



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO**

**EFFECTIVIDAD DEL BLOQUEO TERAPEUTICO
EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
LUMBALGIA AGUDA O CRONICA**

**TESIS DE GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:

DR. GERARDO RAFAEL MURILLO ARRIAGA

FEBRERO DEL 2013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1303
H GRAL REGIONAL NUM 110, JALISCO

FECHA **29/10/2012**

DR. RUBEN CAMACHO MIRAMONTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

EFFECTIVIDAD DEL BLOQUEO TERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA AGUDA O CRONICA

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1303-65

ATENTAMENTE

DR. GERMÁN GUILLERMO LÓPEZ GUILLÉN

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1303

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AUTORIZACIONE DE LA TESIS “EFECTIVIDAD DEL BLOQUEO TERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA AGUDA Y CRONICA”PRESENTADA POR DR. GERARDO RAFAEL MURILLO ARRIAGA

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Rubén Camacho Miramontes

Médico Especialista en Urgencias Medico Quirúrgicas
Hospital General Regional No. 110
Correo electronico: drkmacho@gmail.com
Telefono 333455808

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Dr. Rubén Camacho Miramontes

Coordinador Clinico de Educacion e Investigacion en Salud del HGR 110
Médico Especialista en Urgencias Medico Quirúrgicas
Correo electronico: drkmacho@gmail.com
Telefono 333455808

ÍNDICE

<u>RESUMEN.....</u>	<u>5</u>
<u>MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>6</u>
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</u>	<u>12</u>
<u>JUSTIFICACION.....</u>	<u>13</u>
<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>14</u>
<u>MATERIAL Y MÉTODOS.....</u>	<u>15</u>
<u>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....</u>	<u>19</u>
<u>RECURSOS.....</u>	<u>20</u>
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>24</u>
<u>DISCUSION.....</u>	<u>28</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>29</u>
<u>BIBLIOGRAFIA.....</u>	<u>30</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>31</u>

**EFFECTIVIDAD DEL BLOQUEO TERAPEUTICO
EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
LUMBALGIA AGUDA O CRONICA**

RESUMEN: EFECTIVIDAD DEL BLOQUEO TERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA AGUDA O CRONICA

Antecedentes: El dolor lumbar agudo, mejor conocido como lumbalgia a nivel mundial tiene una alta prevalencia, con una repercusión socio económica importante ya que se presenta sobre todo en pacientes con edad laboral, generando una importante utilización de recursos y pérdida de días laborables, se ha calculado un aproximado en el que hasta el 60 a 70 % de las personas adulta presentaran un episodio de dolor lumbar a lo largo de su vida, con evidencia de que causa limitación física importante en los menores de 45 años. En el IMSS es la octava causa de consulta en el primer nivel de atención, generando un volumen de consulta de 907,552 mil consultas en 2007 por este motivo, la evaluación de la efectividad de los tratamientos utilizados para el control del dolor en esta entidad, para ello por lo cual mediante el presente estudio se intenta valorar el resultado final de la efectividad de dicho tratamiento.

Objetivo: Se Evaluar la eficacia del bloqueo facetario terapéutico para el control del dolor generado por lumbalgia aguda o crónica que reciben tratamiento en urgencias de traumatología

Diseño del estudio: Se Realizo un estudio transversal, descriptivo.

Desarrollo del estudio: Se revisaron expedientes de pacientes con diagnostico de lumbalgia aguda o crónica que hubieran recibido tratamiento a base de bloqueo terapéutico en el HGZ 6 del IMSS en el área de urgencias o urgencias del servicio de Traumatología

de dicho hospital, se incluyeron al estudio los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: con diagnostico de lumbalgia ya sea aguda o crónica, derechohabientes del I.M.S.S y que contaran con expediente completo. Se tomaran los datos del expediente para el llenado de la hoja de captura de datos, los cuales fueron concentrados en una base de datos previamente estructurada que posteriormente fue analizada.

Análisis estadístico: La muestra obtenida fue de 40 pacientes de los cuales 72.5% fueron femeninos y 22.5% masculinos; el rango de edad fue de 30 a 74 años, 31 (77.5%) con lumbalgia crónica y 9 (22.5%) con aguda, la mejoría de los síntomas después del bloqueo peridural fue del 85% y solo un 15% presento recaída.

Recursos e infraestructura: Se conto con el apoyo de las autoridades médicas y educativas del I.M.S.S. para llevar a cabo el estudio, los costos corren por cuenta de los investigadores.

Conclusiones. La lumbalgia se presenta más en mujeres y tienen más complicaciones y sin embargo tienen buena respuesta al bloqueo terapéutico con mayor efectividad. Al igual al manejo de la analgesia es muy similar teniendo un beneficio parcial a la utilizada en el estudio del Dr. Pablo guerra y las guías para la atención del síndrome doloroso lumbar de la Dra. Verónica López.

MARCO TEÓRICO:

La Lumbalgia no es un diagnóstico en realidad se trata de una manifestación clínica de una lesión a nivel de la columna lumbar, pero a través del tiempo ha recibido categoría de diagnóstico y lo encontramos como tal en el CIE 10, que se trata del acrónimo de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, (CIE) en su versión número 10.

La definición de lumbalgia es la siguiente: Dolor o malestar en la zona lumbar, la cual se encuentra localizada 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 que dificultan las actividades de la vida diaria y que pueden causar ausentismo laboral. (1, 2)

La frecuencia de presentación de la Lumbalgia es tal que algunos autores afirman que durante la vida de un adulto este sufrirá un episodio de Lumbalgia hasta en un 70 a 80%, de los cuales el 10 % tendrá evolución hacia la cronicidad. (3)

La Lumbalgia tiene una historia muy antigua casi acompaña a la historia del hombre mismo, la descripción más antigua de dolor agudo lumbar y exploración física se encuentran en el papiro Edwin Smith (1500 años antes de Cristo) no se cuenta con la descripción del tratamiento ya que dicho documento no está completo.

También existe una descripción de Hipócrates entre el año (460 – 370 antes de Cristo) dicho escrito habla sobre dolor isquiático que afecta a varones de 40 a 60 años con una duración aproximada de 40 días describe el uso de calor como recurso terapéutico.

Con la revolución industrial y particularmente con la construcción de vías ferroviarias se inicia la relación del dolor lumbar con la sobrecarga postural y los traumatismos acumulativos

La primera cirugía con fines terapéuticos de dolor lumbar se realizó en 1932 con diagnóstico de ruptura de disco intervertebral. (4)

De todos los dolores relacionados con la espalda la Lumbalgia constituye el 70%.

La Lumbalgia se puede dividir en 2 categorías, Aguda con una presentación de menos de 6 semanas y Crónica con una presentación de más de 12 semanas, con un punto intermedio que la designa como sub aguda y es aquella que tiene una duración entre 6 a 12 semanas. (5)

La lumbalgia aguda la podemos entender como un dolor lumbar de menos de 6 semanas de evolución, es la presentación más común en la población, puede tener una presentación con datos de lesión radicular o sin datos de la misma.

Cuando el paciente manifiesta irradiación a la pierna o la rodilla existe la posibilidad de que se trate de una hernia de disco.

Los síntomas que más comúnmente acompañan a la lumbalgia son:

- 1.- Dolor agudo.
- 2.- Aumento en el tono muscular.
- 3.- Rigidez.

La presentación de la lumbalgia por lo general se presenta en 3 diferentes tipos de patrones:

- 1.- Simple: Dolor tipo mecánico sin datos agregados, sin evidencia clínica o radiológica de lesión radicular con una presentación del 95%.
- 2.- Causada por Compresión Radicular: Con evidencia clínica y radiológica de lesión radicular con una presentación del 5%.
- 3.- Secundaria: A patología lumbar (trauma previo, datos de alarma que orientan a origen infeccioso o cáncer, enfermedades reumatológicas como la Espondilitis

Anquilosante, la Osteoartritis, la Artritis reumatoide, etc.), esta presentación no tiene relación con la actividad física, presenta rigidez matutina o limitación funcional, con una presentación del 2%

La lumbalgia crónica se define como un dolor de más de 12 semanas de evolución y que por lo general no se ha encontrado la causa del mismo, en esta presentación además de los problemas locales lumbares también intervienen o se involucran aspectos psicológicos, emocionales, educativos etc. (5,6,7)

La evaluación inicial es la clave para la identificación de mecanismo de la lesión, signos de alarma, enfermedades previas de la columna las cuales no necesariamente se encuentran limitadas al área de la columna.

La exploración física de la columna lumbar debe ser lo más completa y detallada posible, aplicando una metodología estructurada para abarcar la mayor parte de datos posibles para integrar un diagnóstico.

Debe de incluir tipo de marcha, inspección de alineamiento de columna, movilidad de arcos de flexión natural de la columna, tono muscular, reflejos miotáticos y maniobras especiales como la seque para determinar un probable daño radicular, de la misma manera si el cuadro clínico sugiere daño estructural la realización de estudios radiológicos y de gabinete entre los que encontramos rayos x simples en posición AP y Lateral, Tomografías computarizadas, Resonancias magnéticas y electromiografías etc. Siempre y cuando estén justificados la utilización de estos recursos sobre todo si se sospecha de una lesión radicular. (8,9)

El manejo inicial del dolor lumbar no complicado se hará de manera conservadora se trata de evitar el reposo prolongado ya que existe evidencia de no ser benéfico para el paciente si este tolera movilidad para alimentarse y asearse el paciente debe de permanecer fuera de la cama, se iniciara una terapéutica con analgésicos simples y coadyuvantes, la finalidad de esta terapéutica es luchar en contra del dolor, la inflamación y el espasmo muscular, el Paracetamol como

Primera opción sobre todo si se trata de un dolor leve a moderado utilizando una dosis de 500 a 1000 mg cada 6 hrs, dosis dentro de rango terapéutico adecuado y con bajo riesgo para el paciente, algunos autores y guías de manejo de dolor de dolor lumbar recomiendan la combinación con Codeína 30 mg cada 6 hrs.

El siguiente paso terapéutico recomendado es la utilización de Anti inflamatorios no esteroideos (AINE) a dosis terapéuticas no se ha podido identificar que uno u otro sea más efectivo para el control del dolor, por lo que se recomienda preferir la utilización del AINE con menos efectos tóxicos gastrointestinales por el menor tiempo posible, la variedad es grande pero los más utilizados son Naproxeno, Diclofenaco, Piroxicam, Ibuprofeno etc. y a últimos años los inhibidores de la COX 2. (5, 6, 7, 8, 9)

Existe evidencia que demuestra que los AINE son efectivos frente al dolor articular pero no ante el radicular, de igual manera no son muy efectivos en el dolor crónico.

Los relajantes musculares están indicados en casos agudos y por periodos cortos.

No existe suficiente evidencia de que los antidepresivos sean efectivos en el tratamiento del dolor crónico.

Los antiepilépticos como el Clonazepam, Gabapentina y Topiramato son estabilizadores de la membrana que unidos a antidepresivos son efectivos en el dolor neuropático post laminectomía.

Los analgésicos opiodes fueron una buena opción analgésica cuando el máximo beneficio de otros analgésicos se alcanzo y el dolor lo rebasa debiendo utilizarlos por periodos cortos, se ha observado que no tienen ventaja en relación con otros analgésicos cuando se trata de dolor agudo. (10, 11)

Esto es en cuanto a tratamiento conservador y medicamentoso, en conjunto con la

Utilización de tratamiento médico también se utilizo ejercicios para fortalecimiento de la musculatura paravertebral, la manipulación activa de la zona lumbar, y la higiene de columna que consiste en educación de los pacientes para realizar maniobras comunes que requieren de posiciones forzadas del área lumbar de una manera correcta sin riesgo de lastimar dicha área o la corrección de posturas viciosas que pueden deformar y lastimar esta zona por ejemplo la manera correcta de apoyar la espalda al estar sentado, o la posición ideal para dormir, etc. (12)

La variante de tratamiento denominada infiltración o bloqueo, se realizo con 2 fines diagnostico o terapéutico, cuando se utiliza con fines diagnósticos solo se utilizan anestésico, cuando se utiliza para fines terapéuticos se utilizan anestésicos en una mezcla con anti inflamatorios sobre todo cortico esteroides, el éxito del bloqueo está en función que se encuentre la estructura diana, los fallos se pueden dar por que el paciente tenga vías nociceptivo alternas o células ganglionares ectópicas.

Existe una variedad amplia de tipos de bloqueos terapéuticos las cuales presentan indicaciones y resultados diferentes entre los que podemos encontrar se describen los siguientes:

Los bloqueos en puntos gatillo se indican en el síndrome miofacial, actualmente para los puntos gatillo se utiliza toxina botulínica con técnica de ampliación de imagen o tomografía seguida de fisioterapia.

Los bloqueos peri articulares, estos están indicados en lumbalgia mecánica que involucran patología facetaría este bloqueo es menos especifico pero mas fácil de realizar incluso a nivel de consultorio.

Los bloqueos intra articulares para los cuales se requiere de un amplificador de imagen.

Los bloqueos de rama medial o rama posterior, para lesiones ubicadas entre L5 – S1, se localiza un punto anatómico de referencia localizado en las apófisis transversas y se bloquea el nivel seleccionado y el nivel superior se considera un

buen resultado si la sintomatología disminuye un 50%, se puede alcanzar hasta un 80% de alivio dependiendo de la experiencia de quien lo aplica.

La infiltración de la articulación sacro – iliaca cuando esta es causante de dolor lumbar.

El bloqueo epidural o radicular selectivo cuando existe inflamación de las raíces nerviosas o complicaciones por la ruptura de un disco articular sin compresión demostrada de la raíz articular.

Por último se puede realizar una infusión continua epidural, indicada en pacientes crónicos que no responden a tratamiento conservador se realizara por periodos cortos solo para facilitar la rehabilitación del paciente con fisioterapia.

La última modalidad de tratamiento seria la cirugía para control del dolor con resultados muchas veces inciertos. (13, 14).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Lumbalgia como entidad patológica es muy frecuente en los tres niveles de atención por los cuales se encuentra integrado el sistema de salud que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro social, esta frecuencia hace que se destinen muchos recursos para su diagnostico y tratamiento con un resultado no muy alentador El tratamiento ofertado mediante un bloqueo terapéutico para el dolor causado por una lumbalgia aguda o crónica, demuestra efectividad en el resultado final acortando con esto el tiempo de manejo del paciente y su reintegración a actividades laborales.

De lo anterior descrito surge la siguiente Pregunta de Investigación ¿Cuál es la efectividad real del bloqueo terapéutico realizado en los pacientes con lumbalgia aguda o crónica que son tratados con este recurso en el área de traumatología urgencias del HGZ 6 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN:

Por ser una entidad patológica con una frecuencia importante en el ámbito médico de todos los niveles de atención de urgencia del IMSS y de todas las instituciones de salud en el país y debido al gasto que genera para su diagnóstico y manejo tanto médico como de rehabilitación, el buscar la mejor alternativa terapéutica en base a su efectividad, y menor costo hace de primordial importancia la realización del presente estudio, para definir si los bloqueos terapéuticos tienen una efectividad comprobada como para realizarlos de manera rutinaria en nuestro ámbito, cuestión que ahorraría tiempo y recursos en el tratamiento de la lumbalgia tanto aguda como crónica, los materiales y los recursos que genera la realización del presente estudio son mínimos ya que será un estudio transversal en donde se analizará el resultado final de la aplicación de los bloqueos ya realizados y se cuenta con los recursos plasmados en el expediente clínico y los registros de intervenciones en los quirófanos que no generaran más gastos a la institución y si un beneficio tanto a corto como a largo plazo para la restauración de la salud de los derechohabientes y un menor gasto institucional en el tratamiento ofertado a dichos pacientes, por los motivos antes expuestos y por los posibles beneficios que otorgaría la justificación en la realización del presente estudio es suficiente para su efectuarla sin presentar obstáculos para la misma desde el punto de vista de la institución y de los investigadores.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

1.- Determinar el grado de efectividad final en el control del dolor ocasionado por una lumbalgia aguda o crónica al realizar un bloqueo terapéutico cuando el manejo convencional no ha funcionado.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Establecer la efectividad final en el control del dolor de una lumbalgia aguda o crónica al realizar un bloqueo terapéutico como tratamiento para una lumbalgia aguda o crónica.

2. Conocer por grupos de edad y sexo la efectividad del bloqueo terapéutico en el control del dolor en el paciente con lumbalgia aguda o crónica.

3. Conocer la frecuencia del tipo de lumbalgia más frecuente que requiere tratamiento con bloqueo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

NOMBRE DEL PROYECTO:

EFFECTIVIDAD DEL BLOQUEO TERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA AGUDA O CRONICA

DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:

Se realizo un estudio transversal descriptivo que se llevo a cabo en el servicio de urgencias de traumatología del HGZ 6 del IMSS, en Ocotlán, Jalisco, México.

UNIVERSO DE TRABAJO:

El universo de trabajo fue definido por pacientes que fueron sometidos a la realización de un bloqueo terapéutico con el diagnóstico de lumbalgia aguda o crónica y en el servicio de urgencias del HGZ No. 6 el cual se realizo del 01 de junio al 31 de julio del 2012.

LUGAR DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO:

Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No.6, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la calle Dr. Delgadillo Araujo s/n Ocotlán Jalisco, México. C.P.47840 Tel: 92 2 12 76

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se incluyeron en el presente estudio la totalidad de 40 pacientes derechohabientes portadores de lumbalgia aguda o crónica que fueron sometidos a bloqueo terapéutico del 01 de enero al 31 de octubre del 2012, que fue realizado por el servicio de urgencias de traumatología del HGZ no.6 del I.M.S.S.

CRITERIOS DEL ESTUDIO:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Ambos sexos
2. Que hayan sido sometidos a bloqueo terapéutico
3. Con diagnóstico de lumbalgia aguda o crónica.
4. Que sean derechohabiente del IMSS.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. Pacientes con expediente incompleto o que no tengan registro de la evolución posterior de su cuadro clínico en el expediente.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.- Pacientes finados al momento del estudio o dados de baja del IMSS y que no tenga seguimiento en sus expedientes clínicos.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

DEFINICION DE VARIABLES:

1.- **Edad**: esta variable para su definición se tomara como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de su atención, en años, el índice de esta variable será, rango de edad de 25 – 30, de 31 – 35, 36 - 40 de 41 – 45, 46 – 50, 51 – 55, 56 – 60 y 61 y mas, el estadígrafo será la media y la desviación estándar.

2.- **Sexo**: esta variable para su definición se tomara como el sexo anatómico denominando a los individuos como femeninos o masculinos, el estadígrafo será la moda y porcentaje.

3.- **Lumbalgia aguda**: esta variable se definirá como la presencia de dolor a nivel lumbar que cuenta con una duración menor a 6 semanas, el nivel de medición será ordinal, Para su análisis descriptivo se utilizara el porcentaje.

4.- **Lumbalgia crónica**: para su definición se tomara como dolor a nivel lumbar con una duración mayor a 12 semanas, el nivel de medición será ordinal, para su análisis descriptivo se utilizara el porcentaje.

5.- **Procedimientos diagnósticos realizados**: para su definición se tomaron como los estudios radiológicos o de gabinete ya sean Rayos x, Tomografías, Resonancias magnéticas o Electromiografías realizados en la unidad de atención médica a la que pertenecen o los realizados en el lugar de hospitalización el nivel de medición será ordinaria I, para su análisis descriptivo se utilizara el porcentaje.

6.- **Tipo de Bloqueo terapéutico realizado**: para su definición se describió como el tipo de bloqueo efectuado en el paciente entre los que encontramos, bloqueo en punto gatillo, bloqueo peri articular, bloqueo intra - articular, bloqueo de rama medial o posterior, infiltración de la articulación sacro iliaca y bloque epidural o radicular selectivo el nivel de medición será ordinal, para su análisis descriptivo se utilizara moda y porcentaje.

7.- **Resultado final del procedimiento:** para su definición se describió como la reducción del dolor según la escala visual analógica (EVA) con respuesta verbal simple, donde se coloca una escala de 10 cm donde el cero es no dolor y el 10 es el dolor máximo imaginable y el paciente gradúa su dolor en base a los números del 0 al 10 se trata de una escala subjetiva pero con validez de aplicación, el nivel de medición será ordinal y para su análisis se utilizara el porcentaje.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INSTRUMENTO DE PRESENTACION	TRATAMIENTO ESTADISTICO
EDAD	Cuantiitativa discreta	Continua en meses	Edad ultimo cumpleaños	Grafica	Porcentaje
SEXO	Cualitativa nominal	Femenino 1 o Masculino 2	Sexo anatómico	Tabla y grafica	Porcentaje
Lumbalgia aguda	Cualitativa nominal	Presencia	Menos de 6 semanas de evolución	Grafica	Porcentaje
Lumbalgia Crónica	Cualitativa nominal	Presencia	Más de 12 semanas de evolución	Grafica	Porcentaje
Procedimientos diagnósticos realizados	Cualitativa nominal	Tipo de estudio realizado para el diagnostico complementario de la lumbalgia.	RX simple. Tomografía. Resonancia magnética. Electromiografía.	Tabla	Porcentaje
Tipo de bloqueo terapéutico realizado	Cualitativa nominal	Tipo de bloqueo realizado como tratamiento de la lumbalgia sin respuesta a tratamiento convencional.	B. en punto gatillo. B. periarticular. B. intrarticular. B. rama medial o posterior. Infiltración sacroiliaca. B. epidural o radicular selectivo	Tabla	Porcentaje
Resultado final del procedimiento	Categorica	Presencia o ausencia de dolor lumbar	Nivel de dolor según la escala designada para medición de dolor.	Tabla	Porcentaje

RECURSOS:

HUMANOS:

Dr. Gerardo Rafael Murillo Arriaga.

Dr. Rubén Camacho Miramontes

MATERIALES:

- 1.- Cuestionario elaborado para la recolección de datos de los expedientes.
- 2.- Lápiz.
- 3.- Borrador.
- 4.- Calculadora.
- 5.- Programa de computación denominado status para acumulo y evaluación de datos de datos.

PRESUPUESTO:

Este estudio fue financiado por los investigadores y el tesista en su totalidad.

CONSIDERACIONES ETICAS:

De acuerdo al reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la Salud se refiere (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984) dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII y VIII.) del Título Segundo correspondiente a los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación se considera una INVESTIGACION SIN RIESGO, por lo que de acuerdo al artículo 23, y tratándose de este tipo de investigación podrá dispensar el investigador la obtención del consentimiento informado

Dado que la presente investigación es descriptiva se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos ya que no es necesaria la utilización del nombre de los pacientes ni el de los médicos tratantes.

DIFUSION:

La presente investigación por ser de carácter general se pretende difundir a nivel interno de la unidad de atención hospitalaria, contando para ello con una copia en la biblioteca del área de enseñanza de dicha unidad.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1.- EDAD: _____

2.- SEXO: _____

3.- TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO: _____

4.- SIGNOS Y SINTOMAS: _____

5.- DIAGNOSTICO CLINICO: _____

6.- DIAGNOSTICO RADIOLOGICO: _____

7.- TRATAMIENTO PREVIO A BLOQUEO: _____

8.- TIPO DE BLOQUEO UTILIZADO:

9.- EVOLUCION POST BLOQUEO: _____

10.- SINTOMAS PERSISTENTES: _____

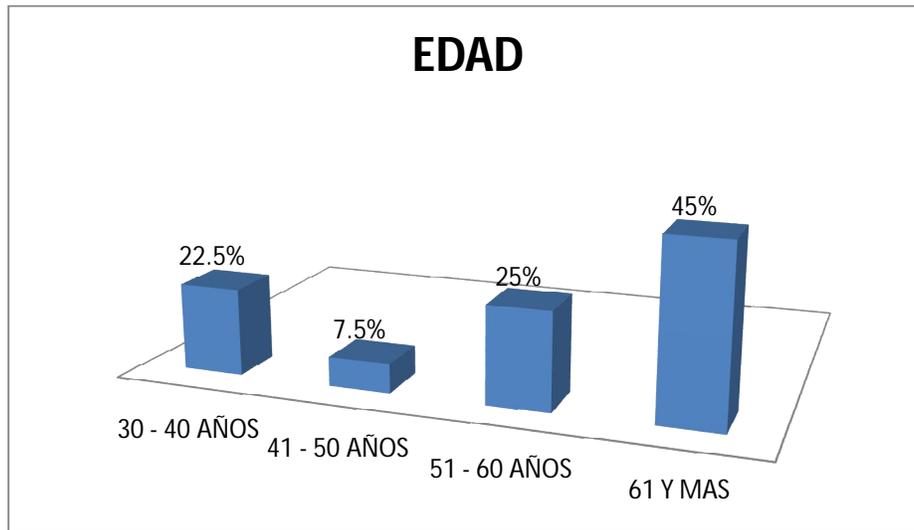
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	ENE 2012	FEB 2012	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGOS 2012	SEPT 2012	OCT 2012
Elaboración de protocolo	X	X	X							
Evaluación por comité			X	X	X					
Trabajo de campo						X	X			
Análisis e interpretación de resultados								X		
Redacción del escrito									X	
Presentación de tesis										X

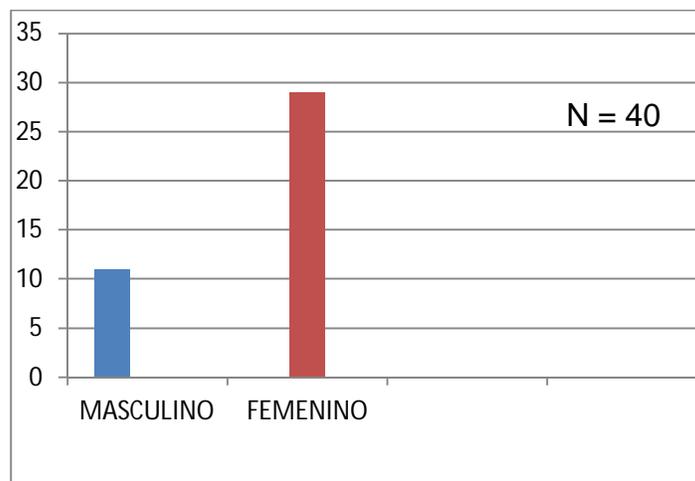
RESULTADOS:

En el estudio realizado en pacientes que fueron sometidos a bloqueo terapéutico donde encontramos los siguientes resultados. El total de la muestra fue de 40 pacientes, La edad promedio de los pacientes fue de 52 años como se muestra en la Grafica 1.

De igual manera el sexo que predominó fue el femenino 29 (72.5%) vs masculinos 11 (27.5%) Grafica 2.



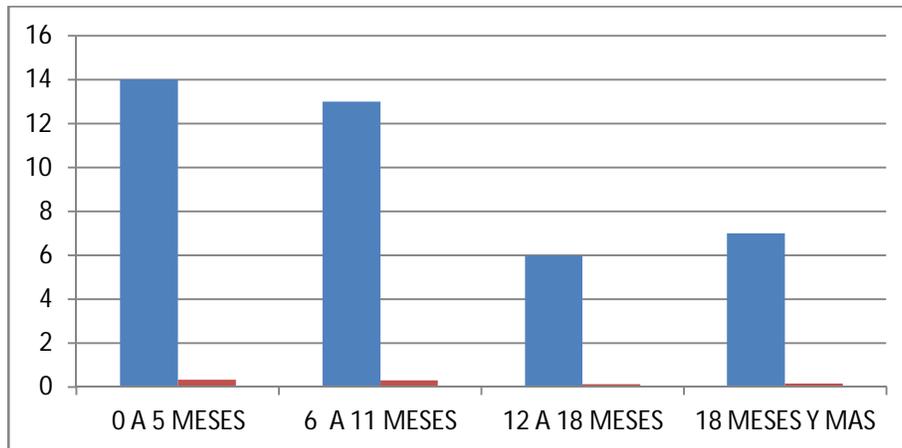
GRAFICA 1. Rangos de edad de pacientes sometidos a bloqueo



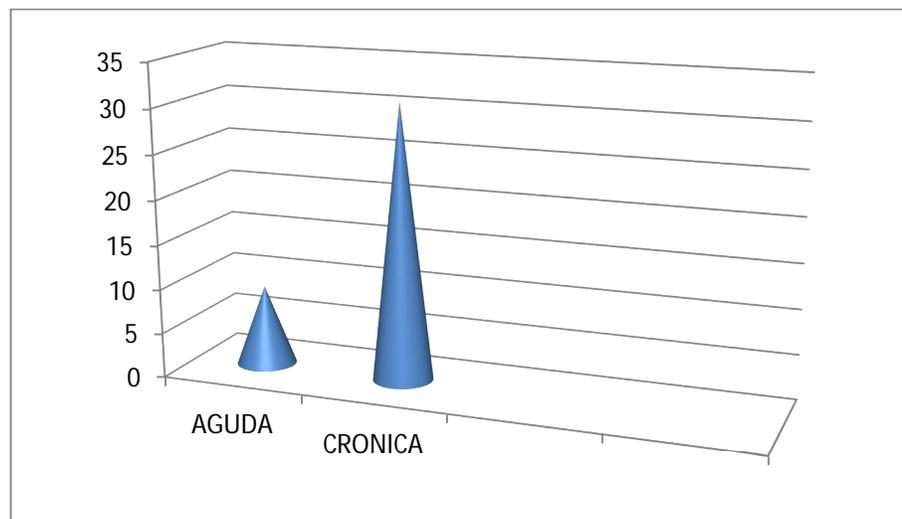
GRAFICA 2. Total de Pacientes por Sexo.

En el estudio realizado en los pacientes y tomando en cuenta la clasificación de la evolución de la Lumbalgia 14 pacientes (35%) 0 a 5 meses (aguda), 13 pacientes en (32.5%) 6 a 11 meses 6 pacientes (15%) 12 a 18 meses y 7 pacientes (17.5%) 18 meses o mas Grafica 3

En 31 (77.5%) pacientes con lumbalgia crónica fueron sometidos a bloqueo terapéutico, Grafica 4

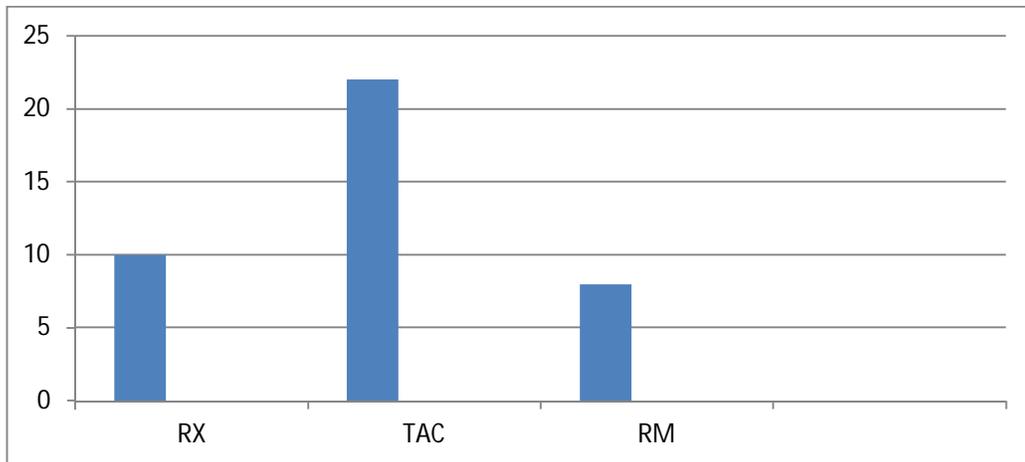


GRAFICA 3: Tiempo de evolución del padecimiento.



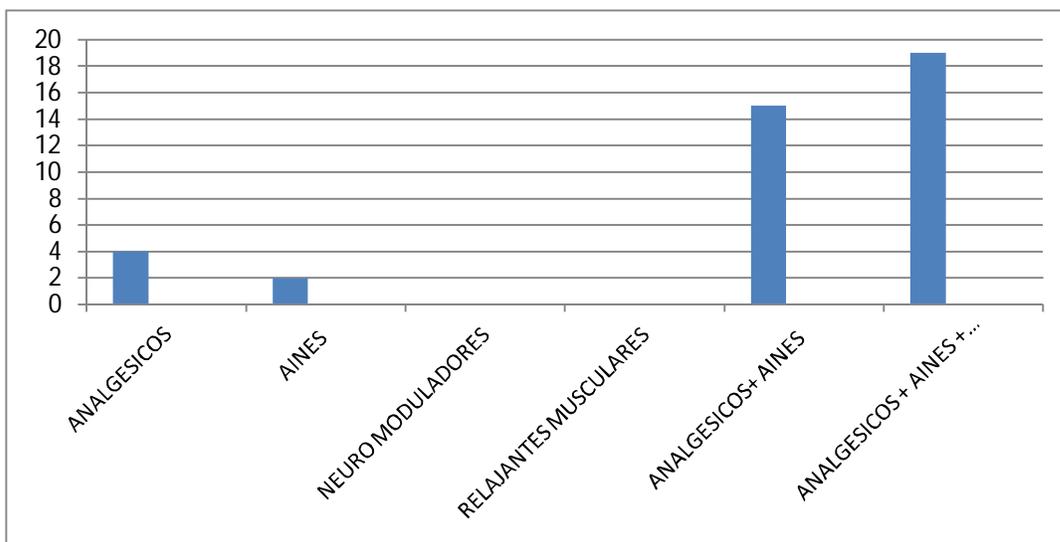
GRAFICA 4: Tipo de Lumbalgia

El método diagnóstico mayormente utilizado fue por TAC Tomografía axial computada con un 55% de los pacientes; seguida por los RX simples con un 25% de los casos y solo un 20% mediante Resonancia magnética. Grafica 5



GRAFICA 5: Método diagnóstico utilizado en la lumbalgia.

El tratamiento más utilizado previo a la decisión de utilizar un bloqueo terapéutico fue la combinación de analgésico + anti inflamatorio no esteroideo + neuromodulador representando 47.5% seguido e la combinación de analgésicos + anti inflamatorios 37.5%, la utilización de analgesia sola o anti inflamatorios solos fue muy baja casi nula al igual que la utilización de relajantes musculares Grafica 6

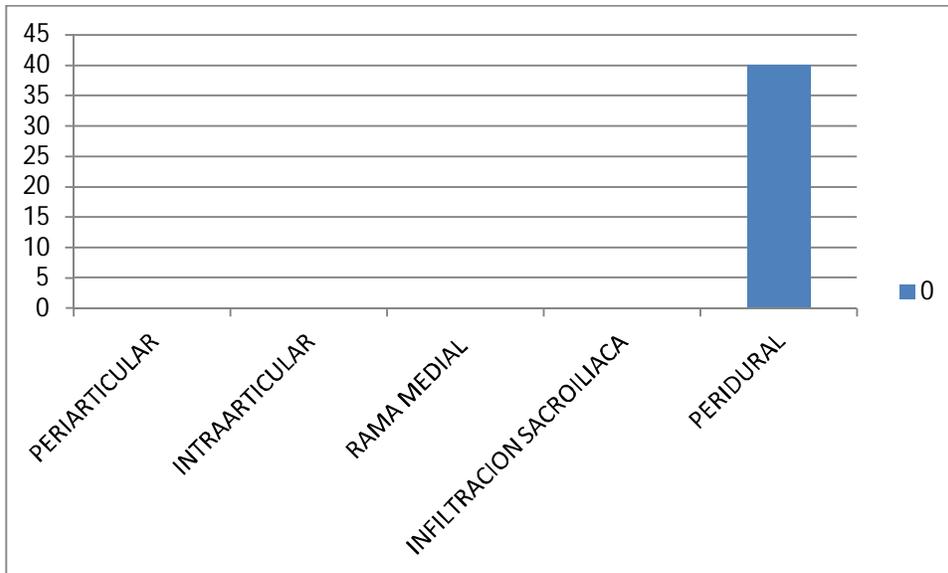


GRAFICA 6: Tratamiento previo al bloqueo.

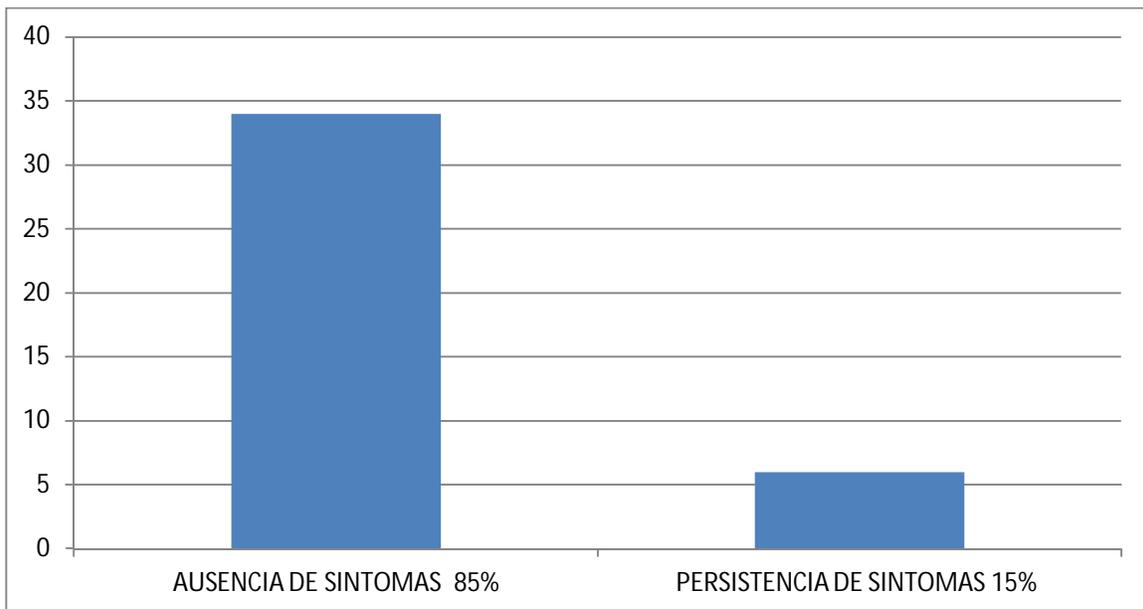
El tipo de bloqueo utilizado en todos los pacientes fue el bloqueo peridural, a pesar de que en la literatura existe una gran variedad de lugares para realizar el bloqueo terapéutico en la totalidad de los casos su utilizo el bloqueo peridural, Grafica 7

El resultado final del procedimiento tuvo una eficacia del 85 % con ausencia de sintomatología en 34 pacientes hasta 3 meses después de su realización.

Grafica 8



GRAFICA 7: Tipo de Bloqueo realizado.



GRAFICA 8: Resultado final de tratamiento.

DISCUSION

De los resultados obtenidos la mayor parte de pacientes con lumbalgia requirió de bloqueo terapéutico, con una edad no productiva mayores a 60 años correspondiendo al 45%, diferente a lo reportado en la guía de práctica clínica (GPC) para el tratamiento de lumbalgia del IMSS en donde reportan la mayor incidencia en edades menores de 45 años. Guía de práctica clínica. Caja Costarricense de Seguro Social, En el caso del sexo, se mostro al igual que en las guías con un predominio por las mujeres en hasta un 72,5. El tratamiento más utilizado previo a la decisión de utilizar un bloqueo terapéutico fue la combinación de analgésico + anti inflamatorio no esteroideo + neuromodulador representando 47.5% a diferencia de lo que reportan las guías del seguro social costarricense mencionando que el tratamiento previo mas utilizado ellos fue la combinación de un analgésico mas derivados de la morfina. el tipo de bloqueo utilizado en todos los pacientes fue el bloqueo peridural, a pesar de que en la literatura existe una gran variedad de lugares para realizar el bloqueo terapéutico en la totalidad de los casos su utilizo el bloqueo peridural, el resultado final del procedimiento tubo una eficacia del 85 % con ausencia de sintomatología hasta 3 meses de su realización.

CONCLUSIONES:

A la luz de los resultados obtenidos en este estudio podemos llegar a las siguientes conclusiones: la edad no es un factor determinante para presentar lumbalgia, pero sí para que la lumbalgia sea más complicada, probablemente por el grado de degeneración de los tejidos de sostén de las estructuras involucradas. Las mujeres, por su estructura muscular menos desarrollada, parecen estar expuestas a un mayor grado de complicaciones en las lumbalgias que presentan. La cronicidad del dolor parece ser uno de los puntos clave para la decisión de realizar un bloqueo terapéutico. La tomografía axial computada parece ser la prueba estándar para la realización del diagnóstico radiográfico que define la realización o no de un bloqueo terapéutico. En cuanto al tratamiento utilizado, la mezcla de productos farmacéuticos es la guía para el tratamiento. La utilización de mono fármacos no es satisfactoria para el control de la sintomatología en una lumbalgia. La polifarmacia es la base del tratamiento. Se observa que el tratamiento no sigue un protocolo para su utilización; solo se ve parcialmente organizado como en una terapéutica escalonada pero no estructurada. El tipo de bloqueo utilizado en su totalidad fue el bloqueo peridural, a pesar de que existen diferentes tipos de lugares anatómicos para su realización, quizá por la experiencia de realización de ese bloqueo específico en el hospital donde realizamos el estudio o por su eficacia demostrada, ya que es del 85%. Al menos en los pacientes estudiados es un resultado muy aceptable, por lo que podemos concluir que el bloqueo peridural en pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica sin respuesta a polifarmacia es una opción fácil de realizar y con buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA:

1. - Adult low back pain. Institute for clinical systems. Improvement. Health care Guideline. September 2006.
- 2.- For prevention in low back pain. European Guidelines. November 2004.
- 3.- Cid J, De Andrés J, Rieg E, et al. Cervicalgias y lumbagias mecánico degenerativas tratamiento conservador Actualización. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2001, 8 suplemento II; 79 -100.
- 4.- Allan DB, Waddell G, An historical perspective on low back pain and disability. Acta Ortopedica Scandinava, 1989, 60; 1 – 23.
- 5.- Verónica M R, Mario A O M, Juan M G G, et al. Guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003,41 suplemento; 123 – 130.
- 6.- Álvaro V V, Alejandro SB, Luis F J F, et al. Guía de práctica clínica Seguro Social de Colombia, 2000; 14 – 16.
- 7.- Tratamiento de lumbalgia aguda en el primer y segundo nivel de atención. Guía de práctica clínica. Caja Costarricense de Seguro Social 8, 2006; 8 – 9.
- 8.- Antonio B C, Víctor J G M, Verónica L R, Yadira M H, et al. Diagnostico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención, México: Secretaria de salud, 2008: 15 – 318.

9.-Rull B M, Miralles RC. Dolor de espalda diagnostico enfoque general de tratamiento, prevención. Escuela de columna. Medicina del dolor. Masson S.A. España, 1997; 293 – 298.

10.-Stulker RJ, Vervest ACM, Groen GD, The magnament of chronic spinal pain by blockaders a review. Pain,1994, 58; 1 -20.

11.- Jackson L, Monrrow JD, Analgesic, Antipiretic and antiinflamatory agents and drugs employed in the treatment of gout. Goodman – Gilman. The pharmacological bases of the therapeutic, Tenth edition, Estates Unidos: Mc Graw Hill, 2001; 687 – 731.

12.-Tulder MW, Malmvaare A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain. The Cochrane database of systematic review, 2002; Issue 1.

13.- Jorge JAF. Bloqueos terapéuticos para el alivio del dolor en pobladores del centro urbano “Abel Santamarina”. Medisan, comunicado breve, 2008; 1.

14.- Juan PCV, John JH, et al. Bloqueos Facetarios y radiculares guiados por tomografía axial computarizada en el Hospital de San José. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. 12, 2003, 73 – 80.