las dos últimas semanas...

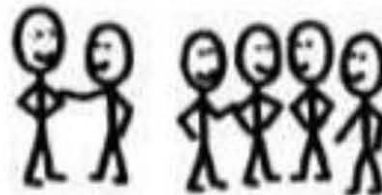
¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada en absoluto



1

Ligeramente



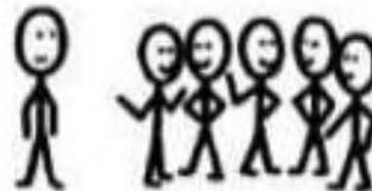
2

Moderadamente



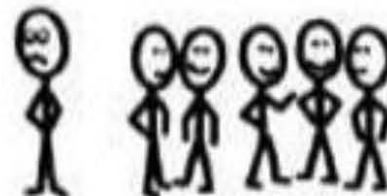
3

Bastante



4

Muchísimo



5

PREGUNTA 5

Cambio en el estado de salud






¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor	↑↑	+++	1
Un poco mejor	↑	+	2
Igual, por el estilo	↔	=	3
Un poco peor	↓	-	4
Mucho peor	↓↓	--	5

PREGUNTA 6

Estado de salud

Durante las dos últimas semanas...
¿Cómo calificaría su salud, en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

PREGUNTA 7

Dolor

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuánto dolor has tenido?

Nada de dolor

Dolor muy leve

Dolor ligero

Dolor moderado

Dolor intenso



1



2



3



4



5