



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

HOSPITAL REGIONAL 1 ° DE OCTUBRE “

“PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR TIPO
INFLAMATORIO EN LOS PACIENTES QUE LLEGUEN A LA
CONSULTA DE REHABILITACIÓN, Y DE URGENCIAS DEL
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA; DEL
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO O DIPLOMA DE REUMATOLOGÍA

PRESENTA

MARÍA ALCOCER LEÓN

ASESOR:

DRA. SANDRA MIRIAM CARRILLO VÁZQUEZ

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DEL 2023.

RPI 2010.2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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).

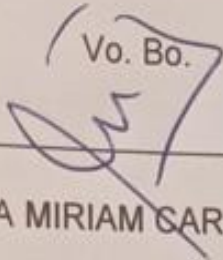
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTORIZACIONES

“PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR TIPO INFLAMATORIO EN LOS PACIENTES QUE LLEGUEN A LA CONSULTA DE REHABILITACIÓN, Y DE URGENCIAS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA; DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.”

AUTOR: MARÍA ALCOCER LEÓN

Vo. Bo.

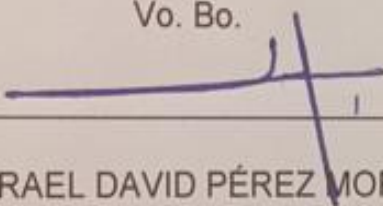


DRA. SANDRA MIRIAM CARRILLO VÁZQUEZ

PROFESOR TITULAR

DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA

Vo. Bo.



DR. ISRAEL DAVID PÉREZ MORENO

ENCARGDO DE LA COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

"PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR TIPO
INFLAMATORIO EN LOS PACIENTES QUE LLEGUEN A LA
CONSULTA DE REHABILITACIÓN, Y DE URGENCIAS DEL
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA; DEL
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE."

Vo. Bo.

DRA. SANDRA MIRIAM GARRILLO VÁZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS

PROFESOR TITULAR

DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA

DEDICATORIA

A DIOS: por haberme puesto en el camino de la reumatología, porque sé que ÉL a través de mi corazón, mi mente y mis manos los utilizará para poder sanar de diferentes maneras a muchas personas.

A mis queridos padres que siempre estuvieron presentes aguantando mi mal genio, llanto y alegría en todo momento, que además me han ayudado en lo económico sin dudarlo un solo momento.

A mis queridos profesores en especial a la Dra. Sandra Miriam Carrillo Vázquez quien además de enseñarme muchísimo sobre reumatología me enseñó que existe la bondad, la caridad, un corazón noble y transparente; por sus consejos; la perseverancia ya que Ella ha logrado grandes cosas, que espero yo algún día poder lograr, además me enseñó la sencillez y a tener clase, y todo esto fue con el ejemplo. Al Dr. Daniel Xavier Xibillé Friedmann por la gran paciencia que siempre me tuvo sobre todo en inmunología, por su corazón alegre y también transparente, por hacerme siempre reír, y también la perseverancia, ya que ÉL al igual que la Dra. han logrado grandes cosas; al Dr. Mario Alfredo Chávez López porque también me enseñó lo que es ser sencillo, y cariñoso con los pacientes, la perseverancia en cuanto al ultrasonido y en otros aspectos; los admiro y quiero muchísimo.

ÍNDICE.	
Título del proyecto	Página 6.
Abreviaturas	Página 6.
Resumen	Página 7.
Introducción	Página 8.
Antecedentes	Página 9.
Planteamiento del problema	Página 16.
Pregunta de investigación	Página 16.
Justificación	Página 17.
Objetivo General	Página 17.
Objetivos particulares	Página 17.
Metodología de la Investigación	Página 17.
Técnicas y procedimientos a emplear	Página 23.
Aspectos éticos	Página 24.
Consentimiento informado	
Conflicto de intereses	
Condiciones de bioseguridad	Página 224.
Recursos	Página 26.
Cronograma de actividades programadas	Página 26.
Resultados	Página 27.
Discusión	Página 30.
Conclusión	Página 34.
Referencias bibliográficas	Página 35.
Anexos	Página 43.

TÍTULO

“PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR TIPO INFLAMATORIO EN LOS PACIENTES QUE LLEGUEN A LA CONSULTA DE REHABILITACIÓN, Y DE URGENCIAS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA; DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.”

Abreviaturas:

1. ASAS: Sociedad Internacional de Espondiloartritis.
2. axSpAs: espondiloartritis axiales.
3. EA: espondilitis anquilosante.
4. DLI: dolor lumbar inflamatorio.
5. DL: dolor lumbar.
6. LR: razón de verosimilitud.
7. SpAs: espondiloartritis.
8. ESSG: Spondyloarthropathy Study Group.
9. TNF- α : inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa.

RESUMEN:

El dolor lumbar (DL) es un síntoma muy común. A nivel mundial, la discapacidad causada por lumbalgia aumentó en un 54% entre 1990 y 2015, El DL es ahora la principal causa de discapacidad en todo el mundo.¹ El interés de los reumatólogos por el DL específicamente de tipo inflamatorio (DLI), es principalmente con el objetivo de identificar pacientes con enfermedades reumáticas, que afectan la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, como las espondiloartritis (SpAs). El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de DLI , ya que la mayoría de las ocasiones es subdiagnosticado generando un retraso en el diagnóstico de aproximadamente entre 5 a 10 años, retrasando de este modo el tratamiento y por lo tanto generando secuelas y falta de funcionalidad de quien lo padece; este fue un estudio transversal basado en una encuesta validada por el grupo ASAS en 2009 donde se muestran las características del DLI; en cuanto a los resultados la prevalencia fue mucho mayor (de 8.9%) comparada con la de otros estudios en población mexicana como la del Dr. Rubén Burgos Vargas reportada en 1.3 %; como en la literatura se comenta fue mas prevalente en el sexo masculino y con mayor duración que la que presenta el dolor tipo mecánico. Se concluye que se deben proponer estrategias para su fácil identificación y su pronta referencia a reumatología.⁶⁴

Palabras clave: dolor lumbar, dolor lumbar inflamatorio, espondiloartritis axial, espondiloartritis periférica, prevalencia.

SUMMARY:

Low back pain (LBP) is a very common symptom. Globally, disability caused by low back pain increased by 54% between 1990 and 2015. LP is now the leading cause of disability worldwide 1. The interest of rheumatologists in LP specifically of the inflammatory type (DLI) is mainly with the aim o identifying patients with rheumatic diseases, which detach the spine and sacroiliac joints, such as spondyloarthritis (SpAs).The objective of this study is to determine the prevalence of DLI, since most

of the times it is underdiagnosed; generating a delay in diagnosis of approximately 5 to 10 years, thus delaying treatment produce therefore sequelae and lack of functionality of the person who suffers it; this was a cross-sectional study based on a survey validated criteria by the ASAS group in 2009 where the characteristics of the DLI are shown; regarding the results, the prevalence was much higher (8.9%) compared with other studies in the Mexican population such as the study of the Dr. Rubén Burgos Vargas who determinate a prevalence of 1.3%; as discussed in the literature, it was more prevalent in males an lasted longer than the mechanical low pain. It is concluded that strategies should de proposed for their easy identification and prompt referral to rheumatology.

Keywords: low back pain, inflammatory low back pain, axial spondloarthritis, peripheral spondyloarthritis, prevalence.

Introducción:

El dolor lumbar (DL) es un síntoma muy común. Ocurre en países de ingresos altos, medios y bajos, y en todos los grupos de edad desde los niños hasta la población anciana. A nivel mundial, la discapacidad causada por lumbalgia aumentó en un 54% entre 1990 y 2015, principalmente debido al aumento de la población y el envejecimiento, con el mayor aumento observado en los países de ingresos bajos y medios. El DL es ahora la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Para casi todas las personas con dolor lumbar, no es posible identificar una causa nociceptiva específica. Solamente una pequeña proporción de personas tiene una causa patológica bien conocida, por ejemplo, una fractura vertebral, una neoplasia maligna, o infección. ¹Rara vez se puede identificar una causa específica de lumbalgia; por lo tanto, la mayoría del dolor lumbar se denomina inespecífico. El dolor está influenciado por una variedad de factores biofísicos, dimensiones psicológicas y sociales que perjudican la función, participación social y prosperidad financiera personal.¹

El impacto financiero del dolor lumbar es intersectorial porque aumenta los costos tanto en el ámbito sanitario como social.² La discapacidad atribuida a lumbalgia varía sustancialmente entre países y está influenciado por normas sociales,

enfoques locales de atención de la salud y legislación.³ En los países de ingresos bajos y medios, los sistemas formales e informales de apoyo social se ven negativamente.⁴

Antecedentes:

El DL refiere al segmento lumbar de la columna vertebral y es una de las quejas musculoesqueléticas más comunes de seres humanos. También es un motivo común de visitas médicas en los Estados Unidos.^{5,6} Aproximadamente el 80% de la población tiene al menos 1 episodio de dolor lumbar agudo en algún momento en la vida ^{7,8}; que en ocasiones conduce a una consulta médica. Muchos pacientes, sin embargo, no parecen buscar atención médica⁵. Aproximadamente uno de cada 4 adultos en los Estados Unidos presenta DL que dura al menos 24 horas dentro de los 3 meses anteriores a la consulta, y el 7,6% presenta al menos 1 episodio de DL agudo severo dentro de un período de 1 año. ^{9, 10}. Además, el DL es una de las principales causas de limitación de la actividad y la ausencia laboral (superada sólo por las afecciones respiratorias superiores) a nivel mundial, lo que genera una enorme carga económica para las personas, las familias, las comunidades, industria y gobiernos. ^{11,12,13,14}. En 1998, los costos totales directos de atención de la salud atribuibles al dolor lumbar en los Estados Unidos se estimaron en \$ 26,3 mil millones.¹⁵. Además, los costos indirectos relacionados con los días perdidos en el trabajo son sustanciales, con casi el 2% de la fuerza laboral de los Estados Unidos compensada por lesiones de espalda cada año.¹⁶ La mayoría de los trastornos de la columna son inespecíficos en el sentido de que no pueden atribuirse de forma fiable a una afección subyacente específica, como cáncer, infección, espondilitis anquilosante u otras enfermedades inflamatorias o infecciosas. Aunque los cambios degenerativos pueden ser visto en pacientes con trastornos espinales inespecíficos, presentándose éstos de forma común, y están relacionados con la edad y su presencia solo se correlaciona débilmente con la presencia y severidad de síntomas.¹⁶

El DL se clasifica como crónico cuando los síntomas duran más de 3 meses. La prevalencia de DL crónico en la población es menor que el de dolor lumbar agudo y a menudo depende de la edad; género; factores mecánicos, como actividades con cargas pesadas o inusuales; afecciones patológicas, tales como esguinces y distensión musculoligamentosas; hernia discal y espondilolistesis; e incluso factores psicosociales. Médicos cirujanos ortopédicos y quiroprácticos atienden a la mayoría de los pacientes con enfermedades agudas y dolor lumbar crónico. Independientemente del tratamiento, más del 90% tiene un alivio completo dentro de las 6 semanas posteriores.^{17,18} El interés de los reumatólogos por el DL es principalmente con el objetivo de identificar pacientes con enfermedades reumáticas, en particular las relacionadas con artritis que afectan la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, como la espondilitis anquilosante (EA). La cual ahora forma parte de un espectro más amplio de espondiloartritis (SpAs), y todo el subconjunto se denomina SpAs axiales (axSpAs). El término recientemente introducido "espondiloartritis axial".¹⁸

Las SpAs cubre a todos los pacientes con SpA con predominio en afección axial e incluye a la EA, que normalmente cumple los criterios modificados de Nueva York¹⁹ con sacroilítis radiográfica definitiva y las espondiloartritis axiales no radiográficas, anteriormente también denominada SpA indiferenciada^{20,21}. La EA, es el prototipo de enfermedad del grupo de las SpA, que tiene una prevalencia estimada de alrededor del 0,5%^{22,23}, mientras que la prevalencia estimada para todo el grupo de SpA es de alrededor del 1,5%^{22,23}. Aunque la prevalencia de SpA en la población general es alta y es comparable con la de artritis reumatoide^{23, 24, 25}, existe un problema importante con el diagnóstico temprano de SpA. La demora entre los primeros síntomas y el diagnóstico final ha sido reportada en diferentes encuestas entre 5 y 10 años en los países desarrollados^{26,27,28}, a menudo asociada con una larga historia de esfuerzos de diagnóstico inútiles. La pregunta del diagnóstico precoz de SpA se ha vuelto últimamente más importante desde la introducción de los inhibidores del factor de necrosis tumoral α (TNF- α), altamente eficaces para el tratamiento de la EA. Además, la corta duración de la enfermedad parece ser el mejor predictor de una buena respuesta a los bloqueadores del TNF- α ^{29,30}. Una de

las principales razones de tal retraso en el diagnóstico es la dificultad para identificar a los pacientes de los que existe sospecha de SpA axial entre el gran grupo de pacientes con lumbalgia crónica atendidos en atención primaria. Por tanto, existe una necesidad urgente para realizar una especie de filtro a nivel de atención primaria, que permite la preselección de pacientes con una probabilidad relativamente alta de SpA del gran grupo de pacientes con dolor de espalda crónico, para mayor derivación al reumatólogo. En 2005 se propuso un conjunto de criterios adecuados para el cribado y la derivación precoz de pacientes con lumbalgia y sospecha de SpA axial para los médicos de atención primaria ³¹, lo que resultó en un diagnóstico de SpA axial en el 45,4% de los casos referidos en un estudio en un centro único especializado ³². En pacientes con solo 1 criterio positivo de cribado, se diagnosticó SpA axial en el 34,2% de los casos, mientras que en pacientes con al menos 2 criterios positivos en ese estudio se realizó el diagnóstico de SpA axial en el 62,6% ³². Por lo tanto, una pregunta importante resultó de esta investigación: si el rendimiento de la estrategia de referencia puede ser mejorado al aumentar el número de criterios de derivación que son requeridos. Además, el buen desempeño de la estrategia de referencia tuvo que ser confirmado a nivel multicéntrico con reumatólogos no especializados en SpA. ³³

Por lo que el conocimiento de los signos y síntomas que distinguen la afectación inflamatoria de la columna de las condiciones no inflamatorias, principalmente mecánicas, es fundamental para la identificación de pacientes con EA y otras SpA. El dolor lumbar también se observa en pacientes con enfermedades reumáticas, en el contexto de osteoartritis, osteoporosis y artritis reumatoide. En cuanto a la localización, la afectación de la columna en pacientes con EA y otras SpA, no suelen limitarse a la región lumbar; más bien, se extiende desde la articulación sacroilíaca hasta los segmentos torácico, lumbar y cervical. Las características más relevantes de dolor lumbar inflamatorio fueron descritas aproximadamente en la década de 1950 por varios investigadores. ^{34, 35, 36} Hart y colegas ³⁴ y Wilkinson y Bywaters ³⁶ reconocieron el papel del descanso físico y la actividad física en pacientes con EA. Por ejemplo, en su estudio de 202 pacientes con EA, Wilkinson y Bywaters ³⁶ describieron, “la mayoría de los pacientes con un inicio a nivel espinal notó un

empeoramiento definido del dolor después de descansar, siendo el dolor y la rigidez los más marcados al levantarse de la cama y nuevamente después de recostarse en un sillón por la noche. Muchos encontraron alivio después de la actividad, y algunos encontraron necesario levantarse de la cama durante la noche para 'calentarse' antes de completar su descanso nocturno ". También notaron que su dolor se agravaba por un fuerte esfuerzo o sacudiendo la columna ". Hart y colaboradores ³⁴ habían descrito previamente algo similar: "Una característica frecuente del dolor y la rigidez era el agravamiento causado por la inmovilidad. Al despertar por el mañana, el paciente se encontraba rígido y con dolor, y gradualmente se volvía más flexible durante el día, sintiéndose en su mejor momento desde la tarde hasta hora de acostarse." Tales características clínicas fueron reconocidas y, por lo tanto, incluidas en los Criterios de Roma de 1961 para el diagnóstico de EA ³⁷. Dos de los 5 criterios clínicos referidos: dolor de espalda y rigidez durante más de 3 meses que no se alivia con el reposo" y "Dolor y rigidez en la región torácica". La revisión de 1966 de Nueva York ³⁸ de los Criterios de Roma ³⁷, dieron como resultado los criterios de Nueva York para ASAS ³⁸, cambiaron esos dos parámetros a uno: "Historia o presencia de dolor en la unión dorsolumbar o en la espina lumbar." Este proceso de simplificación eliminó las 2 características más importantes de dolor lumbar inflamatorio y redujo la especificidad de los criterios de Nueva York. Van Der Linden y colegas ³⁹ analizaron el valor diagnóstico de los criterios de Roma ³⁷ y los de Nueva York y propusieron modificarlos, reincorporando "Lumbalgia y rigidez de más de 3 meses que mejora con el ejercicio, pero no se alivia con el descanso." Los Criterios del European Spondyloarthritis Study Group (ESSG) ⁴⁰ Se refieren a "dolor espinal inflamatorio" que afecta la espalda, la región dorsal o cervical, como definido por la presencia de 4 de los 5 criterios propuestos por Calin y colaboradores ⁴¹ en 1977: este fue el primer estudio basado en datos sobre dolor lumbar inflamatorio. Hoy, el dolor lumbar inflamatorio es uno de los parámetros clínicos para la clasificación de axSpA ⁴² y SpA ⁴³ periférica propuesto por ASAS. La definición de dolor lumbar inflamatorio para axSpA corresponde a la definición de ASAS de dolor lumbar inflamatorio ⁴⁴ mientras que la de SpA periférica se refiere a dolor lumbar inflamatorio en el pasado "según el juicio

del reumatólogo ". axSpA también incluye "dolor de glúteos que alterna entre áreas de los glúteos derecho e izquierdo" en referencia a la afectación axial. Parámetros de dolor lumbar inflamatorio (DLI), según los

Criterios de ASAS son los siguientes:

- 1 edad de inicio, 40 años
- 2 inicio insidioso
- 3 mejora con ejercicio
- 4 no mejora con el reposo
- 5 dolor por la noche (con mejoría al levantarse)

Teniendo estos criterios una sensibilidad 77,0% y especificidad 91,7% si al menos cuatro de los cinco parámetros se cumplen. Es importante tener en cuenta que la sensibilidad y la especificidad se refieren a la presencia de DLI, no a un diagnóstico de espondiloartritis. ⁴⁵

Resumiendo, uno de los pasos iniciales en la identificación de pacientes con EA o SpA que se quejan de DL es la identificación de las características de DLI. Por esa razón, los médicos han desarrollado algunos conjuntos de criterios y herramientas para la clasificación y el diagnóstico del DLI^{46, 47, 48,49}, donde tanto la sensibilidad como la especificidad y la razón de verosimilitud (LR), se ha determinado en diversos entornos clínicos en pacientes con EA, SpA u otras enfermedades y

en individuos sanos. Calin y colegas⁴⁶ desarrollaron 17 preguntas que abordan las características de DL, así como uno de cada uno sobre agregación familiar, edad de inicio, consulta médica, y estudios radiográficos anteriores para la detección de pacientes con causas inespecíficas de DL e identificar aquellos con posible EA. Estas preguntas se probaron en pacientes AS positivos para HLA-B27, así como en pacientes negativos para HLA-B27 con articulaciones sacroilíacas normales de una clínica ortopédica y en controles sanos. Una respuesta positiva a 4 de 5 preguntas específicas permitió la diferenciación de DLI y DL inespecífico con una sensibilidad

del 95% y una especificidad del 85%. Sin embargo, en otros estudios, la sensibilidad fue tan baja como 23% y 38% y una especificidad 75% .^{50, 51, 52} A pesar de estos hallazgos posteriores, los criterios de Calin y colegas ha sido ampliamente utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos.⁵⁰

Rudwaleit y sus colegas⁴⁸ desarrollaron un conjunto de criterios para DLI, que incluían algunos cambios en los criterios de Calin y colegas⁴⁶, específicamente la edad máxima del paciente, la adición de 2 parámetros (rigidez matutina y mejora con el ejercicio), y la eliminación de otros 2 parámetros (duración de los síntomas y aparición insidiosa). Otra diferencia importante es que el conjunto de criterios probados requería que los pacientes debían tener DL crónico y tener menos de 45 años al inicio del dolor. Para el diagnóstico de DLI, la presencia de 3 parámetros como mínimo producen baja sensibilidad (33,6%) pero alta especificidad (97,3%) y LR positivo (12,4). Si ninguno de los parámetros está presente, la sensibilidad se reduce al 10,9%, la especificidad al 57,1% y el LR positivo a 0,25. El valor diagnóstico de DLI como manifestación única de SpA aumenta notablemente cuando el HLA-B27 está positivo y la MRI de las articulaciones sacroilíacas son positivas (90% de sensibilidad y especificidad, LR positivo y 0.11 LR negativo).^{51, 52} La combinación de DLI con otras características de SpA, específicamente aquellos enumerados en Amor y colegas⁵³ o los criterios ESSG⁵⁴, producen variaciones en las propiedades diagnósticas de los criterios de Berlín. El conjunto de criterios ASAS para DLI resultó de un ejercicio con casos reales en los que 13 los expertos determinaron si 20 pacientes con DL de diversas causas tenían DLI o no⁴⁷. Así, 8 ítems relacionados con DLI fueron evaluados y considerados positivos o negativos por cada experto. Según la opinión de los expertos, 61 de 109 (56%) del DL correspondió a DLI. La tasa de concordancia del juicio global sobre la presencia o ausencia de DLI fue de 0,83. Excepto por una duración del DLI superior a 3 meses, la frecuencia de inicio de la edad mayor de 40 años, inicio insidioso, rigidez matutina, mejora con el ejercicio, no mejora con el reposo, dolor alterno en glúteos, y el dolor por la noche con mejoría al levantarse de la cama fueron significativamente más altos en el grupo de pacientes clasificados con DLI en comparación con aquellos sin DLI. El conjunto final de parámetros para DLI en la propuesta del grupo ASAS

incluyó aquellos que en el análisis de regresión logística contribuyeron de forma independiente al DLI. En estudios comunitarios, la identificación de individuos con DL y luego de aquellos con DLI suele preceder al reconocimiento de EA y SpAs (I. Peláez-Ballestas y colegas, 2012, datos no publicados) .^{55,56, 57, 58, 59, 60,61, 62,63, 64, 65,66} Por lo tanto, los individuos con más de o igual a 1 característica de DLI se les pregunta acerca de la presencia de características clínicas adicionales así como radiografías de las articulaciones sacroilíacas y / o pruebas de HLA-B27. Las variaciones en la prevalencia de EA y SpA entre las poblaciones se han atribuido a diferencias en la prevalencia de HLA-B27 y enfoques metodológicos. Sin embargo, se ha prestado menos atención a la metodología seguida para identificar a las personas con DLI (es decir, ¿Cómo se investigó un conjunto específico de criterios y calificó cada uno de sus parámetros?) y para excluir otras causas de DL . Parece que el enfoque de DLI en la mayoría de los estudios depende de la administración directa de un cuestionario específico por parte del personal. El papel de un experto en la evaluación del DL y el reconocimiento del DLI fue parte de la justificación del grupo ASAS para desarrollar los últimos criterios de clasificación para DLI .⁴⁷ El experto debe juzgar la presencia o ausencia de DLI en función de la información proporcionada por el paciente, así como la interpretación de un experto. Datos de un estudio en población mexicana sobre la prevalencia de SpA y DLI apoya tal idea.⁶⁶ La evaluación de 121 individuos con DLI diagnosticados por los médicos generales y los becarios de reumatología fue debido a las respuestas positivas al cuestionario de DLI de Berlín, confirmándose DLI en 52 (42,9%). Incluyéndose una evaluación cuidadosa sobre los signos y síntomas clínicos de DL, así como cada uno de los criterios de Berlín.⁴⁸ Aunque un reumatólogo experimentado, cuestionó, discutió e interpretó la información proporcionada por los pacientes sin restricciones de tiempo y lugar, médicos generales y becarios de reumatología se basaron en preguntas directas y respuestas. El valor de la evaluación de expertos en ese estudio fue la identificación de casos falsos positivos de DLI en la comunidad. En consecuencia, la prevalencia de SpA era más baja pero más cercana a la realidad. Weisman y colaboradores⁶⁷ estudiaron la prevalencia de DLI en Estados Unidos con el mismo instrumento y reportó cifras más altas en pacientes mexicanos -

americanos, que el estudio mexicano.⁶⁶ El diagnóstico de DLI en el estudio realizado por Weisman y colegas⁶⁷ se basó en las respuestas al cuestionario administrado por entrevistadores capacitados, pero no verificado por ningún médico o reumatólogo experimentado. Con respecto a la prevalencia de DLI en la comunidad, Pelaez-Ballestas y colegas⁶⁴ encontraron 52 individuos con DLI entre 4059 individuos, lo que representa una prevalencia de 1.3% (IC 95%, 1.0%, 1.7%) en la población mexicana. La edad media (DE) fue de 39,9 (12,6) años y el 51% de estos individuos eran hombres. Veintiocho personas clasificaban para SpA según los criterios ESSG⁵⁴ y 4 tenían EA⁵⁰. La prevalencia de DLI en Estados Unidos ⁶⁸ fue del 5,0% (IC del 95%, 4,2% -5,8%) según Calin y colaboradores, 18 5,6% (IC 95%, 4,7% -6,5%) según ESSG, ⁵⁴ y 6,0% (IC 95%, 4,9% -7,1%) según los criterios de Berlín⁴⁸. Había un poco más de mujeres (51,6%) que de hombres (48,4%) así como algunas variaciones según la edad y la etnia. ⁵⁴

Planteamiento del problema:

La lumbalgia inflamatoria es subdiagnosticada, por lo que no se da manejo de manera oportuna, el cual es específico; cambiando el pronóstico de quien lo padece de manera drástica, ya que incluso llega a condicionar invalidez y disminución en la calidad de vida; aunado a que se realizan procedimientos injustificados como intervención quirúrgica y rehabilitación condicionando gastos innecesarios. Finalmente, estos pacientes llegan de manera tardía con el reumatólogo, por lo que es importante la detección temprana para de este modo mejorar el proceso de referencia.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de dolor lumbar de tipo inflamatorio en los pacientes de consulta del servicio de Rehabilitación y de Urgencias del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital 1° de Octubre ISSSTE?

Justificación:

El dolor de espalda es considerado una de las quejas más comunes en la consulta de especialidades como: rehabilitación, urgencias, traumatología y ortopedia, sin embargo, se desconoce específicamente cual es la prevalencia del dolor lumbar.

Determinar la prevalencia de dolor lumbar mediante la aplicación de un instrumento o algoritmo rápido y práctico permitirá diferenciar entre dolor lumbar de tipo inflamatorio del no inflamatorio, favoreciendo así el diagnóstico correcto.

La relevancia de conocer dichas prevalencias permitirá estrategias de identificación temprana en grupos susceptibles y de manera individual, permitirá intervenir con el tratamiento adecuado en etapa temprana impactando así en la funcionalidad física y calidad de vida de los pacientes; ya que el retraso en el diagnóstico suele ser en promedio entre 8 y 10 años.

Objetivos:

El objetivo general fue reportar la prevalencia de dolor lumbar de tipo inflamatorio en los pacientes de consulta del servicio de Rehabilitación, y de urgencias del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital 1° de Octubre ISSSTE.

Los objetivos específicos

1. Determinar la edad más común de presentación de la lumbalgia inflamatoria.
2. Establecer el género en el que la lumbalgia inflamatoria es más prevalente
3. Conocer las características clínicas de los pacientes que acuden por dolor lumbar, comorbilidades y medicación previa.

Material y métodos:

Este tipo de estudio fue transversal (cross-sectional) ; ya que las variables de estudio se midieron una vez de acuerdo a espacio y tiempo, sin intención de conocer su evolución; fue descriptivo, es decir indagatorio en una sola población y observacional; este se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta con preguntas basadas en los criterios de dolor lumbar inflamatorio validadas por el grupo ASAS en 2009; la cual se aplicó a los pacientes que acudieron al servicio de

rehabilitación, y urgencias del servicio de traumatología y ortopedia; del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE. El método para captar dicha población fue mediante la detección de dolor lumbar en los pacientes que llegaron al triage de urgencias, y de consulta del servicio de rehabilitación por la residente María Alcocer León. En cuanto al universo de trabajo se trató de una población finita, es decir, pacientes quienes decidieron contestar la encuesta.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

En cuanto a los criterios de inclusión fueron los siguientes: Sujetos mayores de 18 años con dolor lumbar, pacientes que firmaron consentimiento informado, pacientes que contestaron la encuesta y sujetos femeninos que se encontraron en puerperio inmediato, mediano y tardío. En cuanto a los criterios de exclusión fueron los siguientes: sujetos pertenecientes al servicio de Reumatología, sujetos femeninos que estuvieron embarazadas independientemente del trimestre de embarazo; finalmente los criterios de eliminación fueron: encuestas con datos incompletos, encuestas con datos no legibles, y encuestas con respuestas no acordes con las preguntas establecidas.

MUESTRA

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de proporciones de un solo grupo, obteniéndose un tamaño de muestra de 408 encuestas más el 10% de las probables pérdidas, resultando en un total de 450 encuestas.

ESTADISTICA

Se realizó estadística descriptiva, para las variables cualitativas nominales, la tabla de distribución de frecuencias de proporción. Y para las variables cuantitativas, la tabla de distribución de frecuencias, el promedio como medida de dispersión: la desviación estándar. La desviación estándar se expresa con las letras "DE", esta es el valor de la raíz cuadrada del promedio de los cuadrados de las desviaciones con respecto a la media de cada valor. En cuanto a la frecuencia de las clases (valores agrupados dentro de varios subconjuntos), se sumó la frecuencia de cada uno de

los valores de la clase y se construyó una tabla de dos columnas, en donde en la primera se anotaron las clases y en la segunda su frecuencia. Cuando ya obtuvimos la frecuencia de cada valor o clase (frecuencia absoluta), dividimos el número total de valores (N) entre la FA (frecuencia absoluta). En cuanto a la ecuación quedó de la siguiente manera: Ecuación: FR: FA/N para la proporción, y para el porcentaje, se multiplicó por 100.

Para la frecuencia relativa acumulada, se obtuvo sumando las FR de cada valor o clase, las cuales se pudieron expresar como proporción (fracción de 1) , o porcentaje (%). ⁷⁰

El protocolo de investigación fue aprobado por los comités de investigación y ética en investigación con el número de registro interno 196.2021.

Descripción operacional de las variables:

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
SEXO	INDEPENDIENTE	Características genotípicas de un individuo en relación con su función reproductiva	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
EDAD	INDEPENDIENTE	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento del estudio	Cuantitativa continua	Años cumplidos
NIVEL DE ESTUDIOS	INDEPENDIENTE	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Cualitativa nominal.	Educación Primaria Educación Secundaria Educación superior
SITUACIÓN LABORAL	INDEPENDIENTE	Las personas que producen bienes y servicios contabilizados por las estadísticas nacionales de producción (población ocupada) y personas que no trabajan, pero	Cualitativa nominal	CON TRABAJO PARADO JUBILADO RETIRADO SITUACIÓN DE INVALIDÉZ REFUGIADO OTRAS

		desean y pueden hacerlo (población desocupada)		
ENFERMEDAD REUMÁTICA	INDEPENDIENTE	Diagnóstico establecido de acuerdo con criterios de clasificación; incluyen enfermedades musculoesqueléticas y enfermedades autoinmunes	Cualitativa nominal	SI NO
COMORBILIDAD	DEPENDIENTE	Presencia de uno o más trastornos o condiciones clínicas en un individuo. Principalmente obesidad	Cualitativa nominal	SOBREPESO OBESIDAD GI OBESIDAD G II OBESIDAD G III OBESIDAD G IV
DOLOR QUE NO MEJORA CON REPOSO	DEPENDIENTE	realizado de acuerdo con criterios de clasificación ASAS.	Cualitativa nominal.	SI NO
DOLOR QUE MEJORA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA	DEPENDIENTE	realizado de acuerdo con criterios de clasificación ASAS.		SI NO
DOLOR DE INICIO INCIDIOSO	DEPENDIENTE	realizado de acuerdo con criterios de clasificación ASAS.		SI NO

DOLOR QUE DESPIERTA POR LA NOCHE	DEPENDIENTE	realizado de acuerdo con criterios de clasificación ASAS.		SI NO
GRADO DE DOLOR LUMBAR EN ESCALA DE EVA	INDEPENDIENTE	Evaluación del grado de dolor de acuerdo con la escala visual análoga.		LEVE MODERADO SEVERA
RIGIDEZ ARTICULAR MATUTINA CON DURACIÓN DE MÁS DE 30 MINUTOS.	INDEPENDIENTE	realizado de acuerdo con criterios de clasificación ASAS.		SI NO
MEDICACIÓN PREVIA	INDEPENDIENTE.	Si el paciente tomaba medicamento previo para la lumbalgia.		SI NO

Técnicas y procedimientos para emplear:

- A) En el triage de urgencias, cuando llegaba un paciente con dolor lumbar fue identificado por la residente María Alcocer León, quien estuvo en dicho servicio previa autorización de la Dra. Dulce Flores, posteriormente la residente le explicó al paciente el protocolo de investigación, le dio un consentimiento informado y se le dio a llenar el cuestionario y la hoja de recolección de datos.
- B) En la consulta del servicio de rehabilitación, la residente María Alcocer León, les explicó el protocolo de investigación, le dio a llenar el consentimiento informado, así como el cuestionario y hoja de recolección de datos, a los pacientes que presentaron dolor lumbar.
- C) Posteriormente se incluyeron sólo las encuestas de los sujetos que presentaron dolor lumbar de tipo inflamatorio y en base a esto, se calculará la prevalencia.
- D) Se aplicó el cuestionario en base a los criterios del grupo ASAS, (criterios: 1) aparición antes de los 40 años, 2) comienzo insidioso 3) mejoría con el ejercicio, 4) no mejoría con el reposo y, 5) dolor nocturno.)
- E) Se aplicó la hoja de recolección de datos.

Ver anexos 1, 2 y 4.

Procesamiento y análisis estadístico:

Se realizó descripción estadística de cada variable mediante medidas de resumen, es decir en porcentajes y tablas de frecuencia.

Aspectos éticos:

En este protocolo cumplió con lo siguiente:

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud: 06/01/1987

Investigación para la Salud: Artículo 100 y 101.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud: artículo 13, 14, 16, 17, 20 y 64.

Considerándose una investigación sin riesgo.

I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012: que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Como participaron individuos como sujetos en un estudio epidemiológico, se obtuvo el consentimiento informado de los individuos participantes. Se consideró que este consentimiento es informado, ya que se le otorgó una persona que entiende el propósito y la naturaleza del estudio, lo que debe hacer y qué riesgos debe afrontar al participar en el estudio, y qué beneficios se desearon lograr como resultado del estudio. Además, se dio a cada participante un documento que menciona la protección de datos personales, es decir, la no divulgación de éstos. Las promesas de indemnización y atención médica por perjuicios, lesiones o pérdida de ingresos no se consideraron como inducción a participar, así como se tampoco se presionó a los individuos a participar en el estudio.

En cuanto a los principios de Bioética:

Principio de beneficencia: Se debe actuar en beneficio del otro, promoviendo su bienestar, defendiendo sus derechos, evitando daños y eliminando condiciones de riesgo, malestar y dolor. Uno de los principios de este protocolo es la detección de pacientes con dolor lumbar inflamatorio de manera oportuna que acudan al servicio de traumatología y ortopedia en urgencias y al servicio de rehabilitación para de este modo sugerir la referencia a reumatología para su evaluación completa, en caso de dar de alta del servicio de urgencias se sugirió envió a reumatología; es decir se realizaron maniobras de intervención o rescate que consistieron en proporcionar una solicitud de interconsulta a reumatología a los pacientes que presenten DLI, para que en dicho servicio se pueda continuar su abordaje, diagnóstico y tratamiento.

Si en generaciones venideras se da seguimiento a este protocolo, podría impulsar a nuevas investigaciones futuras encaminadas en la detección oportuna de DLI

Principio de justicia: “Dar a cada uno lo que le corresponde” o descrito por otros autores como dar un tratamiento equitativo y apropiado bajo el principio de lo que es debido a cada persona. Todos los pacientes tendrán la misma oportunidad de ser evaluados, seleccionándolos con base en los criterios de inclusión.

Principio de autonomía: Se refiere a la capacidad personal de decidir sobre sus fines personales, actuando baso decisión propia. En este caso, el paciente tiene todo el derecho de continuar o retractarse de completar la encuesta, sin que tenga repercusión en su atención en este Hospital, además se le dará a cada paciente que participe en el estudio un consentimiento informado dónde se explican riesgos, beneficios, justificación y objetivos del protocolo.

Principio de no maleficencia: No hacer daño físico o emocional, evitar el perjudicar en la realización de procedimientos o intervenciones. En este protocolo no se le dará mal uso a la información obtenida de las encuestas. No se considerará a los pacientes sólo como objetos impersonales para la realización del estudio.

Consentimiento informado:

Se solicitó a cada persona previa a la aplicación de la encuesta, autorización para participar en el estudio, mediante consentimiento informado. (Anexo 2).

Consideraciones de bioseguridad: riesgo bajo.

Sin conflicto de intereses.

Recursos:**1. Materiales:**

- a) Edificios e instalaciones.
- b) Máquinas y equipo.
- c) Recursos materiales renovables.
- d) Bienes muebles y objetos de oficina.
- e) Vehículos.

2. Humanos:

- a) Gestión de la Compensación y el Desempeño: autoridades hospitalarias.
- b) Especialistas en formación y desarrollo: médico adscrito del servicio.
- c) Especialistas en reclutamiento: médico residente.

Cronograma de actividades:

Actividad/ fecha	Nov	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo
Presentación de protocolo							
Reclutamiento de pacientes							
Análisis de información							
Elaboración de informe final y divulgación de resultados							

Resultados:

Se incluyeron 450 pacientes con dolor lumbar, del 09 de mayo del 2022 al 18 de agosto del 2022. De los 450 sujetos encuestados, el rango de edad fue de un mínimo de 22 y un máximo de 93 años con una mediana de 60.38 años; en cuanto a la duración en años del dolor lumbar la media fue de 6 años y de DLI de 10 años (tabla 1). El 91.1% no presentaron DLI (Tabla 3). En cuanto al sexo, el 6.7% de los sujetos femeninos presentaron DLI, 14.6% de los sujetos masculinos, (tabla 1). La mediana de edad de sujetos con DLI fue de 53.28 con DE (16.9) (tabla 1); la media de IMC en sujetos con DLI fue de 29.35 con DE (5.9) (tabla 1). El 97.1% no tuvo rigidez articular matutina mayor de 30 minutos (tabla 4). El 94.7% de los sujetos no tuvieron diagnóstico de enfermedad reumatológica (tabla 1). La enfermedad reumática más prevalente fue la osteoartritis con una frecuencia de 2.7%, siguiendo en orden de frecuencia artritis reumatoide con 1.1%, fibromialgia .9%, y sarcoidosis de .2% (tabla 5). En cuanto a la fatiga el 52.4% no la reportaron (tabla 6); en cuanto al consumo de medicamentos para el dolor, la mayoría consumía representando el 83.6% (tabla 2); en cuanto a comorbilidades el 64.4% tenía alguna siendo las principales DM2, Hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo. Otro aspecto que se analizó fue el nivel de estudios encontrándose que la mayoría de los encuestados tenían una licenciatura, representando el 54.4%. (tabla 2) y fue más frecuente el dolor de tipo mecánico (4.7%) en los trabajadores activo; finalmente en las enfermedades reumáticas, en la que se presentó mas DLI fue en artritis reumatoide representando el 0.4% (tabla 7).

Tabla 1: tabla demográfica

CARACTERÍSTICA	DOLOR LUMBAR MECÁNICO	DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO
SUJETOS FEMENINOS	93.3%	6.7%
SUJETOS MASCULINOS	85.4%	14.6%
EDAD	61 (IQR) (13.22)	53.28 (IQR) (16.9)
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	27.6 (DE) (4.8)	29.35 (DE) 5.9)
DURACIÓN DE LA LUMBALGIA(AÑOS)	4.2 (DE) (6.0)	8.2 (DE) (10)
SITUACIÓN LABORAL:		
SUJETOS CON TRABAJO	46.7%	4.7%
SUJETOS JUBILADOS	8.7%	1.6%
SUJETOS RETIRADOS	0.4%	0.7%
SUJETOS SIN ENFERMEDAD REUMÁTICA	86.9%	8.0%
COMORBILIDAD	34.1%	30.3%

Tabla 2: demográfica 2:

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	40	8.9%
SECUNDARIA	81	18
PREPARATORIA	58	12.9%
SUPERIOR	245	54.4%
CARRERA TÉCNICA	21	4.7%
ANALFABETA	3	.7%
SABE LEER Y ESCRIBIR PERO NO ESCOLARIZADO	2	.4%
SUJETOS QUE TOMAN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR	376	99.8%

Tabla 3:

Dolor lumbar inflamatorio	Frecuencia
SI	8.9 %
NO	91.1%

Tabla 4:

RAM > de 30 minutos	Frecuencia
Si	13 (2.9%)
No	437 (97.1%)

Tabla 5:

Enfermedad reumática	osteoartritis	Artritis reumatoide	fibromialgia	sarcoidosis
Frecuencia	2.1%	1,1%	0.9%	0.2%

Tabla 6:

Fatiga	frecuencia	porcentaje
SI	214	47.6%
NO	236	52.4%
TOTAL	450	100

Tabla 7: enfermedad reumática y dolor lumbar

Enfermedad reumática	Dolor lumbar mecánico (% dentro del total)	Dolor lumbar de tipo inflamatorio (% dentro del total)	% del total
Ninguna	86.9%	8.0%	94.4%
Artritis reumatoide	0.7 %	0.4 %	1.1 %
Fibromialgia	9.7%	0.2 %	0.9%
Fiebre reumática	0.2%	0%	0.2%
Sarcoidosis	0.2%	0%	0.2%
osteoartritis	2.4%	0.2%	2.7%
Total	91.1%	8.9%	100%

Discusión:

Se han establecido a lo largo de la historia múltiples criterios para la determinación del dolor lumbar inflamatorio (DLI), de cual para poder entrar a clasificarlo tiene que tener una duración mayor o igual a 3 meses y de inicio antes de los 45 años de edad; hablando un poco de tales clasificaciones, Las características más relevantes de dolor lumbar inflamatorio fueron descritas aproximadamente en la década de 1950 por varios investigadores.^{34, 35, 36} Hart y colegas³⁴ y Wilkinson y Bywaters³⁶ reconocieron el papel del descanso físico y la actividad física en pacientes con EA. Por ejemplo, en su estudio de 202 pacientes con EA, Wilkinson y Bywaters³⁶ describieron, "la mayoría de los pacientes con un inicio a nivel espinal notó un empeoramiento definido del dolor después de descansar, siendo el dolor y la rigidez los más marcados al levantarse de la cama y nuevamente después de recostarse en un sillón por la noche. Muchos encontraron alivio después de la actividad, y algunos encontraron necesario levantarse de la cama durante la noche para 'calentarse' antes de completar su descanso nocturno ". También notaron que su dolor se agravaba por un fuerte esfuerzo o sacudiendo la columna ". Tales

características clínicas fueron reconocidas y, por lo tanto, incluidas en los Criterios de Roma de 1961 para el diagnóstico de EA ³⁷. Dos de los 5 criterios clínicos referidos: dolor de espalda y rigidez durante más de 3 meses que no se alivia con el reposo" y "Dolor y rigidez en la región torácica". La revisión de 1966 de Nueva York ³⁸ de los Criterios de Roma ³⁷, dieron como resultado los criterios de Nueva York para ASAS ³⁸, cambiaron esos dos parámetros a uno: "Historia o presencia de dolor en la unión dorsolumbar o en la espina lumbar." Este proceso de simplificación eliminó las 2 características más importantes de dolor lumbar inflamatorio y redujo la especificidad de los criterios de Nueva York. Van Der Linden y colegas ³⁹ analizaron el valor diagnóstico de los criterios de Roma ³⁷ y los de Nueva York y propusieron modificarlos, reincorporando "Lumbalgia y rigidez de más de 3 meses que mejora con el ejercicio, pero no se alivia con el descanso." Los Criterios del European Spondyloarthritis Study Group (ESSG) ⁴⁰ Se refieren a "dolor espinal inflamatorio" que afecta la espalda, la región dorsal o cervical, como definido por la presencia de 4 de los 5 criterios propuestos por Calin y colaboradores ⁴¹ en 1977: este fue el primer estudio basado en datos sobre dolor lumbar inflamatorio. Hoy, el dolor lumbar inflamatorio es uno de los parámetros clínicos para la clasificación de axSpA ⁴² y SpA ⁴³ periférica propuesto por ASAS. La definición de dolor lumbar inflamatorio para axSpA corresponde a la definición de ASAS de dolor lumbar inflamatorio ⁴⁴ mientras que la de SpA periférica se refiere a dolor lumbar inflamatorio en el pasado "según el juicio del reumatólogo ". axSpA también incluye "dolor de glúteos que alterna entre áreas de los glúteos derecho e izquierdo" en referencia a la afectación axial. ⁴⁴

El interés de los reumatólogos en el DLI es que éste representa uno de los rasgos clínicos más característicos e importantes del involucro espinal y sacroiliaco en las espondiloartritis tanto axial como periféricas ; su identificación temprana permite una identificación oportuna de pacientes con estas entidades, generando un manejo temprano y como consecuencia un mejor pronóstico, mejor funcionalidad y calidad de vida y menos secuelas, así como la prevención de procedimientos innecesarios como los quirúrgicos.⁶⁴ En general se ha prestado menos atención a la metodología seguida para identificar a las personas con DLI, es decir, ¿Cómo se investigó y se

evaluó un conjunto específico de criterios de clasificación y cada uno de sus parámetros?; y para excluir otras causas de DL. Parece que el enfoque de DLI en la mayoría de los estudios depende de la administración directa de un cuestionario específico por un personal entrenado.⁶⁴

El papel de un experto en la evaluación del DL y el reconocimiento del DLI formaba parte del fundamento del grupo ASAS al desarrollar los últimos criterios de clasificación para DLI.³¹ El experto tiene que juzgar la presencia o ausencia de DLI en función de la información proporcionada por el paciente, así como la interpretación de un experto. Datos de un estudio mexicano sobre prevalencia de SpAs y DLI en la comunidad mexicana sustenta esta idea.⁶⁶ La evaluación de 121 personas con DLI por expertos diagnosticado por médicos generales en base a las respuestas positivas al cuestionario de Berlín confirmó DLI en 52 (42,9%). Esta evaluación por expertos incluyó una investigación cuidadosa de los signos y síntomas clínicos de DLI y cada uno de los criterios de Berlín.²⁰. Aunque un reumatólogo experimentado, cuestionó, discutió e interpretó la información brindada por los pacientes sin restricciones de tiempo, los médicos generales y becarios de reumatología se basaron en preguntas directas y respuestas. El valor de la evaluación por los expertos en ese estudio fue la identificación de individuos falsos positivos con DLI en la comunidad. En consecuencia, la prevalencia de SpAs fue más baja pero más cercano a la realidad. Weisman y colegas⁶⁷ estudiaron la prevalencia de DLI en los Estados Unidos con el mismo instrumento y reportó cifras más altas en mexicano-estadounidenses que el estudio mexicano.⁶⁶ El diagnóstico de DLI en el estudio realizado por Weisman y colegas⁶⁷ se basó en las respuestas al cuestionario administrado por entrevistadores capacitados, pero no verificado por ningún médico o reumatólogo experimentado.⁶⁴ por este motivo es importante la capacitación a médicos de primer nivel de atención sobre un interrogatorio adecuado de las características de DLI.

Con respecto a la prevalencia de DLI en la comunidad mexicana, Pelaez-Ballestas y colegas encontraron 52 individuos con DLI entre 4059 individuos, lo que

representa una prevalencia de 1.3% (IC 95%, 1.0%, 1.7%) en la población mexicana. La edad media (DE) fue de 39,9 (12,6) años y el 51% de estos individuos eran hombres. Veintiocho personas tenían SpAs según criterios ESSG17 y 4 tenían espondilitis anquilosante¹⁹. La prevalencia de DLI en E.U.A 32 fue del 5,0 % (IC del 95 %, 4,2 %-5,8 %) según Calin y colegas,⁴¹ 5,6 % (IC 95%, 4,7-6,5%) según ESSG17 y 6,0% (IC 95%, 4,9-7,1%) según los criterios de Berlín²⁰. Había un poco más de mujeres (51,6%) que de hombres (48,4%) así como algunas variaciones según la edad y la etnia. En base a estos dos estudios comparados con éste, se pudo observar que la prevalencia en éste fue mayor al los dos comentados previamente, siendo de 8.9% vs 1.3% y 5.6%; en cuanto a media de edad en el estudio de Peláez y colaboradores fue de 39.9 años, siendo en este de 53.8 años lo que no podría estar indicando un retraso en el diagnóstico; en cuanto al grupo de edad, en los dos estudios previos fue ligeramente mayor en el de Peláez y col representando el 51% en hombres y en el de Calin predominaron las mujeres con un 51.6%, en este estudio fue mas prevalente en el sexo masculino representando el 14.6% vs el 6.7% en mujeres, lo que puede indicar que realmente no hay un predominio del sexo. En cuanto a rigidez articular matutina , la cual se incluyó en los criterios de Rudwaleit para DLI, y no en los del grupo ASAS, es un ítem importante a interrogar ya que la mayoría de las enfermedades reumáticas se asocian a esta, sobre todo cuando su duración mayor de 30 a 60 minutos, en este estudio se pudo observar que la mayoría de los sujetos encuestados no la presentaron ya que precisamente no padecían enfermedad reumática representando un 97.1%; en cuanto al tiempo de evolución con el dolor lumbar es un aspecto muy importante, observándose que ésta fue mayor en los pacientes con DLI, siendo de 10 años en promedio, que coincide con artículos publicados como en el de Redeker y colaboradores, cuyo objetivo de su publicación fue evaluar el retraso diagnóstico actual axSpA y analizar factores asociados a ella, de 1677 pacientes con espondiloartritis axial incluidos en el análisis, el retraso diagnóstico fue de 5,7 años con una mediana de 2.3 años. De ellos, 407 pacientes fueron diagnosticados en 1996-2005 y 484 pacientes en 2006-2015. El retraso diagnóstico medio no fue sustancialmente diferente en ambos períodos: 6,3 años (mediana 2,6)

y 7,4 (2,7), respectivamente. El análisis de regresión lineal multivariada reveló que el sexo femenino [$b = 1,85$ (IC del 95 % 1,06, 2,65)], estado HLA-B27 negativo [$b = 3,61$ (IC del 95 % 2,07, 5,14)], presencia de psoriasis [$b = 1,40$ (IC 95 % 0,08, 2,73)] y edad más temprana al inicio de los síntomas [$b = 1,91$ (IC 95 % 1,53, 2,29)] fueron los factores asociados con un mayor retraso en el diagnóstico; concluyéndose que el retraso diagnóstico en axSpA sigue siendo inaceptablemente largo; que los pacientes femeninos, jóvenes, con inicio temprano de los síntomas, HLA-B27 negativo o presencia de psoriasis tenían un retraso diagnóstico más largo.⁷²

Con esto se refuerza la idea que son necesarias estrategias mas dirigidas y/ o específicas para la identificación de DLOI, con la finalidad de disminuir la demora diagnóstica en los pacientes con estas características. Estas estrategias educativas para la identificación de este tipo de dolor deben ir enfocadas principalmente para los médicos traumatólogos y ortopedistas, así como los médicos en Rehabilitación y medicina física, así como su envío al servicio de Reumatología. En cuanto a la fatiga, ésta se incluyó ya que es un síntoma común en los pacientes con enfermedades reumáticas, observándose que la mayoría no la presentó (52.4%), y quienes la presentaron puede ser multifactorial ya que muchos de los pacientes encuestados tuvieron varias comorbilidades que la pueden condicionar como es la DM2, el hipotiroidismo, incluyo hubo escasos pacientes con neoplasias en tratamiento con quimio y/o radioterapia que también pudo ser la causa de la fatiga. En cuanto al índice de masa corporal este fue mayor en los pacientes con DLI, lo cual puede deberse al estado proinflamatorio crónico que condiciona la obesidad. Finalmente, en cuanto al consumo de medicamentos para el manejo del dolor, la mayoría (83.6%) tomaba medicamentos dentro de los más frecuentes fueron los antiinflamatorios no esteroideos.

Conclusión:

En el presente estudio se encontró una prevalencia mayor que lo reportado por el grupo del HGM siendo esta de 8.9% vs 1.3%. En pacientes que cumplen criterios para DLI, debe realizarse el abordaje para búsqueda intencionada de espondiloartritis axial radiográfica o no radiográfica, ya que el retraso en el

diagnóstico retrasa el tratamiento, afectando el pronóstico, la funcionalidad y calidad de vida de quien lo padece.

Referencias bibliográficas:

1. Jan Hartvigsen*, Mark J Hancock*, Alice Kongsted, Quinette Louw, Manuela L Ferreira, Stéphane Genevay, Damian Hoy, Jaro Karppinen, Glenn Pransky, Joachim Sieper, Rob J Smeets, Martin Underwood, on behalf of the Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *The lancet*. March 21, 2018. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X).
2. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84: 95–103.
3. Anema JR, Schellart AJ, Cassidy JD, Loisel P, Veerman TJ, van der Beek AJ. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six-country cohort study. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 419–26.
- 4 Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med* 2009; 22: 62–68.
- 5 Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine* 1995; 20:11–9.
6. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine* 2006; 31:2724–7.
7. Walker BF. The prevalence of low back pain. A systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord* 2000; 13:205–17.
8. Walker B, Muller R, Grant W. Low back pain in Australian adults. Prevalence and associated disability. *J Manipulative Physiol Ther* 2004; 27:236–44.

9. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine* 2006; 31:2724–7.
10. Carey TS, Evans AT, Hadler NM, et al. Acute severe low back pain. A populationbased study of prevalence and care-seeking. *Spine* 1996; 21:339–44.
11. Lidgren L. The bone and joint decade 2000-2010. *Bull World Health Organ* 2003; 81(9):629.
12. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, et al. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005;62(12):851–60.
13. Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropr Osteopat* 2005; 13:13.
14. Thelin A, Holmberg S, Thelin N. Functioning in neck and low back pain from a 12- year perspective: a prospective population-based study. *J Rehabil Med* 2008; 40(7):555–61.
15. Luo X, Pietrobon R, Sun SX, et al. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. *Spine* 2004; 29:79–86.
16. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999; 354:581–5.
17. Deyo R, Rainville J, Kent D. What can the history and physical examination tell us about low back pain. *JAMA* 1992; 268:760–5.
18. Diamond S, Borenstein D. Chronic low back pain in a working-age adult [Review]. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:707–20.
19. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27:361-8.

20. Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: Do we need new criteria? *Arthritis Rheum* 2005; 52:1000-8.
21. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991; 34:1218-27.
22. Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, et al. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum* 1998; 41:58-67.
23. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. *Arthritis Rheum* 2008; 58:15-25.
24. Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of spondyloarthropathies in France: 2001. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:1431-5.
25. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:1427-30.
26. van der Linden SM, Valkenburg HA, de Jongh BM, Cats A. The risk of developing ankylosing spondylitis in HLA-B27 positive individuals. A comparison of relatives of spondylitis patients with the general population. *Arthritis Rheum* 1984; 27:241-9.
27. Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D, van der Linden S, Braun J. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2003; 23:61-6.
28. Feldtkeller E, Bruckel J, Khan MA. Scientific contributions of ankylosing spondylitis patient advocacy groups. *Curr Opin Rheumatol* 2000; 12:239-47.

29. Rudwaleit M, Listing J, Brandt J, Braun J, Sieper J. Prediction of a major clinical response (BASDAI 50) to tumour necrosis factor alpha blockers in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:665-70.
30. Rudwaleit M, Claudepierre P, Wordsworth P, Cortina EL, Sieper J, Kron M, et al. Effectiveness, safety, and predictors of good clinical response in 1250 patients treated with adalimumab for active ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2009; 36:801-8.
31. Sieper J, Rudwaleit M. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:659-63.
32. Brandt HC, Spiller I, Song IH, Vahldiek JL, Rudwaleit M, Sieper J. Performance of referral recommendations in patients with chronic back pain and suspected axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2007; 66:1479-84.
33. DENIS PODDUBNYY. Evaluation of 2 Screening Strategies for Early Identification of Patients with Axial Spondyloarthritis in Primary Care. *The Journal of Rheumatology* Volume 38, no. 11
34. Hart FD, Robinson KC, Allchin FM, et al. Ankylosing spondylitis. *Q J Med* 1949; 18:217–34.
- 35 Blumberg B, Ragan C. The natural history of rheumatoid spondylitis. *Medicine (Baltimore)* 1956; 35:1–31.
- 36 Wilkinson M, Bywaters EG. Clinical features and course of ankylosing spondylitis as seen in a follow-up of 222 hospital referred cases. *Ann Rheum Dis* 1958;17: 209–28.
37. Kellgren JH, Jeffrey MR, Ball J. *The epidemiology of chronic rheumatism, vol. I.* Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1963. p. 326–7.
38. Bennett PH, Burch TA. *Population studies of the rheumatic diseases.* Amsterdam:Excerpta Medica Foundation; 1968. p. 456–7.

39. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria.

Arthritis Rheum 1984; 27:361–8.

40. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, et al. The European spondylarthropathy study group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. Arthritis Rheum 1991;34:1218–27.

41. Calin A, Porta J, Fries JF, et al. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. JAMA 1977; 237:2613–4.

42. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of assessment of spondyloarthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis 2009;68(6):777–83.

43. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The assessment of spondyloarthritis international society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. Ann Rheum Dis 2011;70(1):25–31.

44. Sieper J, van der Heijde DM, Landewe RB, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise of the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis 2009; 68:784–8.

45. Sieper J et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis 2009; 68:784–788. doi:10.1136/ard.2008.101501.

46. Calin A, Porta J, Fries JF, et al. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. JAMA 1977; 237:2613–4.

47. Sieper J, van der Heijde DM, Landewe RB, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise of the

Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009; 68:784–8.

48. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, et al. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum* 2006; 54:569–78.

49. Weisman MH, Chen L, Clegg DO, et al. Development and validation of a case ascertainment tool for ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62(1):19–27, 2.

50. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27:361–8.

51. Calin A, Kaye B, Sternberg M, et al. The prevalence and nature of back pain in an industrial complex: a questionnaire and radiographic and HLA analysis. *Spine* 1980; 5:201–5.

52. Gran JT. An epidemiological survey of the signs and symptoms of ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 1985; 4:161–9.

53. Van der Linden SM, Fahrner H. Occurrence of spinal pain syndromes in a group of apparently healthy and physically fit sportsmen (orienteers). *Scand J Rheumatol* 1988; 17:475–81.

54. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères de classification des spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1990; 57:85–9 [in French]

55. Saraux A, Guedes C, Allain J, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy in Brittany, France. *Société de Rhumatologie de l'Ouest. J Rheumatol* 1999; 26:2622–7.

56. Hukuda S, Minami M, Saito T, et al. Spondyloarthropathies in Japan: nationwide questionnaire survey performed by the Japan ankylosing spondylitis society. *J Rheumatol* 2001; 28:554–9.
57. Bruges-Armas J, Lima C, Peixoto MJ, et al. Prevalence of spondyloarthritis in Terceira, Azores: a population based study. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:551–3.
58. Trontzas P, Andrianakos A, Miyakis S, et al, ESORDIG study group. Seronegative spondyloarthropathies in Greece: a population-based study of prevalence, clinical pattern, and management. The ESORDIG study. *Clin Rheumatol* 2005;24: 583–9.
59. Ng SC, Liao Z, Yu DT, et al. Epidemiology of spondyloarthritis in the People's Republic of China: review of the literature and commentary. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 37:39–47.
60. Onen F, Akar S, Birlik M, et al. Prevalence of ankylosing spondylitis and related spondyloarthritides in an urban area of Izmir, Turkey. *J Rheumatol* 2008; 35:305–9.
61. Poddubnyy D, Haibel H, Listing J, et al. Baseline radiographic damage, elevated acute-phase reactant levels, and cigarette smoking status predict spinal radiographic progression in early axial spondylarthritis. *Arthritis Rheum* 2012;64: 1388–98.
62. Adomaviciute D, Pileckyte M, Baranauskaite A, et al. Prevalence survey of rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy in Lithuania. *Scand J Rheumatol* 2008; 37:113–9.
63. Liao ZT, Pan YF, Huang JL, et al. An epidemiological survey of low back pain and axial spondyloarthritis in a Chinese Han population. *Scand J Rheumatol* 2009;38: 455–9.
64. Burgos-Vargas R, Pelaez-Ballestas I. Epidemiology of spondyloarthritis in México. *Am J Med Sci* 2011; 341:298–300.

65. Haglund E, Bremander AB, Petersson IF, et al. Prevalence of spondyloarthritis and its subtypes in southern Sweden. *Ann Rheum Dis* 2011; 70:943–8.
66. Braun J, Inman R. Clinical significance of inflammatory back pain for diagnosis and screening of patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010;69: 1264–8.
67. Weisman MH, Witter JP, Reveille JD. The prevalence of inflammatory back pain: population-based estimates from the US National Health and Nutrition Examination Survey, 2009-10. *Ann Rheum Dis* 2012.
68. Reveille JD, Witter JP, Weisman MH. Prevalence of axial spondylarthritis in the United States: estimates from a cross-sectional survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64:905–10.
69. Talavera J, et col. Investigación clínica: En busca de la certidumbre. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(Supl): S4-S5.
70. Vega G, et col. Metodología de la Investigación Clínica y Epidemiológica. UNDAp. 2006.
71. M Rudwaleit et col. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009; 68:777–783. doi:10.1136/ard.2009.108233.
72. Redeker et col. Determinants of diagnostic delay in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data. *Rheumatology (Oxford)*. 2019 Sep 1;58(9):1634-1638. doi: 10.1093/rheumatology/kez090.

Anexos:

Anexo 1:

Cuestionario de acuerdo a los criterios ASAS:

1. Nombre del paciente
2. Número de afiliación.
3. Edad
4. Sexo
5. Nivel de estudios
6. Situación laboral
7. Presencia de dolor en región lumbar.
8. ¿El dolor lumbar fue de aparición insidiosa?
9. ¿El dolor lumbar es progresivo?
10. Tiempo de evolución del dolor lumbar.
11. ¿El dolor lumbar mejora con la actividad?
12. ¿El dolor lumbar se exagera con el reposo??
13. ¿El dolor lumbar lo despierta por la noche??
14. ¿Presenta rigidez articular matutina?
15. ¿En caso de presentar RAM, esta es mayor de 30 minutos?
16. ¿El dolor lumbar mejora al levantarse?
17. ¿Hay presencia de fatiga?

NOTA: referente a la validación del instrumento, se especifica en la página 11 (... una sensibilidad 77,0% y especificidad 91,7% si al menos cuatro de los cinco parámetros se cumplen ^{47, 71}).

Anexo 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Título de Protocolo: PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR TIPO INFLAMATORIO EN LOS PACIENTES DE CONSULTA DEL SERVICIO DE REHABILITACION Y DE URGENCIAS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.

Investigador Principal: Dra. Sandra Miriam Carrillo Vázquez.

Sede donde se realizará el estudio: Servicio de Reumatología del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE. Teléfono y horario donde localizarlo: 55866011

Lunes a viernes 08:00 – 16:00 horas.

Investigador Asociado: Dra. María Alcocer León.

Médico residente de primer año de reumatología del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE. Teléfono y horario donde localizarlo: 55866011

Lunes a viernes 08:00 – 16:00 horas.

A Usted se le está invitando a participar en este protocolo de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar cualquier duda al respecto.

Una vez que haya comprendido en qué consistirá su participación en el estudio y, si Usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formato de consentimiento, del cual se le entregará una copia firmada y fechada.

En caso de detectar dolor lumbar de tipo inflamatorio se le otorgara una hoja de interconsulta para que acuda a sacar cita al servicio de reumatología.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

El dolor de espalda es considerado una de las quejas más comunes en la consulta de especialidades como: rehabilitación, urgencias, traumatología y ortopedia, sin embargo, se desconoce específicamente cual es la prevalencia del dolor lumbar.

Determinar la prevalencia de dolor lumbar mediante la aplicación de un instrumento o algoritmo rápido y práctico permitirá diferenciar entre dolor lumbar de tipo inflamatorio del no inflamatorio, favoreciendo así el diagnóstico correcto.

La relevancia de conocer dichas prevalencias permitirá estrategias de identificación temprana en grupos susceptibles y de manera individual, permitirá intervenir con el tratamiento adecuado en etapa temprana impactando así en la funcionalidad física y calidad de vida de los pacientes; ya que el retraso en el diagnóstico suele ser en promedio entre 8 y 10 años.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Describir la prevalencia de dolor lumbar de tipo inflamatorio en los pacientes de consulta del servicio de Rehabilitación, y de urgencias del servicio de Traumatología y Ortopedia; del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

PROCEDIMIENTO: Su participación consistirá en:

· Llenar un cuestionario de 32 ítems, relacionado con las características de dolor lumbar inflamatorio.

· El cuestionario durará alrededor de 20 minutos y abarcará varias preguntas sobre dolor en espalda baja.

· La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por la institución (Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE).

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Uno de los principios de este protocolo es la detección de pacientes con dolor lumbar inflamatorio de manera oportuna que acudan al servicio de traumatología y ortopedia en urgencias y al servicio de rehabilitación para de este modo sugerir la referencia a reumatología para su evaluación completa, en caso de dar de alta del servicio de urgencias se sugerirá envió a reumatología

MOLESTIAS ASOCIADAS AL ESTUDIO: en este tipo de estudio no se hará intervención que cause algún daño en el paciente.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO: sus datos personales pueden volverse no privados, situación que no se presentará.

GARANTÍAS:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación en este o en algún otro estudio.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

ACEPTACIÓN:

Una vez que leído esta información y han sido

aclaradas sus dudas ¿Acepta de manera voluntaria participar en esta investigación?

SI_____ NO_____

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento informado.

SI__ NO__ Autorizo que se me aplique una encuesta sobre dolor lumbar.

Nombre y Firma del participante

Fecha. _____

1.- Nombre y Firma del Testigo

Domicilio_____

Parentesco_____

2.- Nombre y Firma del Testigo

Domicilio _____

Parentesco _____

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado al Sr. (a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma del investigador.

Fecha _____

Anexo 3:

Aviso de Privacidad

El Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 1669, Revolución IMSS, Gustavo A. Madero, 07300 Ciudad de México, CDMX; conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos en Posesión de Particulares, pone a disposición de nuestros pacientes, nuestro Aviso de Privacidad.

Los datos personales que nos proporciona son utilizados estrictamente en la realización de funciones propias de nuestro hospital y por ningún motivo serán transferidos a terceros.

A nuestros pacientes les solicitamos los siguientes datos personales

Nombre, teléfono, correo electrónico, domicilio y RFC, para facilitar el proceso de recolección de datos.

En caso de realizar modificaciones al presente Aviso de Privacidad, le informaremos mediante correo electrónico, y nuestros operadores telefónicos.

He leído y acepto los términos del presente Aviso de Privacidad

Anexo 4:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

LUGAR: HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.

NOMBRE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR TIPO INFLAMATORIO EN LOS PACIENTES DE CONSULTA DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA; Y REHABILITACIÓN, DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.

FECHA:

ENCUESTA

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo: FEMENINO () MASCULINO ()
- 3) Número de afiliación _____
- 4) peso:
- 5) talla:
- 6) ¿Cuál es su nivel de estudios?
Educación Primaria ()
Educación Secundaria ()
Educación superior ()
- 7) ¿Cuál es su ocupación?

- 8) ¿Cuál es su situación laboral actual?
Con trabajo ()

Jubilado ()

Retirado()

En situación de invalidez ()

Refugiado ()

Otras _____

9) ¿Padece alguna enfermedad reumática?

SI () NO ()

10) En caso de que, si la padezca, especifique cual:

11) ¿Presenta usted dolor de espalda baja?

SI () NO ()

12) En cuanto a la intensidad del dolor, siendo 0: no tiene dolor y 10 es el dolor más intenso que ha tenido en su vida; ¿qué intensidad del dolor presenta el día de hoy? (marque con una X) 0,1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

13) ¿El dolor de espalda baja fue de aparición insidiosa (lenta): SI () NO ()

14) ¿El dolor de espalda baja ha ido aumentando de manera progresiva?

SI () NO ()

15) ¿Cuánto tiempo tiene desde que empezó con el del dolor en espalda baja?

16) ¿El dolor de espalda baja mejora con la actividad física o con el movimiento?

SI () NO ()

17) ¿El dolor de espalda baja empeora y/ o no mejora con el reposo?

SI () NO ()

18) ¿El dolor de espalda baja lo despierta por la noche?

SI () NO ()

19) ¿Presenta rigidez de las articulaciones o que le cueste trabajo desentumirse por la mañana? SI () NO ()

20) ¿En caso de que usted tenga rigidez de las articulaciones por la mañana, esta rigidez dura más de 30 minutos?

SI () NO ()

21) ¿El dolor de espalda baja mejora al levantarse por la mañana?

SI () NO ()

22) ¿Usted se siente fatigado(a)? SI () NO ()

23) ¿Usted padece alguna otra enfermedad? SI () NO ()

24) ¿En caso de que padezca alguna enfermedad, favor de mencionar cual es y que medicamento toma para ésta?

25) ¿Usted está tomando medicamento para el dolor de espalda baja? SI () NO ()

26) ¿En caso de que tome algún medicamento para el dolor de espalda baja, mencione que medicamento está tomando y que dosis?
