



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
PLAN UNICO DE ESPECIALIZACIONES MÉDICAS

Facultad de Medicina



IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE POSTURAL ENFOCADO A LA CALIDAD DE VIDA ANTE LUMBALGIA AGUDA

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Investigador Asociado:
Mario Arturo Quezada Gonzalez

Médico Residente de Tercer Año
Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94
Matrícula: 97360040
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia: Casas Alemán CP: 07580, GAM D.F.
Teléfono: 241179550
Correo electrónico: zyan.fck@hotmail.com

Investigador Asociado:
Dr. Héctor Ramírez Zaragoza

Matrícula: 993647924
Médico cirujano especialista en Medicina Familiar
Profesor de la especialidad de Medicina Familiar UMF No. 94
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia: Casas Alemán CP: 07580, GAM D.F.
Teléfono: 57672799, Extensión 21407
Correo electrónico: hectorfrancisco_17@gmail.com

Investigador Responsable:

Dra. Esther Azcárate García

Profesor titular de Medicina Familiar UMF No. 94
Matrícula: 99362280
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia: Casas Alemán CP: 07580, GAM D.F.
Teléfono: 575742899, Extensión 21407
Correo electrónico: esther.azcarate@gmail.com

Ciudad Universitaria, CdMx, 2019



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.

**IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE POSTURAL
ENFOCADO A LA CALIDAD DE VIDA ANTE LUMBALGIA AGUDA**

AUTORIZACIONES

Dr. Ricardo Miguel Reyes
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

Dr. Alejandro Sotelo Garnica García
Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS

Dra. Esther Azcárate García
Profesora Titular del Curso en Especialidad en Medicina Familiar
UMF. 94 del IMSS

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme culminar una meta más en la vida, cuidándome y cuidando a mi familia durante los tres años que permanecí fuera de mi hogar, mostrándome la luz en cada encrucijada que he tenido.

A mi esposa Ariana Montes:

Porque también eres parte de este proyecto, siendo tú quien me impulsa día tras día, soportando el desvelo y la distancia, tomándome de la mano en todo momento para continuar en la vida y hacer realidad las ilusiones.
Por tu infinito amor te doy las gracias.

A mis padres, hermano y suegros:

Por darme la oportunidad de estudiar esta noble profesión, otorgándome su apoyo en cada paso que he dado y ser ejemplos e inspiración para lograr las metas que uno se propone, que no importa cuanta adversidad pudiese encontrar uno siempre habrá una solución para seguir adelante.
Porque mis sueños y logros también son los suyos.

A mis profesores Esther Azcárate y Rodrigo Villaseñor:

Fomentadores del estudio, responsabilidad y respeto, quienes me dieron la confianza para realizar una especialidad ya que sin sus enseñanzas nada de esto hubiese sido posible.

INDICE

Contenido

Resumen	6
Introducción	7
Marco Teórico	8
Antecedentes Científicos	18
Justificación	19
Planteamiento del Problema	20
Pregunta de Investigación	21
Hipótesis	21
Objetivos	21
General	21
Específicos	21
Especificación de las Variables	21
Material y métodos	22
Universo de Trabajo	22
Población de Estudio	22
Muestra en Estudio	22
Determinación del Tamaño de la Muestra	22
Lugar donde se desarrollará el estudio	22
Diseño del estudio	22
Procedimiento Para Integración de la Muestra	23
Procesamiento de los datos	23
Análisis estadístico	23
Tipo de muestreo	23
Programa de trabajo	23
Criterios de selección	24
Hoja de recolección de datos	24
Descripción del instrumento de medición	24
Recursos	26
Difusión del estudio	26
Consideraciones éticas	26
Riesgo de la investigación	26
Contribuciones y beneficios de estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto	27
Confidencialidad	27
Condiciones para el consentimiento informado	27
Forma de selección de los participantes	27
Balance riesgo beneficio	27
Resultados	28
Análisis de Resultados	31
Conclusiones	32
Sugerencias	32
Bibliografía	33

Anexos	35
Cronograma de actividades	35
Instrumento de evaluación	36
Consentimiento informado	42

IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE POSTURAL ENFOCADO A LA CALIDAD DE VIDA ANTE LUMBALGIA AGUDA

Azcárate-García Esther*

Ramírez Zaragoza Héctor**

Quezada Gonzalez Mario Arturo***

Antecedentes: la lumbalgia representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica. En el Instituto Mexicano del Seguro Social constituye la octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas en el primer nivel de atención, resaltando que la calidad de vida se ve afectada en el paciente con lumbalgia ya que esta patología influye en las actividades de la vida cotidiana destacando que podría haber un descenso en cuanto a los años de vida laboral.

Objetivo: evaluar el impacto del programa educativo en la calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda.

Materiales y métodos: estudio prospectivo, longitudinal, comparativo, cuasiexperimental, en el cual se creó un grupo de estudio integrado por pacientes de 18 a 59 años de edad adscritos a la UMF 94 IMSS, con diagnóstico de lumbalgia aguda, aplicando el cuestionario SF-36 de calidad de vida previo y posterior a un taller de higiene postural, comparando ambos resultados y registrándolos mediante gráficos y tablas.

Resultados: Con un total de 30 participantes, el 63% de la población estudiada portadora del diagnóstico de Lumbalgia Aguda fue del género femenino mientras que el 37% era del masculino. En la aplicación inicial del cuestionario SF-36 se encontró que la calidad de vida de los pacientes era de regular a buena y posterior a la aplicación de la estrategia educativa de higiene postural se encontró una mejoría de la calidad de vida de buena a excelente.

Conclusión: El género con mayor predisposición a presentar un cuadro de dolor lumbar agudo es el femenino probablemente asociado a las actividades de la vida diaria que se desarrollan tanto en el ámbito laboral como dentro del hogar, con una prevalencia mayor entre los 40 a 49 años de edad. La higiene postural debería ser una práctica de la vida diaria de las personas en general, ya que se podría limitar el daño ocasionado en la salud de la población no solo en cuestión física sino también el aspecto psicológico.

Palabras clave: lumbalgia, calidad de vida, higiene postural.

* Médico Familiar. Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF. 94 del IMSS

**Médico Familiar. Profesor de la Residencia de Medicina Familiar UMF. 94 del IMSS

***Médico Residente de Medicina Familiar UMF. 94 del IMSS

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica; afecta a población en edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. Se estima que el 60-70% de las personas adultas presentan un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida y existe evidencia de que representa una de las principales causas de limitación física en sujetos menores de 45 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social constituye la octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas en el primer nivel de atención.^{1, 2}

El abordaje de esta patología es complejo, ya que tanto en el origen como en la respuesta al tratamiento y al pronóstico, intervienen factores físicos, psicológicos, sociales y laborales; lo cuales en su conjunto pueden derivar en una causa frecuente de ausentismo laboral ya que a menudo los pacientes entienden que el término lumbalgia es sinónimo de minusvalía, de fragilidad y de cambio de categoría profesional o, incluso, de pérdida del empleo.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y en específico de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, no existe un programa educativo enfocado en el primer nivel de atención que se encargue de ayudar al paciente con lumbalgia en un enfoque de enseñanza de higiene postural con el fin de disminuir la morbilidad ocasionada por esta enfermedad así mismo como disminuir el número de recaídas que podría presentar el paciente con esta patología a lo largo del resto de su vida.

Es importante resaltar que la calidad de vida se ve afectada en el paciente con lumbalgia ya que dicha patología influye en las actividades de la vida cotidiana destacando que podría haber un descenso en cuanto a los años de vida laboral; sin embargo al aplicarse un programa educativo de higiene postural de manera correcta dichos años de vida laboral podrían ser equiparables o incluso superiores en comparación con los de una persona sana con lo cual se disminuiría el número de consultas que ocasiona esta enfermedad.

MARCO TEORICO

Definición

La lumbalgia, es el dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las ultimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificulta las actividades de la vida diaria y que pueden causar ausentismo laboral.¹

La Asociación Internacional para el estudio del dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en los términos de dicho daño. El dolor, es subjetivo y varía de un individuo a otro.

Tiene una alta prevalencia y un gran impactó individual, laboral, social y económico. El dolor aumenta con la edad, el 42,6% de la población mayor de 65 años lo padece o ha padecido. Se considera que ente el 60 y el 80% de los adultos han sufrido o sufrirán dolor vertebral de manera que se puede atribuir un coste económico importante. El dolor lumbar es causado hasta en 97% de los casos por alteraciones mecánicas de la columna.²

Propiamente la lumbalgia se ha definido como la afección caracterizada por un conjunto de signos y síntomas localizado en la zona lumbar siendo el dolor la manifestación de mayor importancia.¹

Desde el punto anatómico corresponde a la localización de las vértebras y desde el punto de vista clínico es localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias con o sin limitación funcional y que en la mayoría de los casos se acompaña de una contractura muscular, que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral.²

En base a las Guías de Manejo del dolor de Espalda Baja o lumbalgia propuestas por la Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología (COST) se ha propuesto la siguiente definición: Aquella sensación dolorosa o no confortable, localizada por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra) que puede irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos.²

Cerca del 90% de los casos se resuelven en 6 semanas sin embargo alrededor del 2 a 7% de los pacientes con lumbalgia presentaran dolor crónico. Muchas veces es difícil identificar la causa exacta de dolor lumbar ya que a menudo es multifactorial, aunque casi siempre hay cambios degenerativos en la columna lumbar.³

Los síntomas y apariencias radiológicas son poco correlacionados ya que el dolor no se puede atribuir a la patología de invasión neurológica en aproximadamente 85

% de los pacientes. Se sugiere un papel importante de la genética sobre la aparición del dolor en la región de la espalda, a partir de una reciente investigación.³

Para comprender la fisiopatología de la lumbalgia es necesario recordar que la columna está constituida por piezas óseas superpuestas llamadas vertebras, cuyo número varia de 33 a 34 piezas. Comprende 4 porciones que de arriba hacia abajo son: 7 vértebras cervicales, 12 torácicas o dorsales, 5 lumbares y 9 a 10 sacras o coxígeas.³

Las vértebras están constituidas por un cuerpo, masa ósea que forma su parte anterior, y un macizo apofisiario, situado detrás del cuerpo. Ambos se encuentran unidos por dos columnas anteroposteriores: los pedículos del arco vertebral, que contribuyen a delimitar ambos lados al foramen vertebral.³

Las vértebras lumbares son sólidas y móviles al mismo tiempo. Constan de un cuerpo muy voluminoso. Su diámetro transversal es mayor que el anteroposterior. Los pedículos emergen de los ángulos anteroposteriores del cuerpo y se dirigen de adelante hacia atrás. Su escotadura inferior es mucho más marcada que la superior. Las láminas son espesas y cuadriláteras. Son oblicuas de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás. Más altas que anchas. Por su ángulo supero-lateral se unen al pedículo y a la apófisis articular superior; en su ángulo inferior y lateral se implanta la apófisis articular inferior. La apófisis espinosa es cuadrilátera y robusta, se dirige en sentido horizontal hacia atrás; sus caras laterales son sagitales y rugosas. El borde posterior es más espeso y rugoso, tiene en su parte inferior un tubérculo que representa el vértice de las apófisis. Las apófisis transversas o costales son abultadas y transversales. Se distinguen las apófisis articulares superiores por ser excavadas, situadas por detrás y por encima de la apófisis costal, orientadas hacia atrás y medialmente; las inferiores son cilindroides, convexas, orientadas en sentido lateral y ligeramente hacia delante. El foramen vertebral es triangular de lados iguales y relativamente pequeño pues, a partir de la segunda vértebra lumbar solo contiene las raíces espinales inferiores y sus envolturas. Además en las vértebras lumbares también se describen las apófisis mamilares (una de cada lado) situadas laterales a la raíz de la apófisis articular superior además de las apófisis accesorias que se hayan detrás de la raíz de cada apófisis transversa.²

Los músculos en relación con la columna vertebral actúan como los obenques de un mástil “contráctiles y con tono vigilante”. La actividad muscular debe ser fuerte en la posición de pie para que el ser humano se pueda mantener durante un tiempo en la misma posición.⁴

Estudios han intentado cuantificar la importancia específica de cada musculo, para permitir la estabilización del tronco, han demostrado que la coactivación de los músculos paraespinales ayuda a la estabilización de la columna y a la conservación de esta para tolerar cargas.⁴

La estabilidad es un proceso dinámico, que combina posiciones estáticas y movimientos controlados. La estabilidad depende de la acción de los músculos del

tronco, ubicados en las paredes anteriores, posteriores o laterales, que deben contraerse, variar en intensidad, para crear una fuerza balanceada, que asegura la estabilidad bajo condiciones distintas condiciones de posición instantánea, velocidad y carga aplicada sobre la columna. La musculatura paraespinal desempeña un papel clave por que proporciona estabilidad durante las tareas dinámicas, por lo que en presencia de una musculatura estabilizadora débil, otras estructuras producen mayor movilidad, y en rangos extremos, que provoque lesiones, o incluso cambios degenerativos, producirán dolor.⁴

La columna vertebral puede realizar 5 movimientos: flexión, extensión, inclinación lateral, rotación y circunducción.⁴

Durante la flexión se asiste a los siguientes desplazamientos entre 2 vertebras adyacentes: primero se da una separación de las apófisis espinosas, seguido con un aplastamiento del disco intervertebral en su parte anterior y un deslizamiento de las apófisis articulares entre sí.⁴

En extensión los desplazamientos suceden en sentido inverso a la flexión. La limitación de estos movimientos se produce; en la flexión, por la tensión de los ligamentos posteriores, y en la extensión por el contacto de las apófisis articulares de las vértebras adyacentes, por ello el movimiento de extensión es más limitado.⁴

La flexión está asegurada por los músculos abdominales, rectos, oblicuos y transversos que poseen una acción preponderante. La extensión se realiza con la participación de los músculos erectores de columna en su totalidad.⁴

La inclinación se realiza alrededor de un eje anteroposterior que pasa por el conducto vertebral. Aquí el disco se desplaza en su parte lateral, se separa del lado opuesto y produce un desplazamiento de las superficies articulares posteriores.⁴

La rotación se produce como consecuencia de la torsión de las vértebras alrededor de un eje vertical. Se debe al desplazamiento que se produce entre 2 vertebras adyacentes y que es limitado por las apófisis articulares y de sus superficies, en especial a nivel de la columna lumbar.⁴

La circunducción resulta de la combinación de los movimientos anteriores.⁴

Muchas lumbalgias se deben a las fuerzas que se ejercen sobre la columna lumbar a través de movimientos o incluso con la adopción de posturas perniciosas en reposo.⁴

La principal función de las articulaciones es la de pivote, también soportar cargas importantes dependiendo de la movilidad de la columna de acuerdo a cada persona.⁵

Los receptores nociceptivos son el origen de la sensación dolorosa lumbar. En condiciones normales, los movimientos fisiológicos de la columna lumbar no son

percibidos como dolorosos, y ello es debido a que el grado de estímulos dolorosos de estos receptores es alto. Debido a una serie de condiciones patológicas como por ejemplo en la compresión, estiramiento, torsión, son liberadas sustancias inflamatorias, esas actúan sobre los nociceptores, disminuyendo su umbral doloroso y así los movimientos naturales de la columna lumbar son percibidos como dolorosos o displacenteros.⁶

El disco intervertebral es una estructura avascular, y sus componentes, las proteínas, nunca se han expuesto al sistema inmunitario. Según Olmaker y et. al, el núcleo pulposo, al herniarse, muestra propiedades inflamatorias, y se ha comprobado que este tejido incrementa la permeabilidad vascular, además de traer leucocitos al área lesionada. Se han detectado varias citosinas en los discos herniados, así como acumulaciones de macrófagos y leucocitos.⁷

También se ha demostrado que existen mediadores químicos de la inflamación tales como la bradicinina, la serotonina y las prostaglandinas E2, sustancias que provocan dolor. Un estudio realizado en individuos sanos demostró que la inyección intradérmica de bradicina provoca dolor, edema y eritema en la zona inyectada. La inyección subdérmica de prostaglandina y bradicinina provocan mayor dolor que cuando estos productos son inyectados por separado. La aspirina, un conocido inhibidor de la síntesis de prostaglandinas, es un excelente analgésico y este efecto se debería a que previene la sensibilización de los receptores nociceptivos por la prostaglandina.^{7,18}

Además de los procesos inflamatorios, las estructuras lumbares, y en especial los cartílagos, siguen el proceso de degeneración propio de la artrosis que con factores como la edad y obesidad se agrava. Aunque el origen de la artrosis lumbar, y en especial la degeneración discal no está bien establecido, en un principio se atribuyó al ambiente, a través de fuerzas biomecánicas ejercidas sobre la columna lumbar, sin embargo autores como Baltie et al, la degeneración discal se debe a factores genético y factores no previamente identificados.⁸

Derivado de diversos estímulos mecánicos y químicos se produce en las neuronas aferentes sustancia que se denominan neuropeptidos. La sustancia P la más conocida de los neuropeptidos, modula y transmite señales dolorosas. Nakamura-Cray y Smith realizaron un estudio donde inyectando esta sustancia en patas de ratas se crea un efecto de hiperalgesia.⁸

Según diversos autores el 25% de las cargas axiales es absorbida por estas estructuras, pero si la columna se hiperextiende estas articulaciones reciben el 30% de la carga, y también se ven afectadas en los movimientos de flexorotación anterior.²

En los últimos años, mediante estudios epidemiológicos exhaustivos, los expertos del Institut for occupational health y Safety (NIOSH) se ha comprobado como una serie de movimientos, al recoger objetos del suelo provoca lumbalgia, que genera

una serie de alteraciones biomecánicas que al alterar el equilibrio de la función de las articulaciones provocan lesión estructural sobre las mismas. ²

Los principales movimientos generadores de lumbalgia según el NIOSH, son: Movimientos en flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico duro con repetición, trabajo en un medio con vibraciones y trabajo en posturas estáticas. ²

La lumbalgia representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica; afecta a población en edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. Se estima que el 60-70% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida y existe evidencia de que representa una de las principales causas de limitación física en sujetos menores de 45 años. ⁸

Cabe mencionar que el dolor crónico afecta a un cuarto de la población general con un promedio del 27% por lo cual es considerado un problema de salud mundial. A manera de ejemplo y utilizando dicha proporción de sujetos si consideramos que México cuenta con 119,938,437 habitantes hasta el 2015, entonces es posible que cerca de 32,383,377 habitantes presenten este tipo de dolor y probablemente un cuarto de esta población presentaría lumbalgia, es decir aproximadamente el 7% de la población nacional lo que correspondería a 8,395,690 personas presenten dicho tipo de dolor. Ese número de enfermos, sugiere que la nación tendrá que destinar recursos humanos y materiales a la atención en salud de las personas afectadas, lo cual representa un problema de salud pública. ⁸

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la lumbalgia constituye la octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas en el primer nivel de atención. ¹

Bajo el párrafo anterior se ha observado que el 13% de la población con una edad de entre 20 a 59 años acude a las Unidades de Medicina familiar del IMSS. Dicha cifra sugiere que dos cada diez sujetos que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria presentan lumbalgia. ¹

Reflexionando acerca de la magnitud se toma en consideración que en México, aproximadamente el 58% de la población se encuentra en un rango de edad de 14 y más años; es decir, son económicamente activos. El 52% de las personas atendidas en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS tienen de 20 a 59 años; es decir son económicamente activos. El 25% de los enfermos presentaron dorsolumbalgia como diagnóstico de consulta. De lo anterior es posible considerar que el dolor de espalda baja es un problema frecuente en la población económicamente activa, ante esto hay que preguntarse ¿el costo de los días de incapacidad laboral que se generan a consecuencia de este tipo de patología? y si ¿un mal manejo primario de este problema generaría mayor días de incapacidad a consecuencia de la persistencia del dolor?. ¹

En nuestro país el IMSS y el Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) hasta el año 2007 abarcaban el 93% de la población asegurada; en conjunto, ambas instituciones proporcionaron 27.8 millones de días de incapacidad laboral tan solo en el 2007, lo que tradujo en \$5.8 miles de millones de pesos mexicanos considerando que para ese año el día laboral correspondía a 8 horas y el salario se encontraba en \$51 pesos.¹

Un estudio realizado en 2566 trabajadores del IMSS del norte del país, demostró que el 41% de los trabajadores refiere haber padecido o padecer lumbalgia (n=1,077). De los trabajadores que reportaron este padecimiento el 48% adquirió atención médica (n= 517) y el 31% incapacidad laboral (n= 334) por un promedio de 12 días en cada caso.¹

Otro estudio realizado en 761 trabajadores del IMSS del sur del país, identificó la presencia de dolor musculoesquelético en 25% de estos (n= 197); de los cuales 5% presentaron lumbalgia (n= 10) y 33% autopercepcionaron una incapacidad completa para trabajar a consecuencia del dolor (n= 65).¹

En la Unión Americana se ha estimado que al trabajador con lumbalgia se le lleguen a otorgar hasta 102 días en promedio (rango 303 a 39 días) de incapacidad laboral. En este país, el costo de un evento doloroso asociado a lumbalgia es de 252.95 USD por evento agudo, en Francia es de 101.66 USD. Dichas cifras no contemplan procedimientos invasivos de tipo intervencionista. De igual forma, las guías europeas refieren que el 11 a 12% de la población presenta incapacidad asociada a lumbalgia.⁹

El origen del dolor lumbar puede radicar en varias en las diversas estructuras que componen la columna lumbar. La inestabilidad mecánica, alteraciones del control motor y postural, y atrofia de la musculatura del tronco son unas posibles alteraciones, cuya condición puede modificar la funcionalidad del paciente y con esto producir la aparición de discapacidad.¹⁰

Existen factores que aumentan la probabilidad de padecer lumbalgia como la obesidad y el sobrepeso, el incremento en el índice de masa corporal, el sedentarismo asociado a posiciones viciosas, algunas actividades físicas laborales tales como vibración corporal, cargar objetos pesados y flexión o torsión del tronco, también el poco acondicionamiento físico y movilidad de columna, así como, alteraciones psicosociales.¹⁰

La lumbalgia se clasifica según el tiempo de evolución y según su etiología.¹¹

En relación al tiempo de evolución se denomina lumbalgia aguda es aquella que tiene una duración menor a 6 semanas, subaguda cuando el dolor persiste entre 6 a 12 semanas y crónica cuando el dolor persiste con una duración mayor a 12 semanas.¹¹

En cuanto a su etiología se clasifica en:

- Lumbalgia simple o mecánica la cual se origina por una sobrecarga funcional o postural usualmente en estos casos existe una hiperlordosis donde el ángulo de Ferguson se encuentra aumentado. Este ángulo está formado por la plataforma superior de Sacro 1 y la horizontal y mide hasta 38 grados.
- Síndrome radicular.
- Lumbalgia grave que es secundaria a tumores, infección o fractura. ^{1,11}

Se suele manifestar en personas que están sometidas a sobrecargas continuas de la musculatura lumbar, ya sea por su actividad laboral o por otros motivos no laborales. Existen personas que en su actividad laboral permanecen largos periodos de tiempo sentados en mala posición o bien mantiene un posturas forzadas prolongadamente. ¹¹

El principal síntoma es el dolor en la parte baja de la columna y el aumento del tono muscular y rigidez. El dolor mecánico empeora con los movimientos de la espalda y mejora con el reposo. Muchas veces inicia después de un acontecimiento mecánico específico. En ocasiones el dolor mecánico parece empeora con el decúbito pero mejora cuando se adopta la postura adecuada, el dolor inflamatorio aunque también empeora con el movimiento, no mejora con el reposo e incluso puede despertar al paciente por la noche, acompañándose en muchas ocasiones de rigidez matutina de más de 30 minutos. Suele presentar un inicio y una evolución progresiva. ¹²

Existen múltiples puntos que se deben considerar para el abordaje inicial en el tratamiento del paciente con lumbalgia como la historia clínica, la exploración física y estudios diagnósticos.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta lo hacen durante periodos agudos de dolor y que, si se trata adecuadamente, se podría evitar la progresión del dolor hacia la cronicidad, los costos para los sistemas de salud y la incapacidad. ¹³

El médico debe valorar desde que el paciente ingresa al consultorio detalles que ayuden al diagnóstico, por ejemplo, la marcha, la postura, el grado de impedimento funcional y su estado de ánimo. Esto último es de gran importancia, si se tiene en cuenta que los factores psicológicos juegan un rol en la transición del dolor lumbar agudo al crónico, situación que se debe prevenir a toda costa por los altos costos que este último genera. ²

El médico debe realizar una historia clínica completa, que le permita ubicar al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, dolor lumbar potencialmente asociado con radiculopatía o dolor lumbar potencialmente asociado con enfermedad sistémica específica. ^{1,2}

ANAMNESIS

Se recomienda desde la primera consulta hacer una adecuada anamnesis:

Edad y sexo esto determina la relativa de diferentes cuadros

La semiología del dolor: el interrogatorio debe contener la localización exacta del dolor y su irradiación, tiempo de evolución, forma de inicio, factores (exacerbantes y desencadenantes), factores que lo mejoran, la severidad del dolor, limitación funcional, factores de riesgo labora, psicosociales, signos de alarma y la respuesta a analgésicos.²

Para llevar a cabo la historia del dolor lumbar puede ser de ayuda la regla nemotécnica "ALICIA", es decir, Aparición, Localización, Irradiación, Características, Intensidad, Analgesia.²

Se debe tomar en cuenta todos los síntomas que nos manifieste el paciente como: Síntomas osteomusculares: dolor, rigidez e inflamación articular.

Síntomas de alarma: fiebre, pérdida de peso sin causa aparente además de los síntomas anteriores.¹

Síntomas compatibles con claudicación neurógena: dolor lumbar, en cadera o en extremidad inferior al aminorar o bipedestación, que mejora al sentarse y no sólo al parar.²

En cuanto a los antecedentes personales: Episodios previos de dolor lumbar, investigar la frecuencia de los episodios y la duración y fechas del último cuadro.¹

Antecedentes personales de traumatismos, neoplasias, tratamiento esteroideo anticoagulantes, osteoporosis, y otros antecedentes de riesgo de cuadros graves.²

Se debe tener en cuenta la edad del paciente, sexo, ocupación, tiempo de evolución, el tipo de dolor e investigar datos de compromiso neurológico.¹

Los antecedentes de uso de drogas por vía parental, la infección urinaria o la infección de la piel tienen una sensibilidad aproximada de 40%, con una especificidad desconocida para el diagnóstico de infección vertebral.¹

EXPLORACION FISICA

Para la exploración es conveniente hacer una observación del grado del estado general y la movilidad espontanea del paciente, además la exploración se debe realizar en presencia de dolor.²

Se debe inspeccionar la postura de la espalda en reposo. La columna presenta una serie de curvas normales y los huesos se encuentran alineados, de formas que el peso se reparta adecuadamente. La posición neutral de la pelvis provoca un alineamiento correcto del abdomen y del tronco. La cabeza mantendrá erguida en na posición de equilibrio que minimiza la tensión de la musculatura cervical.²

En una visión lateral del cuerpo, el punto referenciado fijo se localiza ligeramente por delante del maléolo externo y representa el punto base del plano medio coronal del cuerpo en un alineamiento ideal.²

Los puntos que coinciden con la línea de referencia en el alineamiento ideal, en una vista lateral son:

- Por delante del maléolo externo.
- Por delante del eje de la articulación de la rodilla.
- Por detrás del eje de la articulación de la cadera.
- Por los cuerpos de las vértebras lumbares.
- Por la articulación del hombro.
- Por el cuerpo de la mayoría de las vértebras cervicales.
- Por el meato auditivo externo.
- Por detrás de la vértice de la sutura coronal.

Para tener un mejor diagnóstico se realizan las maniobras vertebrales, mediante estas se tensionan los ligamentos y musculatura paravertebral que en condiciones normales no son dolorosas, pero si existe enfermedad vertebral, producen dolor selectivo en el lugar afectado los resultados positivos a estas pruebas indican la existencia de afectaciones en el segmento examinado.²

La higiene postural consiste en adoptar posturas y realizar movimientos o esfuerzos de forma que la carga por la columna y la musculatura sea la menor posible.^{1,2}

La práctica de una buena higiene postural conlleva al mantenimiento de una postura que sea efectiva para realizar las actividades diarias y que implique el menor costo energético.^{1, 2,8}

Esto representa un menor riesgo de padecer dolor de espalda, mejora la movilidad y las actividades del día se realizan sin limitaciones físicas.¹

Dichas posturas se basan en la realización correcta de diversas actividades de la vida diaria:

1. Sentado.- Al estar sentado la rodilla y la cadera deben de estar a un ángulo de 90° permitiendo que los pies se apoyen en el suelo, el respaldo de la silla debe respetar las curvaturas normales de la columna.
2. Bipedestación.- Al encontrarse en bipedestación un pie se mantendrá en alto y apoyado sobre un escalón y se alternará con el otro pie.
3. Acostado.- Para acostarse se colocará sentado a la orilla de la cama inclinándose lateralmente y elevando al mismo tiempo ambos pies para quedar recostado en decúbito en lateral y posteriormente colocarse en la posición preferente.
4. Decúbito prono.- No es recomendable dormir en decúbito prono debido que al realizarlo la curvatura de la columna lumbar se modifica.
5. Decúbito lateral.- Si duerme en decúbito lateral empleará una almohada gruesa enrollada que deberá mantener el cuello en la misma dirección que la

columna dorsal asegurándose que no caída o rote. Cabe mencionar que el colchón debe ser firme y recto, no debe tener la forma de hamaca.

6. En decúbito supino.- Es la mejor postura para descansar ya que se mantienen las curvaturas de la columna.
7. Al levantar peso.- Para levantar un objeto desde el suelo flexione las rodillas y no la espalda, mediante un apoyo firme de los pies, siendo necesario separarlos lo suficiente como para crear una base amplia de sustentación. Al levantar el peso, la fuerza se empleara principalmente en las piernas y el objeto se sostendrá y levantara lo más pegado al cuerpo posible.⁸

CALIDAD DE VIDA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida se define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural y del sistema de valores en lo que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, sus relaciones sociales así como espirituales.¹⁴

La calidad de vida es un indicador en la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión no solo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital. Esta refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar en los diferentes ámbitos (físico, social y mental), sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana.¹⁴

En la última década la calidad de vida se transformó en un importante medida del impacto de los cuidados del profesional de la salud a cualquier nivel de atención, incrementándose en diversos campos de la salud y ha servido de etiqueta para diversas investigaciones tradicionales como la economía, la salud, la medicina sociológica y la psicología, abriendo camino entre la medicina y las ciencias sociales.¹⁴

Medición de la calidad de vida

La calidad de vida se expresa utilizando indicadores cuantificables, y mediante evaluaciones subjetivas (ambas mediante instrumentos de medición validados) publicadas por la Sociedad Internacional de Estudios para la Calidad de Vida.¹⁴

La medición se realiza a través de las dimensiones más comunes: función física psicológica, social, rol, síntomas, función cognoscitiva y percepción de la salud.

La suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles permite comparar a una persona con otra, la evaluación subjetiva es el dilema de la conciencia o grado de "introspección" necesarios para una auto-evaluación, ya que esta afectaría necesariamente los parámetros y estándares con que la persona se autoevaluaría.

La primera da cuenta de cuan bien funciona un individuo dentro de la sociedad a través de indicadores observables y la segunda como la persona percibe aspectos particulares de su vida.

El proceso de comparación podría darse en dos sentidos, comparando el estado actual percibido con un estado ideal, o bien comparándolo con otras medidas de tiempo (antes-ahora-después) o del sujeto consigo mismo o con los demás.¹⁴

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

De acuerdo a Greta Valdés Lara y colaboradores en 2013 estudiaron a 79 pacientes con dolor lumbar crónico-musculo-esquelético-degenerativo, de ellos 43 mujeres y 36 hombres, en dicho estudio se analizó las características del dolor, su impacto en la vida de los enfermos y conductas frente al dolor; encontrándose que los rangos de edades fueron entre 41 y 50 años, en donde la vida cotidiana se vio ampliamente afectada, fundamentalmente en la relación de pareja y en las actividades de esparcimiento trayendo como consecuencia afectaciones psicológicas en las conductas para enfrentar el dolor.¹⁴

En base a Martínez García en 2015, determino la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia con una muestra de 200 pacientes de ambos sexos, aplicando el cuestionario SF-8, en donde se encuentre que la mala calidad fue reportada en un 38.5%, con respecto a la ocupación un 51% fue de tipo administrativo y 49% obrero, también se menciona que el promedio de días de incapacidad fue 15.48.¹⁵

De acuerdo a Carmo y colaboradores en 2011 explican que: la postura incorrecta de flexión de tronco y la permanencia sentada por mucho tiempo aumenta la actividad muscular posterior de la región, tendiendo a provocar una fuerza de compresión sobre los discos, ocasionando una mayor pérdida de núcleo pulposo. También encontrando en las mujeres una mayor predisposición al dolor lumbar.¹⁶

El estudio de Del Pozo-Cruz y colaboradores en 2013 encontró que los trabajadores administrativos con lumbalgia físicamente inactivos presentan una menor resistencia física, más hipotonía y menor hipertrofia muscular cuando comparados a los trabajadores sin dolor lumbar. También observaron que, en España, el interés de realizar programas de promoción a la salud en el sitio de trabajo se debe, entre otros motivos, a la frecuencia de las lesiones musculo esqueléticas entre trabajadores administrativos. El objetivo de estos programas es incentivar la prevención primaria y secundaria de enfermedades musculo esqueléticas.¹⁷

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: El dolor lumbar es un problema muy frecuente en los servicios de salud que afectara por lo menos al 80% de la población en algún momento de su vida*. Se calcula que en Estados Unidos es el quinto motivo de consulta en los servicios de salud.

En México a nivel institucional constituye a octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas tan solo en el primer nivel de atención*

Aunque cerca del 90% de los casos de lumbalgia resuelven en 6 semanas, alrededor del 2 al 7% de los pacientes con dolor lumbar presentaran dolor crónico debido a lo difícil de identificar la causa exacta de dolor lumbar ya que a menudo es multifactorial.

Existe una serie de factores que juegan un rol importante en la presentación de la lumbalgia como los son la edad, escolaridad, factores psicosociales, satisfacción laboral, factores ocupaciones y obesidad.

Se sabe que la prevalencia de lumbalgia incrementa con la edad, con un pico de presentación en la tercera década de la vida.

El tratamiento inicial de un episodio de lumbalgia debe incluir reposo, reducción de la actividad física y un uso limitado de medicamentos, es necesario que el Médico Familiar haga énfasis en los ejercicios de higiene postural con el fin de prevenir un nuevo episodio o en su defecto la cronicidad y por ende afectar la calidad de vida del paciente con lumbalgia.

Trascendencia: Dentro del primer nivel de atención al momento no existe un área específica en el cual se apoye al paciente con lumbalgia en cuanto a la enseñanza e importancia de la higiene postural, ya que dicha patología incide directamente en la calidad de vida, por lo cual es importante la creación de un área en el cual se fomente conductas positivas y cambios de vida saludables, buscando la corresponsabilidad del paciente, integrando la calidad de vida como un indicador básico de éxito de esta área.

Vulnerabilidad: La evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con lumbalgia resulta sumamente importante, porque además de ser un indicador de resultados, nos mostrara cuales son los puntos que deben ser reforzados, para que los pacientes del grupo se encuentren en plenitud no solo de salud, sino, de la totalidad de los aspectos de su vida.

Factibilidad: El proyecto de investigación se consideró con riesgo menor al mínimo, por tratarse de la recolecta de datos de una boleta con base al cuestionario Calidad de Vida SF-36 de manera previa y posterior a la aplicación de una estrategia educativa de higiene postural, aplicada a los pacientes con lumbalgia aguda de la UMF. 94 que desearon libremente participar bajo consentimiento informado y su

análisis estadístico para posterior difusión. Todos los recursos necesarios para el estudio pueden encontrarse en la Unidad

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor lumbar se ha constituido en uno de los problemas de salud pública más graves en la actualidad. Los costos que genera, tanto de manera directa como indirecta, exceden los de cualquier otra enfermedad. La mayoría de las veces son los médicos de atención primaria los que otorgan el manejo inicial a este padecimiento. A pesar de la frecuencia de aparición de la lumbalgia en la población, no siempre es tratado adecuadamente, lo que genera una cronicidad en este padecimiento. Se estima que entre el 70 y 80% de la población sufre un episodio de dolor lumbar y solo entre el 2-5% acudirá a consulta por causas relacionadas.

El dolor lumbar es causado hasta en un 97% de los casos por alteraciones mecánicas de la columna, en su mayoría se trata de trastornos inespecíficos de origen musculoligamentoso y menos frecuente de origen degenerativo o relacionado con la edad.

Se debe considerar que el dolor lumbar puede ser ocasionado por enfermedades generales u ocupacionales. La evaluación de la información estadística se hace difícil debido a la edad de los pacientes estudiados, en su mayoría se concentran en personas jóvenes en edades productivas y sus consecuencias psicosociales y socioeconómicas.

En un estudio realizado en Estados Unidos, el dolor lumbar es la segunda causa de consulta después de las enfermedades respiratorias de la vía aérea superior como motivo de consulta a los médicos de atención primaria. El 90% de los pacientes no padecen de ninguna enfermedad que amenacen la vida, aunque en hasta el 85% de los casos no se llega a un diagnóstico definitivo, la mayoría se recupera por completo en 4-6 semanas.

Se estima que en México el 7% de la población presenta dolor lumbar. En nuestro país el sistema de salud hasta el año 2007 proporciono 27.8 millones de días de incapacidad laboral lo que se traduce en 5.8 miles de millones de pesos mexicanos no producidos debido a la incapacidad laboral.

En México el 58% de la población es económicamente activa. El 52% de las personas atendidas en las unidades de medicina familiar del IMSS tienen de 20 a 59 años de edad, siendo consideradas dentro del rango económicamente activa, el 25% de estas presentaron dorsolumbalgia como diagnóstico de consulta. Debido a esto se puede considerar el dolor de espalda baja como problema frecuente en la población económicamente activa.

Existen factores que aumentan la probabilidad de padecer lumbalgia como obesidad y sobrepeso, el incremento en el índice de la masa corporal, el sedentarismo

asociado a posiciones viciosas, algunas actividades físicas laborales tales como vibración corporal, cargar objetos pesados y flexión o torsión del tronco, también el poco acondicionamiento físico y movilidad de la columna, así como, alteraciones psicosociales.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto del programa educativo higiene postural en la calidad de vida en el paciente con lumbalgia aguda?

HIPOTESIS

H0. La aplicación del programa educativo de higiene postura no mejorara la calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda.

H1. La aplicación del programa educativo de higiene postural mejorara la calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Evaluar el impacto del programa educativo en la calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda.

Específicos

1. Identificar el tipo calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda.
2. Educar al paciente con lumbalgia aguda sobre higiene postural
3. Revalorar la calidad de vida del paciente con lumbalgia posterior a la aplicación del programa educativo de higiene postural

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables de estudio

- Calidad de vida. Se define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Concepto influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, sus relaciones sociales así como espirituales. Es una variable cualitativa policotómica nominal, utilizando como variable: Muy buena; Buena; Regular; Mala.
- Programa educativo. Capacidad de lograr un cambio en el nivel de conocimientos y la aplicación de los mismos para disminuir la lumbalgia por medio de una estrategia educativa. Se trata de una variable

cualitativa, dicotómica, con escala de medición nominal, con categorización: disminuye; aumenta; sin cambio.

Variables descriptivas

- Edad. Definida como el tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha *, para fines del proyecto se consideran los años cumplidos referidos por el participante, la cual es una variable cuantitativa discreta, utilizando como categorías las edades de 15 a 35 años.
- Género. Definida como diferencias físicas y constitutivas observadas en el hombre y mujer, la cual es una variable cualitativa ordinaria dicotómica, utilizando como categoría masculina y femenina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de trabajo.

Pacientes con diagnóstico de lumbalgia menor a 6 semanas de evolución de 18 a 59 años de edad.

Población de estudio.

Pacientes con lumbalgia aguda de 18 a 59 años de edad, derechohabientes IMSS.

Muestra de estudio.

Pacientes con lumbalgia aguda de 18 a 59 años de edad, derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF 94.

Determinación del tamaño de la muestra.

Se tomaron el total de pacientes con lumbalgia aguda que acuden a consulta en la UMF 94 del IMSS, durante los meses de Agosto a Noviembre del 2018

Lugar en donde se desarrollará el estudio.

Unidad de Medicina Familiar Número 94 IMSS

Diseño de estudio

Prospectivo, longitudinal, comparativo, cuasiexperimental.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

El residente de la UMF No. 94 IMSS, con apoyo de asistentes médicas del turno matutino y vespertino, procedió a la búsqueda en el expediente clínico o agenda de consulta, durante los meses de Junio a Noviembre del 2017, identificando a pacientes de 18 a 59 años de edad con diagnóstico de lumbalgia aguda.

Los investigadores en la sala de espera de la UMF 94 del IMSS y de manera cordial con previa presentación, se realizó una atenta invitación a participar en el estudio, explicando de manera clara y concisa, con lenguaje entendible para el paciente en qué consistía el estudio y su participación en el mismo, una vez aceptando participar se procedió a obtener el consentimiento informado, posteriormente se recabaron los datos sociodemográficos y se llenó el cuestionario establecido (SF-36), posteriormente se capacito al paciente mediante la implementación de un taller de higiene postural y con revaloración mediante el cuestionario (SF-36) 4 semanas posteriores al taller para valorar si la estrategia educativa tuvo algún impacto en la calidad de vida de los pacientes, una vez obtenido los datos, se agradeció la participación.

Procesamiento de los datos.

Ya recolectada la información se creó una base de datos, así como la realización del análisis estadístico para emitir los resultados y conclusiones.

Análisis estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva con promedios y porcentajes del programa estadístico SPSS versión 20, utilizando como prueba estadística W de Wilcoxon a las variables de estudio y para la estadística descriptiva se utilizó el programa Excel, mediante el cual se realizaron cuadros y gráficas.

Tipo de muestreo.

No probabilístico por conveniencia.

Programa de trabajo.

Durante el primer año de la residencia se llevó a cabo el seminario de investigación y se seleccionó el tema para la tesis, se realizó el protocolo inicial, con búsqueda bibliográfica, marco teórico y el instrumento de estudio. En el segundo año, durante los meses de agosto-noviembre de 2018 se aplicaron las encuestas y el instrumento de estudio, posteriormente en diciembre, se obtuvieron los resultados, realización de tablas, gráficas y se realizaron los análisis de resultados y conclusiones para ser entregados y revisado por el asesor.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De inclusión

- Pacientes derechohabientes a la UMF. 94 IMSS
- Pacientes con diagnóstico de lumbalgia
- Pacientes con tiempo de evolución menor a 6 semanas
- Pacientes de 18 a 59 años de edad.
- Pacientes laboralmente activos.
- Pacientes alfabetas

De exclusión

- Pacientes con antecedente de enfermedades degenerativas de columna
- Pacientes con antecedentes de cirugía de columna
- Pacientes con procesos neoplásicos
- Pacientes con obesidad

De eliminación

- Pacientes que no completaron el programa educativo.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Paciente que por alguna razón personal decidan retirarse del estudio.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos a recolectar, fueron en un formato ex profeso, el cual obtiene información de los siguientes datos: edad, sexo y calidad de vida

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para fines de evaluar la calidad de vida, utilizáramos el cuestionario SF-36, el cual es un instrumento de desarrollo a partir del Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study).

Desarrollado en Estados Unidos, diseñado por Ware y colaboradores, a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. El SF-36 en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia de contenido, de criterio y de constructo. Se usó en más de 40 países en el Proyecto International Quality of Life Assessment, está documentado en más de 1000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en as de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo. En la validación realizada en España se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia complete con la ordinaria original esperada, alta equivalencia con los valores originales y reproductibilidad aceptable.

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol:

problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación: El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

El cuestionario detecta tantos estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos de evaluación.

Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

El SF-36 Health Survey evalúa 36 ítems midiendo ocho dimensiones sobre la salud que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad.

Asignación de puntaje

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo: Preguntas de 3 categorías se puntúan 0 – 50 – 100; con 5 categorías se puntúan 0 – 25 – 50 – 75 – 100; con 6 categorías 0 – 20 – 40 – 60 – 80 – 100. Luego los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.

Función física: Grado en el que el grado de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidados personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Rol físico: Grado en que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor al deseado, o limitando el tiempo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor parecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Salud mental: Valoración de la salud mental general considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

RECURSOS

1. Humanos: Investigadores involucrados.
2. Físicos: Instalaciones de la UMF 94 IMSS.
3. Materiales: Fotocopias, plumas, lápices y hojas blancas.
4. Tecnológicos: Equipo de cómputo.
5. Financieros: Aportados por el investigador.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectó como sesión médica de la unidad

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica.

Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como riesgo bajo.

Se informará a las autoridades de la unidad, donde se llevara a cabo el estudio y los resultados encontrados, se mantendrán de forma confidencial para uso exclusivo del departamento de enseñanza e investigación de la UMF No. 94 de la Ciudad de México.

Riesgo de la investigación.

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS), así como las reglas

internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo, debido a que es un estudio prospectivo, ya que se basa en la aplicación de cuestionarios.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

El beneficio de dicho estudio es evaluar inicialmente la calidad de vida los pacientes con lumbalgia aguda y posteriormente a dicha evaluación se orientara y realizaran acciones en cuanto a higiene postural como parte del tratamiento e incluso preventiva comparándola con la evaluación de calidad de vida al terminar los talleres. De igual manera se busca demostrarle al médico familiar que se cuenta con una adecuada herramienta preventiva en pacientes que cursan o no con dicha patología.

Confidencialidad.

De acuerdo a las normas nacionales e internaciones, los registros deberán ser anónimos, es decir se establecerá un código para identificar a los pacientes.

Condiciones para el consentimiento informado.

Los términos para la participación se explicaran en el lenguaje coloquial en el consentimiento informa (anexo 3), lo cual realizará el investigados, quien explicara este documento hasta cerciorarse que el paciente y los testigos han entendido cabalmente lo que se les ha explicado. El paciente será invitado a participar en el estudio y deberá de entender que puede acceder o no, asimismo, que pueden seguir o salud del estudio en el momento que él lo desee con la seguridad de que no tendrá represión alguna, además de que se le explicara que los investigadores no forman parte de la atención medica que recibe en el instituto.

Forma de selección de los participantes.

En salas de espera de la UMF No. 94 del IMSS, en cumplimiento con los aspectos mencionados, los investigadores obtuvieron a los participantes del protocolo por conveniencia, previo consentimiento informado con firma de paciente o del representante legal y con firma de los testigos.

Balance riesgo beneficio.

El estudio no representa ningún riesgo para el participante, por otra parte, pueden tener el beneficio de identificar a tiempo aspectos psicosociales más afectados durante un episodio de lumbalgia lo cual puede permitir implementar actividades preventivas y evitar complicaciones así como mejorar la calidad de vida.

RESULTADOS

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
18 a 29 años	0%	3%	3%
30 a 39 años	10%	13%	23%
40 a 49 años	17%	30%	47%
50 a 59 años	10%	17%	27%
Total	37%	63%	100%

Tabla 1. Con un total de 30 participantes, el 63% de la población estudiada portadora del diagnóstico de Lumbalgia Aguda fue del género femenino mientras que el 37% era del género masculino.

Tipo de calidad de vida	Número de participantes	Porcentaje
Mala	2	6%
Regular	14	47%
Buena	14	47%
Excelente	0	0%
Total	30	100%

Tabla 2. En la aplicación inicial del cuestionario SF-36 se encontró que la calidad de vida de los pacientes era de regular a buena.

Tipo de calidad de vida	Número de participantes	Porcentaje
Mala	0	0%
Regular	4	13%
Buena	12	40%
Excelente	14	47%
Total	30	100%

Tabla 3. En la aplicación final del cuestionario SF-36, se encontró una mejoría de la calidad de vida de buena a excelente posterior a la aplicación de la estrategia educativa.

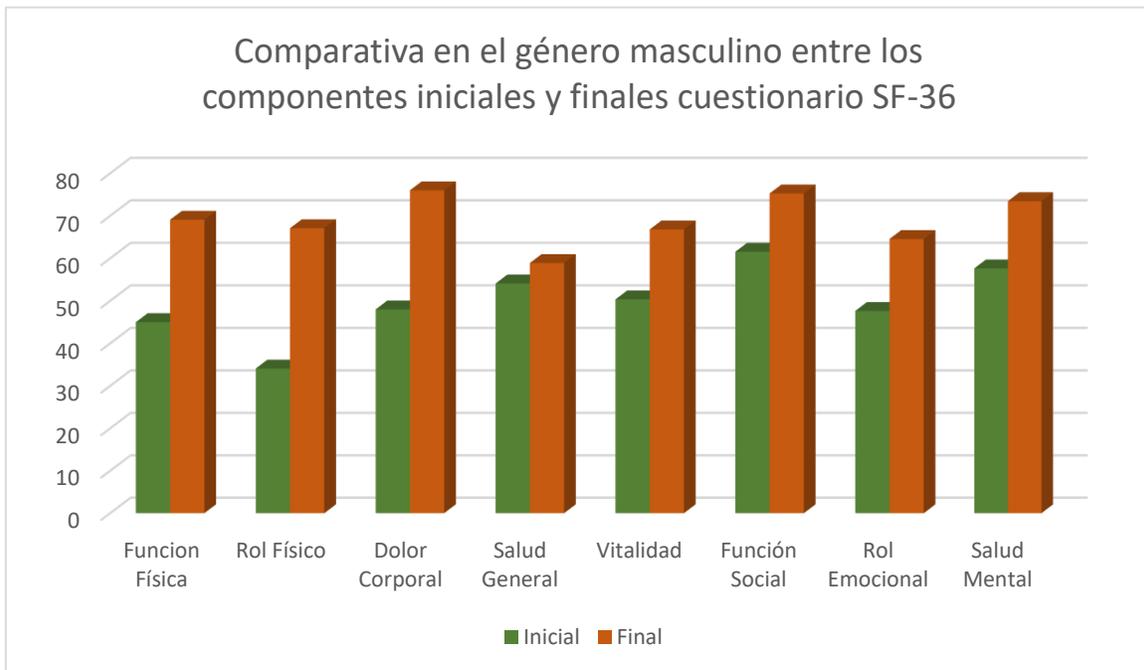


Grafico 1. En el género masculino los principales componentes que intervinieron en la mejoría de la calidad de vida fue el rol físico seguido de la disminución del dolor corporal.

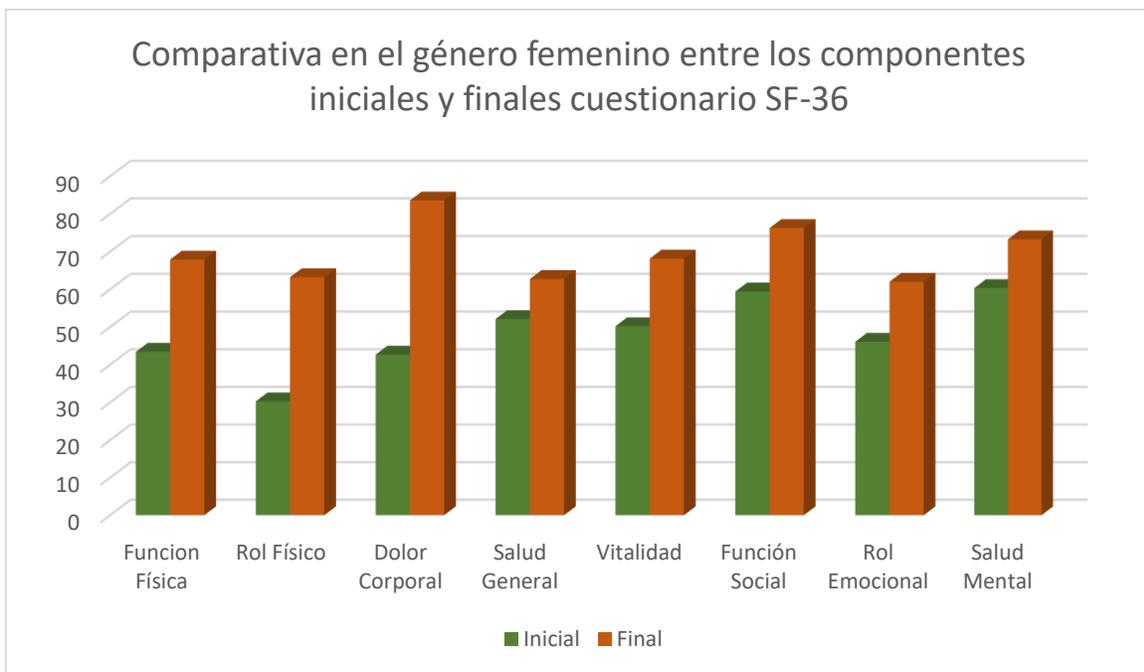


Grafico 2. En el género femenino los principales componentes que intervinieron en la mejoría de la calidad de vida fue la disminución del dolor corporal seguido del rol físico.

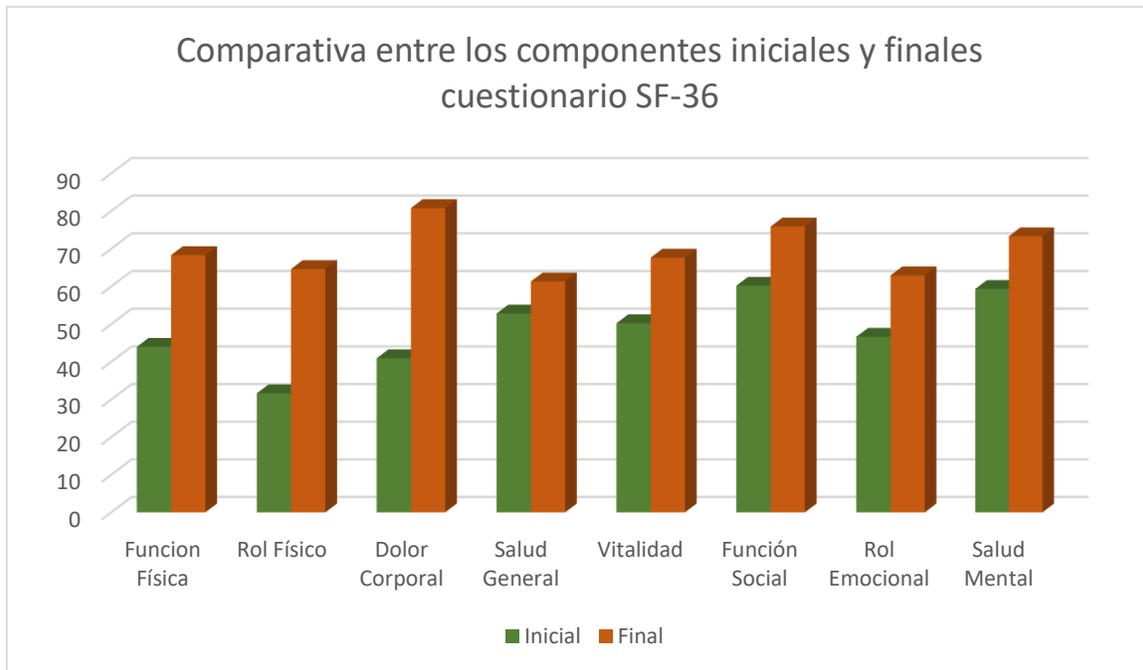


Grafico 3. Comparativa de resultados del cuestionario SF-36 inicial y final, donde el factor principal que influyo en la mejoría de la calidad de vida fue la disminuci3n del dolor corporal.

ANALISIS DE RESULTADOS

En cuanto a la variable de estudio, por medio de la prueba estadística W de Wilcoxon que evalúa la suma de rangos de calidad de vida previo y posterior a un programa educativo resulto con $p = 0.000$ permitiendo aceptar la hipótesis de trabajo alterna.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 1, se encontró que de un total de 30 participantes con diagnóstico de lumbalgia aguda, 63% eran del género femenino mientras que el 37% del masculino, con un mínimo de 19 años de edad y un máxima de 59 años, sin embargo de acuerdo al grupo de edad, el de mayor predominio en ambos géneros fue entre los 40 a 49 años con el 47% de presentación.

En la tabla 2 se muestra que al inicio del estudio los el 47% de los participantes presentaban una percepción de calidad de vida regular mientras que otro 47% la refería como buena, sin embargo en la tabla 3 con base en la medición de la calidad de vida posterior a la estrategia educativa se encontró una mejoría significativa de la misma, en donde 47% de los participantes la refirieron como excelente mientras que el 40% como buena.

En el grafico 1 se realiza una comparación del SF-36 inicial y final del género masculino en donde analizando los componentes que lo integran se presenta el rol físico como principal aspecto para la mejoría de la calidad seguido de la disminución del dolor corporal. Sin embargo en el grafico 2 se realiza la misma comparación inicial y final pero en el género femenino en donde los componentes que intervinieron para mejorar la calidad de vida fueron inversos a los del género masculino.

Con base en el grafico 3 que analiza de manera global el SF-36 inicial y final la mejoría de la calidad de vida se puede asociar a la disminución del dolor corporal lo que permite a los participantes la mejoría del rol físico y por lo tanto una mejor función física, cabe resaltar que se otro factor que podría intervenir en dicho resultado sería la mejoría del rol emocional que presentaron los participantes posterior a la estrategia educativa.

CONCLUSIONES

Con una $p=0.000$ con prueba estadística W de Wilcoxon, es significativa la relación entre las variables de estudio, por lo que se puede afirmar que la calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda mejora posterior a la aplicación de un programa educativo de higiene postural.

El género con mayor predisposición a presentar un cuadro de dolor lumbar agudo es el femenino probablemente asociado a las actividades de la vida diaria que se desarrollan tanto en el ámbito laboral como dentro del hogar, con una prevalencia mayor entre los 40 a 49 años de edad.

La higiene postural debería ser una práctica de la vida diaria de las personas en general, ya que se podría limitar el daño ocasionado en la salud de la población no solo en cuestión física sino también el aspecto psicológico con lo cual se podría evitar días de trabajo perdidos, uso indiscriminado de analgésicos y expedición de incapacidades que pueden llegar a ser mayores al tiempo probable de recuperación.

La inclusión de un programa de salud de higiene postural dentro de los sitios de trabajo debería ser considerada por parte de las empresas como parte esencial para mantener la salud de los trabajadores y de esta manera disminuir las pérdidas que podría generar un trabajador con cuadro de dolor lumbar.

SUGERENCIAS

Con base en los resultados de la investigación, es importante señalar que el informar y capacitar a la población en edad laboral sobre la realización de higiene postural en sus áreas laborales o en una unidad de medicina familiar, se lograría mantener una excelente calidad de vida con lo cual se podría favorecer una disminución de la frecuencia de lumbalgia aguda, disminución del costo económico que esta genera así como los días de incapacidad que genera dicha patología.

El médico familiar debe estar capacitado para informar y a su vez capacitar al paciente con cuadro de lumbalgia sobre higiene postural.

BIBLIOGRAFIA

1. Barrera Cruz Antonio, Guerrero Montenegro Jesús y cols. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer nivel de atención. GPC. 2014 (1): 7-35.
2. Van Tulder Maurits, Kovacs Francisco, Müller Gerd. Lumbalgia Inespecífica. GPC. 2005 (2): 40-117.
3. Peña Sagredo J, Peña C, Brieva P, Pérez Núñez M, Humbría Mendiola A. Fisiopatología of low back pain. Rev Esp Reumatology. 2002; 29: 483-486.
4. Diaz Cerillo Juan Luis, Rodón Ramos Antonio, Pérez González Rita y Clavero Cano Susana. Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivo-conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en fisioterapia de atención primaria. Aten Primaria. 2016; 48(7): 440-448.
5. Diaz Cerillo Juan Luis y Rodon Ramos Antonio. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. Aten Primaria. 2015; 47(2): 117-123.
6. Vargas Mendoza J, Nogales Osorio S. Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2011; 5: 41-7.
7. Carey TS, Evans AT, Hadler NM, Liebermn G, Kaisbeek WD, Jacman AM, et al. Acute severe low back pain. A population, based study of prevalence really decrease whit increasing age? A systematic review. Age an ageing. 2006; 35(3) 229-234.
8. Chou R. Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, el al. Diagnosis and treatment of low back pain; a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Annals of internal medicine. 2007; 147(7):478-491.
9. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. Best practice & reserche Clinical rheumatology. 2010; 24(6): 769-781.
10. Deyo RA Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002; 31(23): 2724-2727.

11. S. Lago Figueroa e I. Da Cuña Carrera. Actualización sobre los efectos de los estiramientos en la lumbalgia: una revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2015; 37(6): 293-302.
12. S. Domingo Esteban y F.J. Navas Camara. Posibles beneficios de la pinza rodada en el dolor y la incapacidad en la lumbalgia inespecífica crónica. *Fisioterapia*. 2017; 39(2): 60-67.
13. P. Menéndez, A. García y R. Peláez. Absceso paravertebral e intraabdominal secundario a ozonoterapia por lumbalgia. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2014; 58(2): 125-127.
14. Greta Valdés Lara, Yanellis Scull Mederos, José Ángel García Delgado, Ubaldo González P. Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica. *Investigación Medico Quirúrgica*. 2013; 5(1) 54-71.
15. Martínez García Omar Gabriel, García Viveros María Ricarda y cols. Calidad de Vida en Pacientes con Lumbalgia. 2015; 1ra Ed.; 7-26.
16. Alfonso Urzúa M. Alejandra Caqueo-Urizar Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): 61-71.
17. Carmo I., Soares E., Virtuoso Júnior, J. & Guerra, R. Factores asociados à sintomatología dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina- PI. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011; 14(1), 141-150.
18. Del Pozo-Cruz, B., Gusi, N., Adsuar, J., del Pozo, 2016 Cruz, J., Parraca, J. & Hernandez-Mocholí, Effects of whole body vibration therapy on main outcome measures for chronic non-specific low back pain: a single-blind randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2011; 43(8): 689-694.
19. Del Pozo-Cruz, B., Gusi, N., Adsuar, J., del Pozo, 2016 Cruz, J., Parraca, J. & Hernandez-Mocholí. Musculoskeletal fitness and health-related quality of life characteristics among sedentary office workers affected by sub-acute, non-specific low back pain: a cross-sectional study. *Physiotherapy*. 2013; 99(3), 194-200.

ANEXOS

ANEXO 1. IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE POSTURAL ENFOCADO A LA CALIDAD DE VIDA ANTE LUMBALGIA AGUDA

Periodo / Actividad	Abril 2016 Junio 2016	Julio 2016 Octubre 2016	Noviembre Diciembre 2016	Enero 2017 Junio 2017	Julio 2017 Octubre 2017	Noviembre 2017 Diciembre 2017	Enero 2018
Seminario de investigación	P						
	R						
Selección de tema de investigación	P						
	R						
Búsqueda bibliográfica y diseño de proyecto	P						
	R						
Elaboración del proyecto de investigación		P					
		R					
Solicitud de revisión por CLIEIS			P				
			R				
Recolección de la muestra				P			
				R			
Elaboración del análisis estadístico					P		
					R		
Análisis de resultados						P	
						R	
Difusión de la investigación							P
							R

P= PROGRAMADO

R= REALIZADO

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACION.
CUESTIONARIO SF-36 DE CALIDAD DE VIDA
IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE POSTURAL
ENFOCADO A LA CALIDAD DE VIDA ANTE LUMBALGIA

Number: _____ Edad: _____ Sexo: _____

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1...Excelente
- 2...Muy buena
- 3...Buena
- 4...Regular
- 5...Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1...Mucho mejor ahora que hace un año
- 2...Algo mejor ahora que hace un año
- 3...Más o menos igual que hace un año
- 4...Algo peor ahora que hace un año
- 5...Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1...Sí, me limita mucho
- 2...Sí, me limita un poco
- 3...No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1...Sí, me limita mucho
- 2...Sí, me limita un poco
- 3...No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1...Sí, me limita mucho
- 2...Sí, me limita un poco
- 3...No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1...Sí, me limita mucho
- 2...Sí, me limita un poco
- 3...No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1...Sí, me limita mucho
 - 2...Sí, me limita un poco
 - 3...No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1...Sí, me limita mucho
 - 2...Sí, me limita un poco
 - 3...No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1...Sí, me limita mucho
 - 2...Sí, me limita un poco
 - 3...No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1...Sí, me limita mucho
 - 2...Sí, me limita un poco
 - 3...No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- 1...Sí, me limita mucho
 - 2...Sí, me limita un poco
 - 3...No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- 1...Sí, me limita mucho
 - 2...Sí, me limita un poco
 - 3...No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1...Sí
 - 2...No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1...Sí
 - 2...No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1...Sí
- 2...No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1...Sí
- 2...No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?

- 1...Si
- 2...No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a casusa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- 1...Si
- 2...No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- 1...Si
- 2...No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1...Nada
- 2...Un poco
- 3...Regular
- 4...Bastante
- 5...Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1...No, ninguno
- 2...Sí, muy poco
- 3...Sí, un poco
- 4...Sí, moderado
- 5...Sí, mucho
- 6...Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1...Nada
- 2...Un poco
- 3...Regular
- 4...Bastante
- 5...Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1...Siempre
- 2...Casi siempre
- 3...Muchas veces
- 4...Algunas veces
- 5...Sólo alguna vez
- 6...Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1...Siempre
- 2...Casi siempre
- 3...Muchas veces
- 4...Algunas veces
- 5...Sólo alguna vez
- 6...Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1...Siempre
- 2...Casi siempre
- 3...Muchas veces
- 4...Algunas veces
- 5...Sólo alguna vez
- 6...Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1...Siempre
- 2...Casi siempre
- 3...Muchas veces
- 4...Algunas veces
- 5...Sólo alguna vez
- 6...Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- 1...Siempre
 - 2...Casi siempre
 - 3...Muchas veces
 - 4...Algunas veces
 - 5...Sólo alguna vez
 - 6...Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- 1...Siempre
 - 2...Casi siempre
 - 3...Muchas veces
 - 4...Algunas veces
 - 5...Sólo alguna vez
 - 6...Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
- 1...Siempre
 - 2...Casi siempre
 - 3...Muchas veces
 - 4...Algunas veces
 - 5...Sólo alguna vez
 - 6...Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
- 1...Siempre
 - 2...Casi siempre
 - 3...Muchas veces
 - 4...Algunas veces
 - 5...Sólo alguna vez
 - 6...Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
- 1...Siempre
 - 2...Casi siempre
 - 3...Muchas veces
 - 4...Algunas veces
 - 5...Sólo alguna vez
 - 6...Nunca
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- 1...Siempre
 - 2...Casi siempre
 - 3...Algunas veces
 - 4...Sólo alguna vez

5...Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1...Totalmente cierta
- 2...Bastante cierta
- 3...No lo sé
- 4...Bastante falsa
- 5...Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1...Totalmente cierta
- 2...Bastante cierta
- 3...No lo sé
- 4...Bastante falsa
- 5...Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1...Totalmente cierta
- 2...Bastante cierta
- 3...No lo sé
- 4...Bastante falsa
- 5...Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1...Totalmente cierta
- 2...Bastante cierta
- 3...No lo sé
- 4...Bastante falsa
- 5...Totalmente falsa

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

**CUESTIONARIO SF-36 DE CALIDAD DE VIDA
IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE POSTURAL
ENFOCADO A LA CALIDAD DE VIDA ANTE LUMBALGIA**

Patrocinador externo (si aplica):

UMF 94 MEXICO D.F. MARZO 2017.

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

El dolor lumbar es un problema muy frecuente en los servicios de salud que afectara por lo menos al 80% de la población en algún momento de su vida*. Se calcula que en Estados Unidos es el quinto motivo de consulta en los servicios de salud. En México a nivel institucional constituye a octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas tan solo en el primer nivel de atención. Existe una serie de factores que juegan un rol importante en la presentación de la lumbalgia como los son la edad, escolaridad, factores psicosociales, satisfacción laboral, factores ocupaciones y obesidad. Se sabe que la prevalencia de lumbalgia incrementa con la edad, con un pico de presentación en la tercera década de la vida. La evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con lumbalgia resulta sumamente importante, porque además de ser un indicador de resultados, nos mostrara cuales son los puntos que deben ser reforzados, para que los pacientes del grupo se encuentren en plenitud no solo de salud, sino, de la totalidad de los aspectos de su vida. Evaluar el impacto del programa educativo en la calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda.

Procedimientos:

Recabar la información social, mediante un test de calidad de vida aplicado al paciente con lumbalgia aguda de 18 a 59 años de edad previo y posterior a la realización de un taller de higiene postural, adscritos a la UMF 94.

Posibles riesgos y molestias:

Tiempo invertido para contestar los cuestionarios y realización de talleres.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Evaluación de la calidad de vida en el que se ve involucrado el paciente con lumbalgia aguda, por lo que se podrá ayudar al médico familiar a comprender y reconocer la importancia de la higiene portural; y así prevenir complicaciones a futuro.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi seguimiento médico; así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se van a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):
Beneficios al término del estudio:

No aplica.

Conocer la calidad de vida del paciente con lumbalgia aguda y si está mejora tras la aplicación de un programa de higiene postural que podría ayudar oportunamente a la prevención de la cronicidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Esther Azcárate García, Matricula: 99362280 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico esther.azcartateg@imss.gob.mx.

Colaboradores:

Dr. Mario Arturo Quezada Gonzalez, Matricula: 97360040, teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico: zyan.fck@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013