



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS

TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "TACUBA"

BLOQUEO FACETARIO COMO ADYUVANTE EN LUMBALGIA CRÓNICA

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA

PRESENTA:

DRA. MARÍA FELÍCITAS ALVAREZ CENO

ASESOR DE TESIS:

DR. JORGE LUIS HERNÁNDEZ LÓPEZ JSTYO



ISSSTE

MÉXICO D.F. 2011



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.

FIRMAS

Dr. Jaime Humberto Micher Camarena

Director de la Unidad

Hospital General Tacuba

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Jorge Luis Hernández López

Jefe del Servicio de Ortopedia

Profesor Titular del Curso de Ortopedia

Asesor de Tesis

Hospital General Tacuba

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dra.. Leticia Cortes Espinosa

Coordinadora de Enseñanza e Investigación

Hospital General Tacuba

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dra. María Felicitas Álvarez Ceno

Médico Residente/Autor

Hospital General Tacuba

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a **Dios**, por darme la vida y la bendición de seguir este camino **en la Medicina**.

A mis padres **Rubén y Felicitas**; por ser la columna de mi educación, el mayor apoyo en mis momentos más difíciles, así como el también por compartir las más grandes alegrías, ser el mejor ejemplo de que el seguir adelante a pesar del camino puede ser tan gratificante como la vida misma, por la enseñanza de que aun lejos una familia nunca se pierde. Y a cada uno por convertirse en Padre y Madre para mi hijo Rubén (Lex) y mi pequeño Abel gracias por ayudarme.

A mi hermano **Cesar**, porque aun a pesar de ser el menor; se ha mostrado como mi mayor consejero, y el ser para mi hijo Rubén el apoyo y la imagen de un padre que está con él. Y estar también para mi otro hijo Abel.

A mi Hijo **Rubén Alejandro (Lex)** por darme la alegría de ser madre, y ser la principal razón para llegar hasta aquí," gracias hijo por tus llamadas que han sido el aliento para continuar adelante" gracias

A mi hijo **Abel Arturo (Chicharito)** por integrarte a mi vida, ser también razón para terminar lo que empecé. Gracias por tus pataditas en mi vientre cuando estaba en quirófano.

A mi **Esposo Abel**, por encontrarnos en el momento menos propicio y darme tu apoyo y comprensión en las situaciones más difíciles de mi residencia. Gracias por tu Amor espero que sea por siempre.

A mi titular de curso **Dr. Hernández** por darme la oportunidad de continuar mis metas y de creer en mí.

A mi amigo y consejero **Dr. David Benavides** por enseñarme el lado amable de la especialidad así como el camino para la cirugía de columna, te agradezco tu apoyo y paciencia, gracias.

A mis amigos y hermanos de residencia; **María del Carmen, Javier, Vania, Andrés, Josué** y mis queridos **Lupita, José, Carlos** por aceptarme en su hospital y darme la oportunidad de aprender y enseñar la ortopedia es hermosa. Y mis residentes Moisés, Darío y Fernando por sus preguntas que me hicieron recordar lo aprendido

A mis adscritos, **Dr., Argüelles, Dra. Ruvalcaba, Dra. López, Dr. Morales Dr. Baños, Dr. Galicia** en el Tacuba; así como en el Darío Fernández; **Dr. Celis, Dra. Rodríguez, Dr. Cortes**, gracias por creer en mí, **Dr. Calderón (qed)** gracias.

A todos aquellos que participaron y me dieron su apoyo para que este proyecto tuviera un principio y un buen fin.

INDICE

RESUMEN	7
SUMARY.....	8
INTRODUCCION.....	9
ANTECEDENTES: MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS.....	16
HIPOTESIS.....	17
JUSTIFICACION.....	17
DISEÑO METODOLOGICO.....	19
CRONOGRAMA.....	24
ANALISIS DE RESULTADOS.....	25
DISCUSIÒN.....	30
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES Y/SUGERENCIAS.....	33
ANEXOS.....	34
BIBLIOGRAFIAS.....	35

RESUMEN

INTRODUCCION: Actualmente se considera que entre el 80 y casi 90 % de la población, en alguna ocasión ha presentado lumbalgia. De la cual en 50 % de esa población desarrolla como tal lumbalgia crónica, siendo esta patología la causa mas frecuente de las consultas en el servicio de ortopedia, que afecta principalmente a la población económicamente activa. Por lo que su manejo integral adquiere importancia.

MATERIAL Y METODOS: Se realizo un estudio observacional, retrospectivo a 1 año y descriptivo, conformado por 137 pacientes de ambos sexos, entre 38 a 64 años de edad que ingresaron a la consulta externa de Ortopedia del Hospital General Tacuba con diagnostico de referencia de Lumbalgia Crónica entre Enero del 2010 a marzo del 2010.. Se excluyeron aquellos que no contaban con expediente, radiografías de región sacrolumbar Tomografía Axial Computada del mismo segmento y Resonancia Magnética Lumbar así como aquellos con enfermedades crónicas degenerativos. Se eliminaron a aquellos con diagnostico de Espondilomielopatía Lumbar o Escoliosis Degenerativa del Adulto así como de Espondilólisis Lumbar y antecedente de Traumatismo Sacrolumbar como causa del dolor.

RESULTADOS: Se incluyeron 16 pacientes, de los cuales el 90 % presento mejoría y aquellos que se les realizo bloqueo facetario lumbar con apoyo de fluoroscopia y en sala quirúrgica. Utilizando la Escala Visual Análoga para determinar el rango del dolor pre y pos bloqueo

CONCLUSION: El bloqueo facetario lumbar aplicado en sala quirúrgica con apoyo de fluoroscopia, como manejo adyuvante de la lumbalgia crónica, es parte de un tratamiento integral que proporciona remisión favorable del dolor lumbar, disminuyendo los días de hospitalización y la dosificación pos bloqueo en un periodo de 3 meses.

SUMARY

Introduction: Now considered that between 80 and almost 90% of the population, on occasion it has presented low back pain. Of which 50% of the population develops as such chronic low back pain, being this pathology the cause more frequent consultations in the orthopedics service, mainly affecting the economically active population. Which is why their integrated management importance.

Material and methods: A retrospective to 1 year and descriptive, observational study consisting of 137 patients of both sexes, between 38 to 64-year-old admitted to Tacuba General Hospital orthopedic outpatient was made with diagnosis of low back pain chronic reference from January 2010 to March 2010... They were excluded those that did not have file sacrolumbar region Computada Axial Tomography of the same segment x-rays and resonance magnetic low as well as those with chronic degenerative diseases. Removed those with Diagnostics Espondilomielopatía low or Degenerativa adult scoliosis as Lumbar and antecedent Espondilólisis of Sacrolumbar trauma as a cause of pain.

RESULTS: Included 16 patients, of whom 90% present improvement and those they do support fluoroscope and surgical room lumbar facetary blockade. Using Visual Análoga scale to determine the range of pain pre and post blocking.

CONCLUSION: lumbar facetary blocking applied in surgical room backed fluoroscope as adjuvant management of chronic low back pain, is part of a holistic treatment which provides favourable referral back, diminishing the hospitalization days pain and dosing pos locking in a period of 3 months.

INTRODUCCION

Actualmente se considera que entre el 80 y casi 90 % de la población, en alguna ocasión ha presentado lumbalgia. De la cual en 50 % de esa población desarrolla como tal lumbalgia crónica, siendo esta patología la causa más frecuente de las consultas en el servicio de ortopedia, que afecta principalmente a la población económicamente activa. Por lo que su manejo integral adquiere importancia.

La lumbalgia crónica, se puede incluir dentro del síndrome facetario, siendo esta entidad la que mejor describe el cuadro clínico que presentan los pacientes. El termino como tal, fue utilizado desde 1933 por Ghormley y años después Badgley confirmó el papel que juegan las articulaciones facetarias como génesis del dolor lumbar debido a la inflamación persistente y la poca remisión del dolor.

Desde 1971 se comenzó a integrar en el tratamiento de la lumbalgia crónica, el uso de AINES vía oral además con infiltración de corticoide y anestésicos locales en las facetas articulares, pero desde 1975 han aparecido técnicas muy variadas para tal manejo.

El diagnóstico de la Lumbalgia crónica secundaria a síndrome facetario se caracteriza por dolor incrementado con los cambios de posición de pie o sentado durante un tiempo prolongado y disminuye con el reposo. El examen clínico permite descartar la presencia de radiculopatía o de déficit neurológico y sólo el dolor reproducido con las maniobras de hiperextensión forzada y rotación de la columna confirman el diagnóstico.

Actualmente los programas que incluyen manejo analgésico y antiinflamatorio vía oral, la ministración mediante bloqueo facetario de corticoides y anestesia local y la integración relativamente rápida a la actividad física permite que el dolor remita inmediatamente lo que disminuye la hospitalización y en un periodo corto de 6 meses la remisión del cuadro clínico.

La utilización de cortico esteroides en los bloqueos se basa en las observaciones clínicas de edema e induración de las raíces nerviosas cuando se realiza la descompresión, pudiendo usarse antiinflamatorios no esteroides de manera sistémica para manejar esta inflamación; sin embargo, los corticoides epidurales ofrecen el beneficio potencial de una terapia localizada y con alta concentración.

Por lo anterior descrito, el presente trabajo, demuestra que el manejo de la lumbalgia crónica con presencia de síndrome facetario, puede ser tratada de manera satisfactoria por medio de bloqueo facetario lumbar y por lo tanto remitir el cuadro clínico característico. Siendo llevado dentro de la consulta externa de Ortopedia del Hospital General Tacuba, Así mismo, relacionar algunos factores como edad , sexo y tiempo de uso de AINES pos bloqueo.

ANTECEDENTES: MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

En casi todas las exposiciones sobre la intervención precoz de la lumbalgia se subraya la complejidad y la necesidad de establecer un diagnóstico y terapéutica oportuna, lo que en realidad proporciona una amplia gama de tópicos y tratamientos inespecíficos. Cada región tiene sus peculiaridades requiriendo de una evaluación especial y un tratamiento específico.

Si tenemos en cuenta la magnitud de pacientes afectados por dolor de espalda y más precisamente el dolor lumbar, es obvio que no deja de ser un tema tan viejo como controvertido a la hora de discutir cuál es su diagnóstico y el mejor tratamiento para cada paciente en particular.

A pesar del enorme efecto que el dolor lumbar produce en nuestra sociedad y de haberse elevado al rango de verdadero problema de salud de la población, aun sigue sin comprenderse su naturaleza en profundidad. La percepción del dolor por parte del paciente es una cualidad puramente subjetiva en la que la mayoría de las veces suelen existir diversas implicaciones (i.e. socioeconómicas, afectivas, laborales,...); a menudo el dolor lumbar presenta pocos hallazgos objetivos en una exploración física; y la complejidad de la propia estructura anatómica espinal lumbar, también contribuye a su dificultad diagnóstica.

Además, no existe consenso universal ni en la aproximación diagnóstica, ni en las pautas de tratamiento y recuperación de esta enfermedad.

Pese a todo lo anterior, el dolor lumbar es el motivo más frecuente de consulta médica por patología del aparato locomotor de la población tanto laboral como no laboral.

Es la causa más frecuente de limitación de la actividad en pacientes mayores de 35 años, la tercera causa más frecuente de intervención quirúrgica y la quinta causa más frecuente de hospitalización.

Se estima que el 70-80% de la población sufrirá algún episodio de dolor lumbar durante su vida con la gran repercusión socioeconómico- laboral que esto conlleva: la pérdida de 1,4 días laborables por persona y año; 10-15% del absentismo laboral por enfermedad se relaciona directamente con el dolor lumbar; la patología lumbar es responsable del 25% de las jubilaciones por incapacidad laboral.

La aparición de dolor lumbar es a menudo recurrente, intermitente y episódica. Las tasas de recurrencia son altas: la probabilidad de recurrencia del dolor lumbar en un año es del 20-44% y el 80% de los pacientes sufre una recaída en los 10 años siguientes a su primer episodio.

Aunque existe escasa evidencia de que la incidencia de la lumbalgia haya aumentado en los últimos años, las discapacidades derivadas de ella han aumentado en una tasa que excede a la del crecimiento de la población, y a prácticamente todos los demás problemas de salud.

Además, aunque han ido disminuyendo de manera constante los trabajos que impliquen levantar pesos y fuerte carga física, factores tradicionalmente implicados como la causa del dolor lumbar, la cifra de personas que padecen de dolor lumbar no ha disminuido.

Una gran parte de los casos que acuden con dicho síntoma son etiquetados tras su estudio de «síndrome facetario» o «síndrome de afectación del ramo posterior del nervio raquídeo» término que fue utilizado por primera vez por Ghormley en 1933. Algunos años después, Badgley confirmó el papel que juegan las articulaciones posteriores o facetas en la génesis del dolor lumbar.

Putti en 1927, se refiere al dolor de tipo facetario, el cual surge en la rama posterior y aporta la inervación de las facetas articulares, como fue señalado en 1956 por Penderson y corroborado en trabajos posteriores de Fox y Rizzoli y en 1973 por Bojduk. Pero quien realmente demostró y estableció las bases clínicas para identificar el síndrome facetario fue Mooney en 1976 y 1978.

Este último aplicó bloqueos facetarios y realizó registros electromiográficos de miembros inferiores. También comprobó que administrar solución salina hipertónica provocaba un dolor Lumbociático en islotes, manifestado en el electromiografo.

Posteriormente aplicó anestésico, con lo que el dolor y las manifestaciones electromiográficas desaparecían.

Existen varias estructuras de la columna vertebral, que aunque se sabe que son asiento importante de su patología, no se han estudiado como causas primarias de dolor lumbar, una de ellas es la articulación de las facetas. Que es una articulación sinovial verdadera con espacio articular propio con superficie cubierta de cartílago, membrana sinovial y capsula fibrosa y cuenta con inervación propia.

El 16 % de la carga axial de la columna es transferida a estas estructuras, la cual puede llegar a soportar hasta más del 47 % en extensión. Las facetas impiden que los discos intervertebrales presenten movimiento excesivo, protegiendo al anillo fibroso en la rotación y en flexión por medio de los ligamentos capsulares.

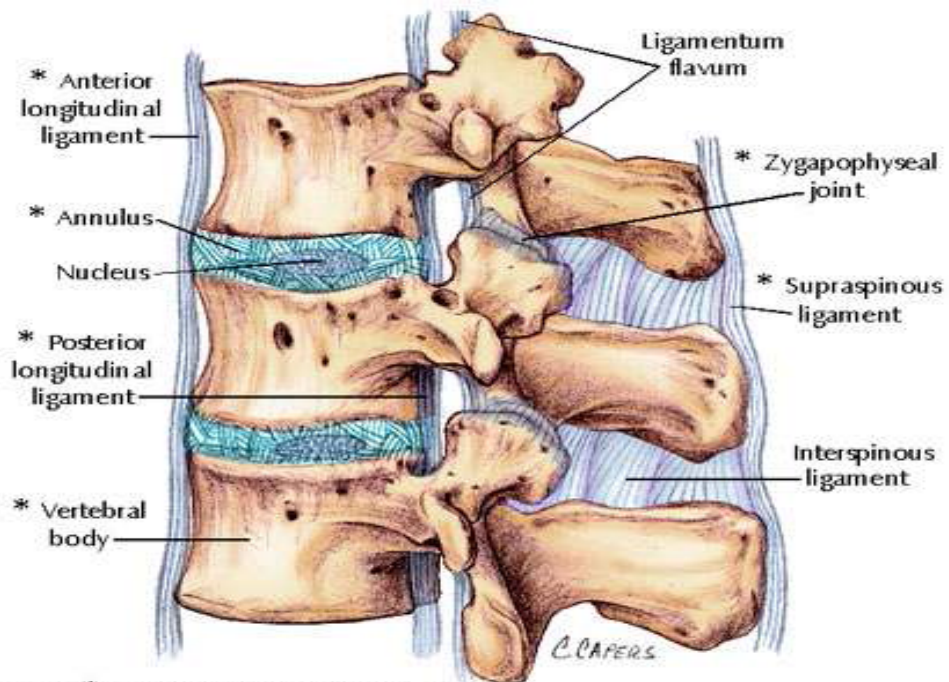
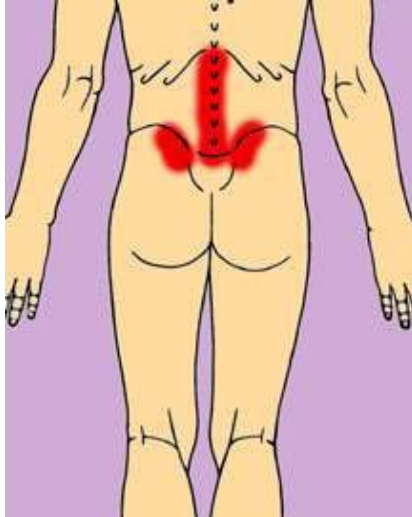


Fig. 1 * indicates pain-sensing structures

Gracias al uso de infiltraciones de anestésicos (lidocaína o bupivacaína) como método diagnóstico y terapéutico se sabe que el 45 al 70 % de la lumbalgia es secundario a síndrome facetario. Existe la controversia incluso de que la inflamación de los procesos facetarios sean la causa de lumbalgia crónica.



Una vez establecido el diagnóstico, el manejo y tratamiento médico en la lumbalgia crónica debe instaurarse de manera precoz; se debe iniciar con fisioterapia, AINES vía oral y la administración de bloqueo facetario de manera específica en sala quirúrgica con control fluoroscópico para tener asertividad en la aplicación parafacetaria del corticoide con el anestésico local.

La eficacia de los depósitos intrafacetarios y parafacetarios esta controvertida; sin embargo, con frecuencia estos son utilizados para realizar diagnósticos y/o tratamientos en dolor lumbar, que pudiese ser secundario a la enfermedad articular facetaria.

La Escala Visual Análoga de dolor, permite de una manera fácil y rápida determinar un rango aproximado del dolor que presenta el paciente, ya que este es un síntoma muy sugestivo, con una valoración de 0 para la no sensación de dolor y 10 como el valor máximo referido por el paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ El bloqueo facetario , en realidad contribuye a remitir el cuadro clínico de la lumbalgia crónica y por lo tanto, disminuir incluso los días de hospitalización y el uso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos y demostrar que si se convierte en una alternativa terapéutica como menciona la literatura?

OBJETIVO GENERAL

Correlacionar con respecto a la Escala Visual Análoga del dolor (EVA) la eficacia del bloqueo facetario en pacientes con lumbalgia crónica como tratamiento adyuvante y por ende, disminuir los días de hospitalización por dicho padecimiento. En los pacientes que ingresaron a la consulta externa de ortopedia del Hospital General Tacuba en el periodo de Enero 2010 a Marzo del 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer que efectivamente el bloqueo facetario disminuye el dolor mediante la escala EVA
- Comprobar la disminución de los días de hospitalización.

HIPOTESIS

“La lumbalgia crónica se ha relacionado con inflamación facetaria persistente por lo tanto el manejo debe ser integral e incluir el bloqueo facetario o parafacetario lo que permite tener el beneficio potencial de una terapia localizada con una concentración alta de corticoide y anestésico local.”

“La eficacia de tal tratamiento disminuye incluso la hospitalización en dos días promedio”.

“El uso de analgésicos y AINES por consulta externa disminuye en un periodo mínimo de 3 meses” posterior al bloqueo facetario.

JUSTIFICACION

El dolor lumbar es un problema socioeconómico, que en la actualidad; afecta a la población laboralmente activa, que aun representa un reto para su tratamiento.

Ya que es una patología que se caracteriza por ser renuente al manejo el cual es controvertido, La mayoría de los autores recomiendan tal manejo pero como parte de un protocolo, por sí solo, no mejora el cuadro clínico y puede crear falsas expectativas así como la no remisión del cuadro clínico

Es claro que la patología, se presenta muy frecuentemente en nuestra sociedad por la actividad laboral, y no presenta una predilección por genero pero si por edad al presentarse en mayores de 35 años, debido a la artrosis que se desarrolla en la articulación facetaria como parte del envejecimiento articular general.

Por lo tanto, como ortopedistas; debemos saber integrar un diagnostico certero y considerar el tratamiento integral con medicación vía oral y conjuntarlo con el bloqueo facetario para disminuir de manera significativa la frecuencia de la lumbalgia crónica como motivo para de ingreso a hospitalización.

En este estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de duración de 3 meses se buscara evaluar mediante la Escala Visual Análoga del dolor (EVA) la eficacia del bloqueo facetario como adyuvante en el tratamiento de la lumbalgia crónica en los pacientes de la Consulta externa de Ortopedia del Hospital General Tacuba del ISSSTE.

DISEÑO METODOLOGICO

Descripción general del estudio

El tamaño de la muestra se determinó mediante el censo de la consulta externa del Servicio de Ortopedia del Hospital General Tacuba que se enviaron por primera vez de la Unidad de Medicina Familiar con diagnóstico de referencia de Lumbalgia Crónica reuente a tratamiento médico sin antecedente traumático en el período del Enero del 2010 a Marzo del 2010.

El cálculo se realizó mediante análisis estadístico de media y moda mediante relación de momios.

Tipo de estudio

Observacional, retrospectivo a 3 meses y descriptivo.

Grupo de estudio

Pacientes de ambos sexos entre los 35 a 64 años de edad ingresados a la consulta externa de ortopedia en el Hospital General Tacuba con diagnóstico de referencia de lumbalgia crónica sin respuesta a tratamiento entre Enero del 2010 y Marzo del 2010

Tamaño de la muestra

- Ciento treinta y siete pacientes

Criterios de inclusión

Pacientes referidos de clínica familiar con diagnóstico de referencia de lumbalgia crónica sin respuesta al tratamiento que ingresaron para manejo en la consulta externa de ortopedia del Hospital General Tacuba y que contaban con expediente clínico, radiografías de segmento sacrolumbar, Tomografía Axial Computada y Resonancia Magnética de Región Lumbar. De ambos sexos en rango de edad de 35 a 64 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuentan con expediente clínico
- No contar con estudios de imagen completos (radiografías, tomografía axial computada y resonancia magnética de segmento sacrolumbar)
- Pacientes subsecuentes y multitratados en otras instituciones tanto privadas como públicas.

Criterios de eliminación

- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas
- Pacientes con Espondilomielopatía Lumbar o Escoliosis Degenerativa del Adulto así como de Espondilólisis Lumbar y antecedente de Traumatismo Sacrolumbar como causa del dolor.

Diseño

Los pacientes fueron ingresados al Servicio de la Consulta Externa de Ortopedia del Hospital General Tacuba, con hoja de referencia de su Unidad de Medicina Familiar con diagnóstico de Lumbalgia crónica sin respuesta o renuente a tratamiento médico.

Se hace apertura de expediente según norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998. a aquellos que ameriten tratamiento de segundo nivel por médico especialista; posterior se hace interrogatorio y exploración física específica para columna y determinar posible dolor a la movilización pasiva y activa .

Se hace la descripción radiográfica así como de la tomografía axial y resonancia magnética en la nota de ingreso.

Y otorga el diagnóstico de lumbalgia crónica secundaria a síndrome facetario lumbar.

De los expedientes se toman los siguientes datos:

- Cedula de identificación.
- Edad
- Sexo
- Antecedente del dolor
- Manejo hasta el momento utilizado

Variables dependientes

Escala Visual Análoga del Dolor (EVA)

Variables independientes

Edad

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació hasta el momento actual.

Definición operacional: Se medirá en grupos de años desde los 35 años marcando a los 64 años y un mes

EDAD
35 – 40
40 - 45
45 - 50
50 - 55
55 - 60
60 – 64

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, lo masculino de lo femenino

Definición operacional: Mismo que conceptual

Recursos humanos

- Médico residente de ortopedia

Recursos materiales

- Expediente clínico del paciente
- Censo de la consulta externa de ortopedia
- Hoja de recolección de datos
- Computadora para captura de datos

Cronograma

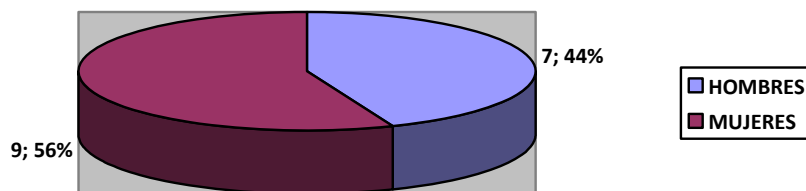
ACTIVIDAD/ MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Elaboración de protocolo	X	X	X		
Recolección de datos del expediente		X	X	X	
Proceso de datos		X	X	X	
Análisis de datos			X	X	X
Elaboración de resumen				X	X
Elaboración de tesis				X	X

ANALISIS DE RESULTADOS

De los 137 pacientes que ingresaron a la consulta externa de ortopedia del Hospital General Tacuba en el período de enero del 2010 a Marzo del 2010 en acorde con la aplicación de los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Fueron incluidos 16 pacientes que equivalen al 12 % de la muestra inicial.

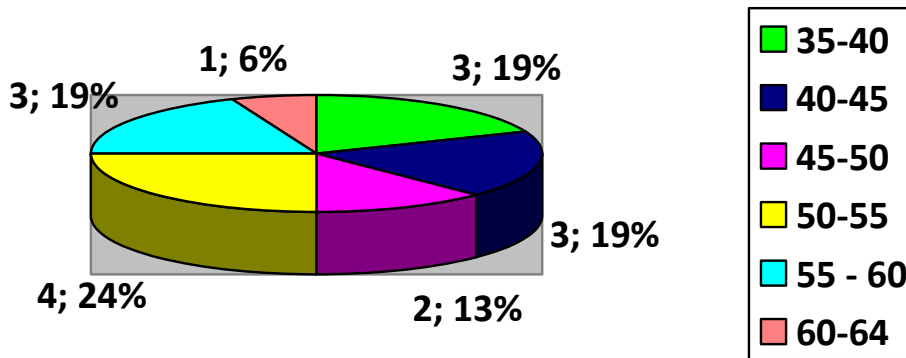
De los cuales de acuerdo al sexo 9 son pacientes femeninos que equivalen al 56 % 7 son masculinos con un valor del 44 %.

1. Sexo



Se puede observar que hay predominio de sexo femenino

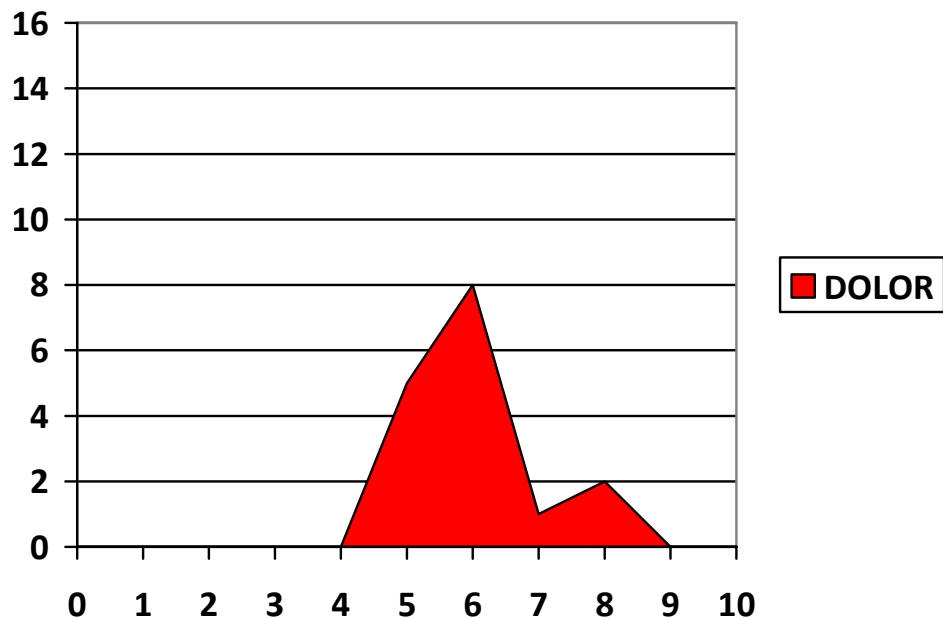
2. Edad



Se puede observar que la media se encuentra en el grupo etario de 50 – 55 años pero aun así; se mantiene con un promedio de 3 pacientes en la etapa laboralmente productiva.

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
35 -40	3	19%
40 - 45	3	19%
45 - 50	2	13 %
50 - 55	4	24 %
55 - 60	3	19%
60 - 64	1	6 %

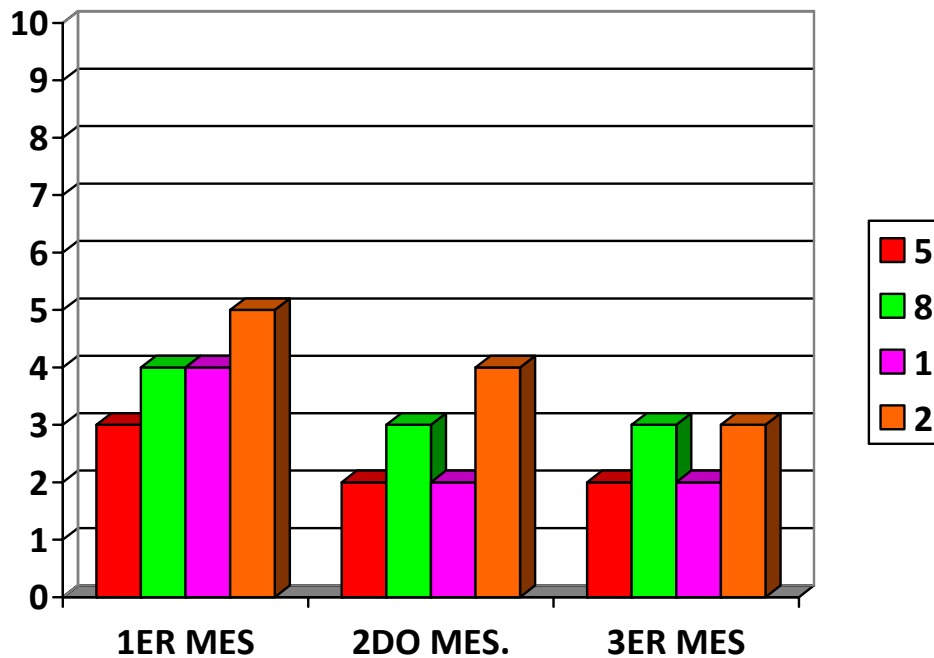
ESCALA VISUAL ANÁNOLOGA INICIAL (EVA)



Donde la Escala Visual Análoga del dolor (EVA) tiene como parámetros, el 0 como la ausencia del dolor y el 10 como dolor intolerante.

PACIENTES	EVA
5	5
8	6
1	7
2	8

ESCALA VISUAL ANALOGA POS BLOQUEO



Del cual , en el primer mes aquellos 5 con escala inicial de EVA de 5, al primer mes presentan un puntaje de 3, al segundo mes de 2 y al tercer mes permanece en 2 lo cual se interpreta como dolor leve ocasional.

PACIENTES	INICIAL	1ER MES	2DO MES	3ER MES
5	5	3	2	2

En los pacientes con un EVA inicial de 6 presentan al primer mes 4, al segundo mes 3 y al tercer mes 3.

PACIENTES	INICIAL	1ER MES	2DO MES	3ER MES
8	6	4	3	3

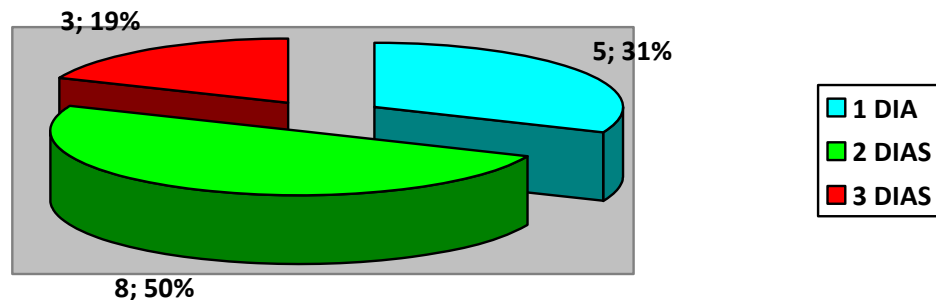
En los pacientes con EVA inicial de 7 presentan al primer mes un EVA de 4, posterior al segundo mes de 2 y al tercer mes 2.

PACIENTES	INICIAL	1ER MES	2DO MES	3ER MES
1	7	4	2	2

Y para los pacientes con EVA inicial de 8, al primer mes presentan 5, al segundo mes de 4 y al finalizar en el tercer mes queda en 3.

PACIENTES	INICIAL	1ER MES	2DO MES	3ER MES
2	8	5	4	3

Promedio de hospitalización



Siendo en que la mayor estancia intrahospitalaria se dio por 2 días en un promedio de 8 pacientes con un 50% siguiendo con 1 día 5 pacientes en un 31 % y por 3 días en 19 % en tres pacientes.

Discusión

Por medio de una adecuada valoración, aquellos pacientes que se encuentran con el diagnóstico de lumbalgia crónica, padecimiento frecuente en la consulta externa de ortopedia y que no tienen antecedente traumático, puede integrarse un manejo protocolizado con medicación vía oral con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos fisioterapia y al determinar que la causa es un síndrome facetario.

Pueden ser candidatos para un bloqueo facetario, el cual debe de realizarse en área quirúrgica para tener el apoyo por imagen del fluoroscopio y realmente administrar a nivel facetario y parafacetario medicamento corticoide y anestésico local.

Lo que contribuye en gran medida a la remisión inmediata del dolor, lo que se traduce en un periodo de tiempo corto en disminución de uso de la medicación oral y la estancia intrahospitalaria para el manejo del dolor.

Siendo en promedio máximo la estancia de 2 días, donde el paciente puede obtener remisión importante del dolor, movilización inmediata fuera de cama , integración a una terapia física sin la desconfianza de que el dolor se presentara mediatamente.

Con relación al género al parecer presenta predilección por el sexo femenino en un porcentaje mínimo, pero sí se presenta mayormente en un grupo etario de 50 – 55 años, muy probablemente aunado al envejecimiento articular generalizado.

La literatura considera el bloqueo facetario como adyuvante terapéutico en el manejo en estos pacientes en específico, con resultados variables en las series de casos presentes en la actualidad, pero no desacreditan la importancia que adquiere día con día este procedimiento, que bien aplicado y manejado puede contribuir y ser un real beneficio para los pacientes con lumbalgia crónica.

Mediante este estudio, se corrobora que los pacientes si presentan una mejoría significativa ante el dolor, que el de ser intolerable y de moderada intensidad, se presenta después del bloqueo como leve y que puede ser manejado con analgésicos no tan agresivos.

Además de presentar movilización mediata fuera de cama y por lo tanto un egreso hospitalario en promedio de 2 días.

El que a los 3 meses presenten un dolor leve y tolerable, hace de la técnica empleada, que se tenga como efectiva y reducir el tiempo de integración a su área laboral.

CONCLUSIONES

Con base a la hipótesis planteada inicialmente y los objetivos del estudio, se puede concluir que el bloqueo facetario, funciona como adyuvante en el manejo de la lumbalgia crónica que se caracteriza por ser resultado de un síndrome facetario, que como lo marca la literatura; el bloqueo bien aplicado a pacientes candidatos y teniendo como apoyo la imagen fluoroscopia durante el procedimiento; se obtiene una óptima aplicación y por ende; un mejor resultado.

Sumándole además continuar con el manejo médico vía oral y la integración oportuna y mediata a las actividades cotidianas dan como resultado que el paciente refiera de manera subjetiva la satisfacción de no presentar dolor que lo condicione al abuso de medicamentos y ausencias laborales prolongadas.

El inicio del programa de rehabilitación se hace de forma alterna al tratamiento, siempre y cuando se tenga un adecuado control del dolor. Sin el control del síntoma los objetivos de la terapia se ven limitados a un simple acompañamiento poco útil.

Una vez el síntoma este controlado la rehabilitación debe establecer los siguientes objetivos: retorno completo a la función, trabajo de arcos de movimientos sin generar dolor, aumento de la flexibilidad, estiramientos y educación para la prevención de posteriores lesiones.

Cumple con una función diagnóstica cuando se confirma que efectivamente después de la inyección se logró un control significativo de la sintomatología dolorosa.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Se debe considerar como diagnóstico el síndrome facetario lumbar, en aquellos pacientes que presentan lumbalgia crónica sin mejoría con la medicación y que no presenten antecedentes de origen traumático.

El integrar un protocolo donde se tomen en cuenta todos estos datos, originará una atención más eficaz la cual se traducirá en una disminución de los pacientes que ingresan a la consulta para manejo del dolor lumbar y por ende en menos días de ausencia laboral, acudir a urgencias para manejo prolongado y en limitación funcional solo por dolor. Además de disminuir el abuso de analgésicos y AINES.

Como sabemos, el conocer la posibilidad diagnóstica, nos da la pauta para tener un problema concreto y ofrecer una medida terapéutica quizás más eficaz.

ANEXOS Y APENDICES

ANEXO I.

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS QUE INCLUYE LOS DATOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO

AÑO	EDAD	EXPEDIENTE	SEXO	TRAUMA SI/NO	AINES SI/NO	EVA INICIAL	EVA 1 MES	EVA 2 MES	EVA 3 MES	HOSPITALIACION

BIBLIOGRAFIA

1. **Fitzgerald**. Kaufer. Malkani. Lumbalgia y Ciática. De Todd J. Albert .*Ortopedia*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina; 2004 pág. 1308-1322.
2. **Acevedo J.C.** Análisis clínico de una serie de 37 pacientes con dolor lumbar tratados con bloqueo facetario lumbar. Sección II columna. *Revista colombiana de ortopedia y trauma*. Vol. 18-no 3, septiembre de 2004.
3. Carrino JA, Morrison WB, Parker L, Schweitzer ME, Levin DC, Sunshine J.H. Spinal injection procedures: volume, provider distribution, and reimbursement in the US medicare population from 1993 to 1999. *Radiology* 2002; 225: 723-9.
4. A. Arenas. El syndrome facetar lumbar. Tratamiento con infiltraciones facetarias de fenol. *Rev Esp Cir Osteoart* 1998;33:115-121.
5. Patarroyo J.M. Utilidad de los bloqueos anestésicos en patología de columna vertebral en el Hospital Universitario Clínica San Rafael. *Revista de la Facultad de Medicina*. Volumen 17 - No. 1 - Enero - Junio de 2009.
- 6 Ash S. Is epidural Injection of Steroids Effective for Low Back Pain? *British Medical Journal*. 2004; 328:1509-1510.
- 7 Mc Donald J, Burt G. Epidural Steroid Injection for Nerve Root Compression. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 2005; 87B:352-355.
- 8 .Butterman G. Treatment of Lumbar Disc Herniation: Epidural Esteroid Injection Compared with Discectomy. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 2004;86A:670-678.
- 9 Rosen. C. A Retrospective Analysis of the Efficacy of Epidural Steroid Injections. *Clinical Orthopedics*. 1988; 228:270-272.

10. Derby. R. Response to Steroid and Duration of Radicular Pain as Predictors of Surgical Outcome. *Spine*. 1992;17(6):176-183.

11. Lynch MC. Facet Joint Injection for Low Back pain: A Clinical Study *Journal of Bone and Joint Surgery*. 1986;1B:1138-1141.

12. C arette S. A Controlled Trial of Corticosteroid Injection Into Facet Joints for Chronic Low Back Pain. *New England Journal of Medicine*. 1991;325:1002-1007.

13. Lilius G. Lumbar Facet Joint Syndrome: A Clinical Trial. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 1989;4B:681-684.

14. De Lille-Fuentes. Inyecciones Facetarias en Dolor Crónico. *Anestesia en México* , Vol. 16, No. 1, (Enero- Marzo) 2004 pp. 29 - 31

15.L. Pimienta. León Parra. Síndrome Facetario y su manejo. *Ortho-tips*. Vol.1. No 2, (Octubre-Diciembre) 2005 pp. 97-101