

Médico. General. MARTÍNEZ CHÁVEZ
JESUS ALONSO

AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS POR LUMBALGIA

2021



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS POR LUMBALGIA

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Martínez Chávez Jesús Alonso

Dirigido por:

Dr. Enrique Villarreal Ríos

Co-Director:

Dra. Leticia Blanco Castillo

Santiago de Querétaro, Qro; febrero 2021



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“Años de vida Saludable Perdidos por Lumbalgia”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Méd. Gral. Jesús Alonso Martínez Chávez.

Dirigido por:

M.C.S.S. Enrique Villareal Ríos

Codirigido por:

M.I.M.S.P. Leticia Blanco castillo

M.C.S.S. Enrique Villarreal Ríos
Presidente

M.en I.M. Lilia Susana Gallardo Vidal
Secretario

M.I.M.S.P Leticia Blanco Castillo
Vocal

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra
Suplente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez
Suplente

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. Febrero, 2021
México

Resumen

Introducción. La lumbalgia ha ido en aumento, afectando la calidad de vida y por consecuencia los años de vida saludables. Los años de vida saludable perdidos permiten cuantificar la magnitud de los eventos mórbido-mortales, así como fijar las prioridades en los servicios de salud, la funcionalidad y la calidad de vida- **Objetivo general:** identificar los años de vida saludables perdidos en pacientes con lumbalgia. **Materiales y métodos.** Diseño transversal descriptivo en pacientes con lumbalgia atendidos en una institución de seguridad social de la ciudad de Querétaro, México. Se incluyeron a todos aquellos pacientes, que acudieron a solicitar atención médica. El tamaño de la muestra, calculada con fórmula para población infinita con $n= 121$. El muestreo fue no aleatorio por casos consecutivos, empleando como marco muestral el listado de pacientes atendidos en el servicio de salud. Para la estimación de la vida saludable se identificó la edad de inicio de la lumbalgia, la esperanza de vida y el tiempo vivido con lumbalgia. Para estimar la pérdida de vida saludable se utilizó la escala de Oswestry, la cual incluye 10 dimensiones (intensidad de dolor, cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social, viajar). Se respetaron los aspectos éticos, el plan de análisis se incluyó promedios, porcentajes, intervalos de confianza para promedio e intervalos de confianza para porcentajes. **Resultados.** El promedio de edad de la población estudiada es de 54.02 años (IC 95%; 51.59-56.46). La edad de inicio de la lumbalgia es 49.29 años (IC 95%; 46.96-51.61), el promedio de días con dolor al año 305.97 (IC 95%; 287.78-324.16) y el tiempo vivido con lumbalgia es 26.21 años (IC 95%; 26.70-31.16). La pérdida de vida saludable determinada por la escala de Oswestry es 48.89%; el total de día saludables perdidos en la vida corresponde a 3,903.80 que equivale a 10.69 años de vida saludables perdidos en la vida. **Conclusión.** Los años de vida saludable perdidos en paciente con lumbalgia es alta.

Palabras clave: Lumbalgia, años de vida saludable perdidos, escala de Oswestry.

Summary

Introduction. Low back pain has been increasing, affecting the quality of life and consequently the years of healthy life. The years of healthy life lost allow quantifying the magnitude of morbid-fatal events, as well as setting priorities in health services, functionality and quality of life. **General objective:** to identify the healthy years of life lost in patients with low back pain. **Materials and methods.** Descriptive cross-sectional design in patients with low back pain treated at a social security institution in the city of Querétaro, Mexico. All those patients who came to request medical attention were included. The size of the sample, calculated with a formula for an infinite population with $n = 121$. The sampling was non-random for consecutive cases, using the list of patients seen in the health service as the sampling frame. To estimate healthy life, the age of onset of low back pain, life expectancy and time lived with low back pain were identified. To estimate the loss of healthy life, the Oswestry scale was used, which includes 10 dimensions (pain intensity, personal care, lifting weight, walking, sitting, standing, sleeping, sexual activity, social life, traveling). Ethical aspects were respected, the analysis plan included means, percentages, confidence intervals for averages and confidence intervals for percentages. **Results.** The average age of the study population is 54.02 years (95% CI; 51.59-56.46). The age of onset of low back pain is 49.29 years (95% CI; 46.96-51.61), the average number of days with pain per year 305.97 (95% CI; 287.78-324.16) and the time lived with low back pain is 26.21 years (95% CI; 26.70-31.16). The loss of healthy life determined by the Oswestry scale is 48.89%; the total of healthy days lost in life corresponds to 3,903.80 which is equivalent to 10.69 healthy years of life lost in life. **Conclusion.** The years of healthy life lost in a patient with low back pain is high.

Key words: Low back pain, years of healthy life lost, Oswestry scale.

Dedicatorias

Primero doy gracias a DIOS por permitirme estar con vida y sano, así como tener la dicha de tener todo en la vida.

Le doy gracias a mi padre José Luis Martínez y mi madre Adela Chávez porque gracias a ellos y su forma de crianza, soy la persona que todos conocen, sin ellos nunca hubiera sido posible llegar hasta este momento, ellos siempre me impulsaron a seguir adelante con su apoyo. Motivación, ejemplo y sus consejos.

También doy gracias a mi esposa Anabel Chávez a la mujer que amo, ya que, con su ayuda, apoyo y comprensión, tuve fortaleza para levantarme día a día y seguir luchando para lograr esta meta, así como a mis hermosas hijas Alexa y Melissa que siempre me recibían con una sonrisa y me transmitían toda su energía para ser feliz toda la semana y seguir adelante en este camino.

Dirección General de Bibliotecas de la UDO

Agradecimientos

Durante este camino doy gracias a mis maestro y tutores quien me han enseñado el valor de la medicina y su importancia, así como su honradez y ética profesional.

Quiero agradecer al Dr. Armando Cárdenas Lara quien fue mi maestro durante toda la carrera, gracias a él comprendí la importancia de la medicina, siempre ha sido un hombre y medico ejemplar, dispuesto ayudar, con una moral y ética inquebrantable, sin sus consejos o enseñanzas, no hubiese logrado estar aquí.

Agradecer a la Dra. Leticia Blanco que ha sido como mi segunda mamá, ya que siempre me apoyo en la residencia como en mi vida personal, siempre aportando cosas buenas a mi persona y mi formación médica, siempre le estaré eternamente agradecido.

Agradecer a la Dra. Roxana Cervantes quien siempre mostro interés a mi formación médica, también me brindó su apoyo cuando lo necesite, siempre se mantuvo firme ante cualquier adversidad y me enseñó que todo pasa por algo.

Agradecer al Dr. Enrique Villareal quien me asesoro y guió en este proyecto de investigación, siempre apoyándome y con su buena vibra, alentándome a seguir en todo momento.

Y por último, aquellos que me acompañaron durante la especialidad y que estuvieron para apoyarme, dar palabras de aliento, aprender y divertirme están mis amigos del alma, a quienes donde quiera que voy los llevo en mi corazón, los cuales son Ernesto, Judith, Fernando, Erick, Marco, Víctor Hugo, Misael y Alex.

Gracias a todos, ya que cada persona aquí mencionada contribuyo con algo en mi vida para logra concluir esta especialidad.

Recordad que el destino es sabio y siempre te coloca en el lugar, tiempo y con las personas que necesitas tener para crecer en todo aspecto de tu vida.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v-vi
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	
II.1 Concepto de Lumbalgia	4
II.2 Lumbalgia a Nivel Mundial.	4-5
II.3 Lumbalgia en España	5-6
II.4 Lumbalgia en México	6
II.5 Años de vida Saludables perdidos.	7
III. Fundamentación teórica	8-17
IV. Hipótesis o supuestos	18
V. Objetivos	
V.1 General	19
VI. Material y métodos	
VI.1 Tipo de investigación	20
VI.2 Población o unidad de análisis	20
VI.3 Muestra y tipo de muestra	20-21
VI.3.1 Criterios de selección	21
VI.3.2 Variables estudiadas.	21
VI.4 Técnicas e instrumentos	21-22
VI.5 Procedimientos	22-23
VI.5.1 Análisis estadístico	23

VI.5.2 Consideraciones éticas	24-25
VII. Resultados	26
VIII. Discusión	30-31
IX. Conclusiones	32
X. Propuestas	33
XI. Bibliografía	34-36
XII. Anexos	37-39

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Supuestos adoptados para la estimación de los años de vida saludable perdidos por lumbalgia.	27
VII.2	Total, de días saludables perdidos en la vida y total de años saludables perdidos en la vida en el paciente con lumbalgia.	28
VII.3	Total, de días saludables perdidos en la vida y total de años saludables perdidos en la vida en el paciente con lumbalgia. Por tipo de actividad.	29

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

Abreviaturas y siglas

GPC: Guía de práctica clínica.

AVISA: Años de Vida Saludables Perdidos.

APMP: Años Perdidos por Muerte prematura.

AVD: Años vividos con discapacidad.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

I. Introducción

La lumbalgia representa un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, impacto y repercusión socioeconómica. La población mayormente afectada se encuentra en edad económicamente activa, por lo que genera un incremento de recursos y pérdidas de días laborales por incapacidades en las empresas como en las unidades de salud.

Se estima que un 70% de las personas adultas presentarían un episodio de lumbalgia por lo menos una vez en su vida, y que es una de las principales causas de limitación física en personas menores de 45 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra entre las primeras 10 causas de consulta de Medicina Familiar. (GPC Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer Nivel de atención)

El dolor crónico afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%), en México, se ha observado que el 13% de la población (edad de 20 a 59 años) que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), manifiesta este tipo de dolor. Dicho de otra forma, si México tuviera 100 millones de personas, entonces 25 millones tendrían dolor crónico (en 6.25 millones estaría localizado en la espalda baja). A manera de ejemplo y únicamente con el objetivo de representar la magnitud del problema, si el 30% de los 6.5 millones de enfermos con lumbalgia crónica requiere incapacidad, entonces estamos hablando de 1.9 millones de personas con incapacidad laboral. Si cada uno de ellos requiere 12 días en promedio, estamos hablando de 23.4 millones de días (aproximadamente el 84% del total de incapacidades IMSS- ISSSTE); es decir 1.2 miles de millones de pesos mexicanos.

En la Unión Americana se ha estimado que al trabajador con lumbalgia se le llegan a otorgar hasta 102 días en promedio (rango de 303 a 39 días). En ese país, el costo de un evento doloroso asociado a lumbalgia es de 252.95 USD por evento agudo; en Francia, es de 101.66 USD. (Covarrubias, 2010)

La lumbalgia es una patología de múltiples etiologías, que en ocasiones no se trata adecuadamente en las unidades de salud, así como el paciente no sigue indicaciones para evitar la cronicidad y que el dolor perpetúe. Lo que a trascurso de los años va generando discapacidad para las actividades de la vida diaria y generando múltiples conflictos emocionales y económicos para el paciente. (Vlaeyen, 2018).

Debido a la discapacidad que pueden presentar los pacientes con lumbalgia se han realizado escalas capaces de medir que grado de discapacidad tiene. Una de las más utilizadas es la escala de Oswestry que evalúa 10 ítems, los cuales son actividades de la vida diaria si como el nivel de dolor que presenta el paciente. (Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry-2006)

Todo esto genera una carga de la enfermedad a las instituciones de salud. Para poder valorar esta carga de la enfermedad en el Instituto Mexicano del Seguro social se han utilizado indicadores que les permite medir la brecha existente entre la situación de salud de una población.

Debido a que la lumbalgia se ha convertido en un problema de salud mundial con grandes costos en sectores de salud y afecta económicamente a empresas y al paciente lo afecta económica y físicamente, ya que si no hay una adecuada resolución del problema va ocasionando múltiples recaídas de la lumbalgia y con esto ausentismo laboral y discapacidad para la realización de tareas cotidianas, siendo incapacitante en etapas avanzadas o dependiendo de la etiología. Por lo que el paciente va perdiendo su calidad de vida, con forme avanza la enfermedad y al volverse crónica sus años de vida saludable se ven disminuidos. Los años de vida saludable perdido son desde que una enfermedad causa discapacidad ya sea aguda o crónica.

Los años de vida saludables perdidos por discapacidad (AVISA) estiman la carga de la enfermedad que soporta una población en un determinado periodo, casi siempre de un año, donde se evalúa los años vividos con discapacidad (AVD) y los

años perdidos por muerte prematura (APMP) para un conjunto de problemas de salud definidos. (Rodríguez, 2009)

Ya que la lumbalgia se ha ido posicionando en una de las enfermedades más comunes en nuestro país, y causa pérdidas tanto monetaria, así como incapacidades laborales, es importante valorar el panorama que tenemos. Debido a que la esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado, se puede considerar que un futuro genere una mayor carga de la enfermedad en México. Con lo cual un mayor número de personas vivirá con discapacidad y una calidad de vida inadecuada.

II. Antecedentes

II.1 Conceptos de Lumbalgia

La lumbalgia se define con el dolor en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, que puede presentar irradiación hacia las extremidades inferiores, cuya etiología puede comprometer estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y se ha convertido en uno de las principales causas de ausentismo laboral afectado directamente la calidad de vida. (Aguilera, 2013)

El concepto de funcionalidad se introdujo a la medicina a petición de los seguros médicos, para evaluar la capacidad funcional residual exigible a pesar de dolor que presentan los pacientes. Se han creado herramientas para evaluar la funcionalidad y determinar la capacidad física de una persona, en base a pruebas estandarizadas de manera objetiva, con esto se permite especificar el nivel de exigencia que una persona puede alcanzar para su actividad laboral. (Norberg, 2006)

Dentro de las pruebas se evalúa, manipulación de pasos, desplazamientos, fuerzas, destreza manual y posiciones de tensión. Durante estas pruebas se evalúa actividad muscular, la base de sustentación, la postura, la frecuencia cardiaca, el control de movimiento y su seguridad, así como el ritmo de trabajo para asegurar la ejecución y postura correcta. (Norberg, 2006)

Para la lumbalgia se han desarrollado índices de funcionalidad validados, que se utilizan para medir la repercusión de la patología. Dentro de los más utilizados se encuentra el de Oswestry y el de Million. (Norberg, 2006)

II.2 Lumbalgia a Nivel Mundial

Es un problema frecuente en la población mundial, con una prevalencia anual de un primer episodio evaluada entre el 6.3-15.4% con una prevalencia

mensual del 23% y a lo largo de toda su vida entre el 60-70% se presenta un episodio de lumbalgia. (López de Celis, 2009)

En el estudio Global Burden of Disease, el dolor lumbar (LBP) ocupa el primer lugar en términos de años vividos con discapacidad, con una de cada diez personas que experimenta dolor lumbar en cualquier momento del mundo. Las personas en este estudio expresaron un fuerte deseo de obtener información clara, coherente y personalizada sobre el pronóstico, las opciones de tratamiento y las estrategias de autocuidado, relacionadas con la salud y los problemas ocupacionales. Para corregir creencias inútiles y optimizar la administración de terapias basadas en evidencia, se puede justificar la educación de pacientes y profesionales de la salud. (Lim, 2019)

II.3 Lumbalgia en España.

La lumbalgia es una dolencia muy extendida. Se calcula que entre un 3_4% de las consultas atendidas en atención primaria española son debidas a la lumbalgia. La lumbalgia es más frecuente en mujeres (17,8%) que en hombres (11,3%), y aunque el 30% de los adolescentes ha padecido al menos un episodio de lumbalgia, la primera presentación de la lumbalgia es frecuente entre los 20 y los 40 años (López de Celis, 2009)

En un estudio realizado en España, en 2006 intentaron medir la correlación entre el dolor, la movilidad y la discapacidad con otros factores demográficos y antropométricos de pacientes afectados de lumbalgia crónica derivados para tratamiento a un servicio de rehabilitación de atención primaria del Institut Catalá' de la Salut situado en el cinturón de Barcelona. (López de Celis, 2009)

Dentro del estudio se seleccionaron 143 pacientes de los cuales se recolectaron datos antropométricos, manifestaciones clínicas, dolor, discapacidad y la movilidad de la Columba lumbar. Para el dolor se empleó la escala visual analógica (EVA) y para la discapacidad se utilizó el cuestionario de Roland-Morris.

Donde se obtuvo que el promedio de edad fue de 47.5 años, el 74% fueron mujeres, el 57% estaban en situación laboral. En cuestión de la discapacidad relacionaron que el tener más edad, sexo femenino, mayor tiempo de síntomas, tomar medicamentos, tener poca movilidad y más dolor, se asociación a mayor discapacidad.

II.4 Lumbalgia en México

Un estudio en 2010 en México refiere que el dolor crónico de lumbalgia afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%). Cerca de un cuarto de los enfermos con dolor crónico presentan dolor lumbar. Este padecimiento condiciona limitantes físicas que modifican el entorno social y afectivo del afectado. La lumbalgia presenta costos asociados a las incapacidades laborales y a la terapéutica empleada. En este sentido, aproximadamente 30% de los portadores de lumbalgia en México requieren incapacidad. Por otro lado, en nuestro país los días otorgados por incapacidad es en promedio de 12 días. (Covarrubias, 2010).

En México, se ha observado que el 13% de la población que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor.

En la página oficial del IMSS se menciona que en el año 2017 más de 300 000 personas acudieron a consulta por lumbalgia, y en su mayoría ocuparon incapacidad pro 10 días aproximadamente. (<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201810/246>).

Para valorar la escala o grado de discapacidad que se presenta en los pacientes con lumbalgia existen múltiples instrumentos ya valorados mundialmente, dentro la más utilizados se encuentra la escala de Oswestry la cual mide el porcentaje de discapacidad que se presenta en cada paciente. (Alcantara, 2006)

II.5 Años de vida Saludable Perdidos (AVISA).

Los AVISA fueron estudiados inicialmente en la Escuela de Salud Pública de Harvard, en colaboración con el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los años 1993, 1996 y 2000, se calcularon los AVISA por regiones y países, lo que permitió comparar la magnitud de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo, estimando la valoración no solo de las consecuencias mortales, sino también teniendo en cuenta aquellas no mortales (Grisales, 2018)

El tiempo que llega a perder un paciente de vida saludable a causa de una patología se determina en base a los años de vida saludables perdidos, los cuales equivalen a la suma de años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y de los años vividos con discapacidad aguda o crónica. (Grisales, 2012)

Los años de Vida Saludable Perdidos (AVISA), conciben una manera de establecer las relaciones entre lo lesivo y lo benéfico, por lo que sirven a los investigadores y a quienes toman las decisiones para cuantificar la magnitud de los eventos mórbido-mortales, así como fijar las prioridades en los servicios de salud y en consecuencia para enfocar, planificar y evaluar las intervenciones, los programas del sector salud y en general la funcionalidad y la calidad de vida. (Grisales, 2012)

En este contexto el objetivo es identificar los años de vida saludables perdidos por discapacidad, por Individuo en pacientes con lumbalgia.

Se realizó un estudio en 2009 donde se valoró la carga de enfermedad por AVISA entre los afiliados al IMSS se estimó en 7'297.691 años de vida saludable perdidos, es decir, 162,88 AVISA por cada mil afiliados, correspondiendo el 68,6% a los AVISA por discapacidad (AVD) (111,8 por mil afiliados) y el 31,4% a los de mortalidad (APMP) (51,1 por mil afiliados). El 46% del total de AVISA es atribuible a los hombres y el 54% a las mujeres. Todos estos resultados son de las múltiples patologías que son las primeras 10 causas de AVISA en México. (Rodríguez, 2009)

III. Fundamentación teórica

III.1 Lumbalgia a nivel mundial

La Lumbalgia o dolor lumbar es una patología que afecta a toda la población a nivel mundial, es una enfermedad la cual se dice que tiene orígenes desde que el hombre comenzó con la bipedestación, ocasionando alteraciones en la columna por su marcha y la gravedad de la misma tierra. (Norberg, 2016)

En Estados Unidos, la incidencia anual de dolor lumbar es de un 5% y su prevalencia, de un 60-90%, por lo que algunos autores lo han calificado como una de las epidemias de nuestro tiempo. En el Reino Unido la prevalencia es del 39%. Se calcula que entre un 3-4% de las consultas atendidas en atención primaria española son debidas a la lumbalgia (Matias, 2005; Lim, 2019).

La lumbalgia es un problema frecuente con una prevalencia anual de un primer episodio evaluada entre el 6,3-15,4%, con una prevalencia mensual del 23% y de por vida entre el 60-70%. Se estima que es responsable de 83 millones de años de invalidez que dan lugar a importantes consecuencias socio económicas. (Matias, 2005; Lim, 2019).

La lumbalgia es más frecuente en mujeres (17,8%) que en hombres (11,3%), y aunque el 30% de los adolescentes ha padecido al menos un episodio de lumbalgia la primera presentación de la lumbalgia es más frecuente entre los 20 y los 40 años. (López, 2009)

III.2 Lumbalgia en México.

En la población mexicana no se hace referencia a que se encuentra dentro de los parámetros mundiales, mencionando que alrededor de un 7% de la población mexicana presenta este tipo de dolor. (Covarrubias, 2010)

Tanto ha sido el impacto en los últimos años que la lumbalgia se ha posicionado dentro de las primeras 10 patologías de consulta más frecuente en unidades de medicina familiar, siendo los más afectados sujetos menores de 45 años. (López, 2009; Covarrubias, 2010)

Un estudio reciente muestra que la proporción de las personas que vuelven al trabajo después de 1 mes de incapacidad es del 68,2%. Después de 1-6 meses de interrupción, se encuentra un porcentaje del 85,6%. Después de más de 6 meses de baja laboral, el porcentaje de ausencia de retorno al trabajo de los pacientes de baja es del 93,3%. El 5-10% de los adultos presentarán una lumbalgia crónica, lo cual representa hasta un 85% de los costes globales (Ponce, 2013; Norberg, 2016)

Se dice que en México, la lumbalgia es un problema de salud pública ya que representa una verdadera carga en costos económicos e incapacidades laborales. Se valoran 3 puntos importantes que son: 1. En México el 58% de su población se encuentra con edad económicamente activa, 2. El 52% de la población que acude a consulta en unidades de medicina familiar tienen entre 20-59 años es decir son económicamente activos, 3. El 25% de esta población presento lumbalgia como diagnóstico. (Covarrubias, 2010; Díez, 2018).

En el IMSS e ISSSTE, abarcan el 93% de la población asegurada, en conjunto, ambas instituciones proporcionaron 27.8 millones de días de incapacidad laboral en el 2007, lo que se tradujo en \$5.8 miles de millones de pesos mexicanos.

En México se tiene registro de que cada paciente que presenta lumbalgia se otorga 12 días de incapacidad aproximadamente, lo que conlleva a un gran ausentismo laboral, así como grandes costes económicos a las instituciones de salud. (Covarrubias, 2010)

III.3 Clasificación de la lumbalgia.

III.3.1 De acuerdo con la duración, la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: de inicio súbito y duración menor de 6 semanas.
- Subaguda: la cual tiene una duración de 6 a 12 semanas.
- Crónica: de duración mayor es de 12 semanas.

(Aguilera, 2013; Chavarria ,2014)

Si el dolor dura más de 14 días, se activan mecanismos neurofisiológicos que tienden a perpetuarlo, y que a partir de los 90 días pueden mantenerlo, aunque desaparezca la causa que inicialmente lo desencadenó (Kovacs, 2016)

III.3.2 Según las características del dolor y la naturaleza del proceso etiológico, se clasifica en:

- Lumbalgia no mecánica.
- Lumbalgia mecánica con afectación radicular.
- Lumbalgia mecánica simple sin afectación radicular o inespecífica.

(Aguilera, 2013) (Chavarria, 2014)

III.3.3 Algunos autores la clasifican en cinco categorías:

- Viscerogénica: causadas por enfermedades abdominales.
- Vascular: por aneurisma de aorta abdominal.
- Psicogénica: relacionadas con factores psicológicos que induce el dolor.
- Neurogénica: por alteraciones en el sistema nervioso.

- Espondilogénica: por hernias de disco y osteoartrosis. (Aguilera, 2013; Chavarria, 2014)

III.4 Factores de riesgo.

III.4.1 Edad: La incidencia de la lumbalgia es más frecuente en la tercera década de la vida, con su mayor cronicidad entre los 60-65 años de edad. (García 2014; Duran, 2016)

III.4.2 Sexo: En estudios realizados sobre el comportamiento de la lumbalgia demostró que la prevalencia media de dolor lumbar fue mayor en las mujeres. (García 2014; Duran, 2016)

III.4.3 Obesidad: se ha observado que existe una fuerte relación entre la ocurrencia de dolor lumbar y un elevado índice de masa corporal 30 o más. (García 2014; Duran, 2016)

III.4.4 Factores psicosociales: las evidencias demuestran que la depresión y ciertos comportamientos ante el dolor, así como otros factores psicosociales influyen en la cronicidad. (García 2014; Duran, 2016)

III.4.5 Factores laborales: las causas de dolor lumbar son múltiples, varios estudios han tratado de determinar la significación causal de diferentes factores en la producción del dolor. Entre las etiologías posibles se han citado factores físicos como el levantamiento de pesos, las cargas físicas elevadas, la vibración y el estrés postural. (García 2014; Duran, 2016)

III.4.6 Tabaquismo: Algunos autores han asociado una alta incidencia de lumbalgia en fumadores, aunque no se conoce con exactitud la relación. (García 2014; Duran, 2016)

III.4.7 Actividad física: Se considera que la inactividad física es un factor de riesgo para lumbalgia, sin embargo, la actividad física moderada es un factor protector. (García 2014; Duran, 2016)

III.5 Diagnostico.

El diagnostico principalmente es clínico, todo paciente que acude a consulta por dolor lumbar, se le debe realizar una historia clínica completa y un interrogatorio, con mayor énfasis en semiología del dolor, así como una exploración neurológica, sospechando de problemas radiculares. (Gomez, 2005)

Los estudios paraclínicos que se llegan a utilizar son:

Radiografías: la radiografía puede ayudar a determinar la presencia de fracturas, cambios por envejecimiento, curvas o deformidades. (Gomez, 2005)

Tomografía: Está indicada cuando se desea ver hueso. Permite visualizar hernias discales y estenosis vertebrales secundarias a artrosis. (Gomez, 2005)

Resonancia magnética: Este estudio crea mejores imágenes de mejor calidad de tejidos blandos, como músculos, nervios o discos vertebrales al igual que médula y contenidos del canal medular. La RNM es una prueba útil para el diagnóstico de procesos como cáncer e infección. (Gomez, 2005)

Electromiografía: son útiles para determinar la presencia de neuropatía periférica de radiculopatía o miopatía. (Chavarria, 2014; Gomez, 2005)

Se recomienda solicitar estudios complementarios ante el paciente con lumbalgia con base en una evaluación clínica completa e individualizada. (Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2009)

Dentro de la valoración que el médico debe realizar en la lumbalgia es la incapacidad que produce, por lo que se utilizan escalas para valorarla. Dentro de las escalas más utilizadas en la actualidad se encuentra la escala de Oswestry.

III.6 Escala de Oswestry.

El desarrollo de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry lo inició, en 1976, John O'Brien con pacientes que presentaban dolor lumbar crónico. Se diseñó como un instrumento de valoración y de medida de resultados.

Fue a partir de 1981 cuando se difundió ampliamente tras la reunión en París de la International Society for The Study of the LumbarSpine (ISSLS).(Alcántara, 2006)

La escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry es un cuestionario auto aplicado, específico para dolor lumbar, que mide las limitaciones en las actividades diarias. Consta de 10 preguntas con 6 posibles respuestas cada una. (Alcántara, 2006)

La primera pregunta hace referencia a la intensidad del dolor, precisando en las distintas opciones la respuesta a la toma de analgésicos. Los restantes ítem incluyen actividades básicas de la vida diaria que pueden afectarse por el dolor (cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar). (Alcántara, 2006)

El paciente puede contestarla por sí mismo, sin la presencia de un entrevistador, en la consulta, ya que se evita así el posible efecto intimidatorio de la presencia de personal sanitario. No se requiere ningún equipo especial. Se le puede proporcionar al paciente una tablilla que dé soporte al papel y facilite su cumplimentación. (Alcántara, 2006)

La escala tiene 10 cuestiones con 6 posibles respuestas cada una. Cada ítem se valora de 0 a 5, de menor a mayor limitación. Si se marca la primera opción se puntúa 0 y 5 si la señalada es la última opción. Si se marca más de una opción se tiene en cuenta la puntuación más alta. En caso de no responder a un ítem éste se excluye

del cálculo final. La puntuación total, expresada en porcentaje (de 0 a 100 %), se obtiene con la suma de las puntuaciones de cada ítem dividido por la máxima puntuación posible multiplicada por 100. (Alcántara, 2006)

Una vez obtenido el puntaje es se clasifica de la siguiente manera: entre 0-20 %: limitación funcional mínima; 20 %-40 %: moderada; 40 %-60 %: intensa; 60 %-80 %: discapacidad, y por encima de 80 %: limitación funcional máxima. (Alcántara, 2006)

En cuanto a su validez, desde su aparición, hace más de 20 años, ha sido objeto de numerosos estudios. En una publicación reciente los autores comparan la fiabilidad y sensibilidad a los cambios de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry con las escalas SF-36 y Multidimensional Pain Inventory en un grupo de pacientes con diversos tipos de dolor crónico remitidos a una Unidad del Dolor. Concluyeron, además de resaltar sus buenas características métricas, que es la escala más fácil de cumplimentar por el paciente y que puede ser útil en una población general con dolor. (Alcántara, 2006)

En cuanto a si fiabilidad, la consistencia interna se determinó mediante el coeficiente α de Cronbach, utilizando los datos de los 138 pacientes que contestaron a la totalidad del cuestionario, dando lugar a un coeficiente α de 0,85. (Alcántara, 2006)

III.7 Tratamiento.

Debido a que la etiología de la lumbalgia es múltiple, se debe abarcar un tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como un seguimiento adecuado y una rehabilitación para evitar recaídas y que el dolor se vuelva crónico.

Es importante que se debe individualizar el tratamiento con cada paciente.

III.7.1 Tratamiento no farmacológico.

El tratamiento no farmacológico siempre debe ofrecerse antes, con ejercicio y terapia física. (Vlayen, 2018)

El plan de ejercicios debe ser manejado y supervisados por expertos, para evitar recaídas e incapacidad laboral, por lo tanto, se debe adaptar en base a la actividad laboral que realicen. Existen muchas formas de hacer ejercicio que son benéficas para la lumbalgia como es el yoga, tai chi, ejercicios de control motor y pilates. (Vlayen, 2018)

El ejercicio solo se contraindica en paciente con lumbalgia severa o que tenga alguna patología que se pueda complicar. Siempre el autocuidado y un ejercicio para una adecuada higiene de columna. (Vlayen, 2018)

III.7.2 Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico se considera, muy similar tanto para la lumbalgia aguda o crónica, los principios son casi los mismos. (Vlayen, 2018)

Se considera que durante el tiempo los tratamientos farmacológicos se basaron en paracetamol y en algunas ocasiones con opioides, teniendo un resultado algo incierto sobre la lumbalgia. Debido a que lumbalgia es de múltiples causas, actualmente se ha sugerido el uso de AINES o relajantes musculares con tratamiento, siempre individualizando cada paciente, y solo se recomienda en aquellos paciente que no mejoraron con la terapia no farmacológica. (Vlayen, 2018)

La primera línea farmacológica son los AINES, se sugiere a la menor dosis posible y por el menor tiempo de uso. Debido a los efectos secundarios, se sugiere tener un seguimiento estricto con aquellos pacientes con mayor riesgo de sangrados gastrointestinales, y adicionar tratamiento protector de la mucosa gástrica. (Vlayen, 2018)

El tramadol o la duloxetina son el tratamiento de segunda línea para dolor crónico, aunque los opioides se debe valorar riesgo beneficio. (Vlayen, 2018)

Una combinación que se puede utilizar es el tramado con paracetamol cuando los aines están contraindicados. (Vlayen, 2018)

Cuando el dolor es crónico y se diagnostica una causa anatómica el tratamiento va desde cirugías, denervación por radiofrecuencia y tratamientos multidisciplinarios. (Vlayen, 2018)

III.8 Calidad de vida.

Dentro de la patología de la lumbalgia, no solo conlleva el tratar la causa, sin mirar las consecuencias que puede sufrir cada paciente, como se ha mencionado antes la lumbalgia es un padecimiento muy frecuente y muchos pacientes perduran con el dolor hasta la cronicidad. Esto termina afectando toda vida, para realizar actividad física, laboral, social e incluso sexual, lo cual nos lleva a una mala calidad de vida. (Rodríguez, 2006; Papa de la Rosa, 2014)

Muchos pacientes llegan a tener problemas de ansiedad, depresión y miedo, por su discapacidad para la realización de las actividades cotidianas, por lo que muchas permanecen encerradas en sus hogares. Esto se puede traducir en perdida de años saludables por discapacidad. (Papa de la Rosa, 2014; Vlayen, 2018).

III.9 Años de vida saludable perdidos (AVISA).

Debido a la complejidad del panorama epidemiológico de México y el mundo es necesario crear medidas o formas que permita evaluar las pérdidas de salud, que midan simultáneamente las pérdidas relacionadas con muertes prematuras, enfermedades letales y no letales y la discapacidad o las secuelas que producen. Y tener perspectiva sobre el panorama de salud y la carga de una enfermedad de la población. (Rodriguez, 2006; Lozano, 2013)

Los AVISA fueron estudiados inicialmente en la Escuela de Salud Pública de Harvard, en colaboración con el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los años 1993, 1996 y 2000, se calcularon los AVISA por regiones y países, lo que permitió comparar la magnitud de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo, estimando la valoración no solo de las consecuencias mortales, sino también teniendo en cuenta aquellas no mortales (Grisales, 2018)

A partir de las estimaciones de las prevalencias de cada una de las enfermedades, sus severidades y ajustado por comorbilidad, se ha modificado la esperanza de vida. Desde este punto de vista la esperanza de vida se puede decir que es recíproco a los años de vida saludables perdidos (AVISA). Por lo que la esperanza de vida mide el aspecto positivo de salud, los AVISA mide el aspecto negativo de la salud. (Grisales, 2018)

El estudio de la Carga de Enfermedad ofrece una manera novedosa de analizar las pérdidas de salud al aportar un indicador compuesto que integra los daños provocados por la muerte prematura y los daños por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez. Los años de vida perdidos por una muerte prematura (APMP) y los años de vida asociados a discapacidad (AVD) se integran en un solo indicador que se traduce como los años de vida saludables perdidos (AVISA) por una enfermedad. (Lozano 2013)

IV. Hipótesis

Ho: Los años de vida saludable perdidos por discapacidad en lumbalgia es igual o menor a 9 años en la vida.

Ha: Los años de vida saludable perdidos por discapacidad en lumbalgia es mayor a 9 años en la vida.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar los años de vida saludables perdidos en pacientes con lumbalgia

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Es un estudio transversal descriptivo

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes con lumbalgia que acuden al servicio de Rehabilitación de la UMF 09 y HGR1 en los meses de septiembre-octubre 2019.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de promedios para población infinita, con nivel de confianza del 95% ($Z_{\alpha} = 1.64$), promedio de años de vida saludables perdidos 9.0 ($\mu = 9.0$), desviación estándar de 0.90 ($S = 0.90$), margen de error de 0.14 ($d = 0.14$).

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 S^2}{d^2}$$

$$Z_{\alpha} = 1.64$$

$S = 0.90$ (desviación estándar y lo saque de un artículo que no habla de que años perdidos por discapacidad por lumbalgia es de 9 años, y sacando su 10 % es 0.9)

$$d = 0.14$$

$$n = \frac{(1.64^2)(0.90^2)}{0.14^2}$$

$$n = \boxed{\underline{111.15}}$$

$n = 112$ pacientes

Pero se trabajó con una muestra de 121 pacientes.

Técnica Muestral:

Se empleará un muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

Marco muestral.

El listado de pacientes que acudan al servicio el día de la entrevista.

VI.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión,

Paciente entre 18-55 años, que aceptaron participaren el estudio y pacientes con diagnóstico de lumbalgia mecánica o inespecífica.

Criterios de exclusión y eliminación.

Paciente que no contaba con diagnóstico médico de lumbalgia y pacientes con menos de 4 semanas de diagnóstico.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación), características de salud (peso, talla, tiempo de dolor lumbar), Tiempo de discapacidad (agudizaciones, inicio de dolor, edad de inicio, número de días con dolor, duración), La escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, es la más utilizada y recomendada a nivel mundial para medir la incapacidad por dolor lumbar. La escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry es un cuestionario auto aplicado, específico para dolor lumbar, que mide las limitaciones en las actividades cotidianas.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó un cuestionario donde tenga todas las variables a estudiar, así como la escala de Oswestry para valorar el grado de discapacidad.

Consta de 10 preguntas con 6 posibilidades de respuesta cada una. La primera pregunta hace referencia a la intensidad del dolor, precisando en las distintas opciones la respuesta a la toma de analgésicos. Los restantes ítem incluyen actividades básicas de la vida diaria que pueden afectarse por el dolor (cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar). La escala tiene coeficiente α de Cronbach de 0.85.

VI.5 Procedimientos

Una vez obtuvo la autorización por parte del Comité Nacional de Investigación Clínica y de Ética se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la UMF 09 y HGR1 del IMSS Querétaro para realizar la investigación correspondiente. Se acudió al Servicio de Rehabilitación de la UMF 09 y el HGR1 para realizar prueba piloto con 5% del total de tamaño de muestra con el fin de evaluar la idoneidad del instrumento de recolección de datos.

Se acudió al servicio de rehabilitación de cada unidad en un horario de 08:00-14:00 horas de lunes a viernes, se solicitaba la lista de todos los pacientes que acudirán ese día al servicio con diagnóstico médico de lumbalgia, una vez conociendo al paciente, me presente con el paciente, le hacía de su conocimiento el motivo por el cual los abordaba, se les explicaba cómo se aplicaría el instrumento de medición, y que necesitaba la firma de un consentimiento informado. Una vez aceptado y firmado el consentimiento por el paciente, yo aplicaba el instrumento de medición, ya que muchos pacientes no sabían leer o algunos no entendían claramente los ítems, así que uno por uno se los leía e iba obteniendo sus respuestas, al final de la encuesta respondía dudas en caso de que hubiese, al final les daba un tríptico con información general de la lumbalgia.

Se identificaron características de la población entre ellas edad, sexo, actividad principal, y prevalencia de sobrepeso y obesidad; también se identificó la edad de inicio de la lumbalgia, la esperanza de vida y el tiempo vivido con lumbalgia medido en años.

Para estimar la pérdida de vida saludable se utilizó la escala de Oswestry, la cual incluye 10 dimensiones (intensidad de dolor, cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social, viajar) cada una de ella con la misma ponderación para la evaluación final, la cual se realiza en escala de likert de 0 a 5 considerando 0 como lo ideal y 5 el peor escenario. Para la calificación final se suma la calificación de las 10 dimensiones se multiplica por 100 y se divide entre 50, excepto cuando el paciente refiere no tener actividad sexual, en este caso la división se hace entre 45.

La vida saludable perdida se calculó en general para cada una de las 10 dimensiones propuestas en la escala de Oswestry.

Después de calcular el grado de discapacidad con la escala de Oswestry se multiplico por el promedio de días con lumbalgia al año y se obtuvo el total de días salúdales perdidos al año; esta cantidad se relacionó con la diferencia entre el inicio de la lumbalgia y la esperanza de vida, para obtener el total de días saludables perdidos en la vida, cantidad que se dividió entre 365 y se obtuvo el número de años saludables perdidos en la vida.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva a través de promedios, desviaciones estándar, intervalos de confianza para promedios, e intervalos de confianza para porcentajes.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En congruencia con la declaración del 18° Asociación Médica Mundial realizada en Helsinki, Finlandia en 1964, mejor conocida como Declaración de Helsinki; en la cual se establece los principios éticos para la investigación para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información se solicitó Consentimiento Informado de los pacientes en el proyecto de investigación.

Este estudio se apega a la Norma oficial Mexica NOM-012-SSA3-2012;

Se respeta el artículo 11 “El sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, tienen el derecho de retirarse en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Cuando esto suceda, el investigador principal debe asegurar que el sujeto de investigación continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que se tenga la certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación. Así como el artículo 12 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se considera que no implica riesgo para los pacientes dado que se trabaja directa y confidencial y solo se toman las respuestas que ellos responden. Se requirió de firmar un consentimiento informado de pacientes y se solicitó autorización por parte de la dirección y se guardó la confidencialidad de los mismos. Los resultados se dieron a conocer al personal directivo de la unidad.

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Al final de la aplicación del instrumento se le entrego a cada paciente un tríptico con información relacionada a la lumbalgia.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

VII. Resultados

Se aplicó el instrumento a 121 pacientes del servicio de rehabilitación, en base a las características sociodemográficas, características de salud. El promedio de edad de la población estudiada es de 54.02 años (IC 95%; 51.59-56.46), predomina el sexo femenino con 69.4% (IC 95%; 61.0-77.7), predomina la actividad ama de casa con 29.0% (IC 95%; 20.9-37.1) y la prevalencia de sobrepeso y obesidad es 90.0% (IC 95%; 84.5-95.4) .

La información generada en la base de datos identificó que la edad de inicio de la lumbalgia es de 49.29 años (IC 95%; 46.96-51.61), el promedio de eventos al año es de 7.89 (IC 95%; 6.17-9.62), la esperanza de vida se adoptó de lo establecido por el instituto nacional de estadística y geografía el cual señala que corresponde a 75.5 años, el promedio de días con dolor al año 305.97 (IC 95%; 287.78-324.16) en el cuadro 1, se presenta los supuestos adoptados para la estimación de los años saludables perdidos y el tiempo vivido con lumbalgia es 26.21 años (IC 95%; 26.70-31.16).

La pérdida de vida saludable determinada por la escala de Oswestry es 48.67%; el total de día saludables perdidos en la vida corresponde a 3,903.08 que equivale a 10.69 años de vida saludables perdidos en la vida. En el cuadro 2 se presenta esta información y el resto de la información utilizada para realizar la estimación.

La mayor cantidad de vida saludable perdida en el paciente con lumbalgia corresponde al levantar peso, con 584.88 días saludables perdidos en la vida, seguido de la intensidad del dolor con 438.32 días saludables perdidos en la vida. En el cuadro 3 se identifica el total de días perdidos por tipo de actividad.

Cuadro VII.1. Supuestos adoptados para la estimación de los años de vida saludable perdidos por lumbalgia.

n=121 Pacientes.

Indicador	Supuesto	Fuente
Edad de inicio de la lumbalgia	49.29 años	Base de Datos
Esperanza de vida	75.50 años	Instituto nacional de estadística y geografía
Tiempo vivido con lumbalgia	26.21 años	Base de datos y Instituto nacional de estadística y geografía
Total de días con dolor al año	305.97 días.	Base de datos

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Años de vida saludable perdidos por lumbalgia” en el servicio de rehabilitación e Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI)

(Supuestos: son los datos obtenidos en la hoja de recolección de datos y del INEGI, con el propósito de tomar como referencia para la estimación de los AVISA)

Cuadro VII.2. Total, de días saludables perdidos en la vida y total de años saludables perdidos en la vida en el paciente con lumbalgia.

Total de días con dolor al año	Vida saludable perdida	Total de días saludables perdidos al año	Edad de inicio de la lumbalgia	Esperanza de vida	Años vividos con lumbalgia	Total de días saludables perdidos en la vida	Total de años saludables perdidos en la vida
305.97	48.67%	148.92	49.29	75.5	26.21	3903.08	10.69

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Años de vida saludable perdidos por lumbalgia” en el servicio de rehabilitación.

Cuadro VII.3. Total, de días saludables perdidos en la vida y total de años saludables perdidos en la vida en el paciente con lumbalgia. Por tipo de actividad.

Tipo de actividad	Vida saludable perdida	Total de días saludables perdidos al año	Total de días saludables perdidos en la vida	Total de años saludables perdidos en la vida
Intensidad del dolor	54.66%	167.24	438,32	1,20
Cuidados personales	40.99%	125.43	328,74	0,90
levantar peso	72.93%	223.15	584,88	1,60
Andar	44.67%	136.69	358,27	0,98
Estar sentado	49.16%	150.42	394,26	1,08
Estar de pie	48.82%	149.38	391,51	1,07
Dormir	29.63%	90.65	237,60	0,65
Actividad sexual	40.21%	123.03	322,45	0,88
Vida social	54.19%	165.82	434,60	1,19
Viajar	51.43%	157.36	412,44	1,13
Total			3,903.08	10.69

*Total de días con dolor al año 305.9

*Esperanza de vida 75.5 años.

*Edad de inicio de la lumbalgia 49.29 años.

*Años de vida con lumbalgia 26.21 años.

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo "Años de vida saludable perdidos por lumbalgia" en el servicio de rehabilitación

VIII. Discusión

Si bien es cierto en la literatura el tema de la vida saludable perdido por lumbalgia se encuentra reportada con anterioridad, también es una realidad que los reportes tiene antigüedad de una década y aunado a ello es una realidad que la lumbalgia como evento de salud es cada día más frecuente. En este trabajo se actualiza la estimación de la vida saludable perdida por lumbalgia y la cual se presenta por individuo, lo cual permite tener un manejo más amplio de la información al poder proyectarla a una población determinada, en ello radica la importancia del artículo que aquí se presenta.

Se deberá reconocer que el instrumento empleado para evaluar la vida saludable perdida es uno de los más utilizado en el paciente con lumbalgia, con ello, la identificación de las dimensiones permite tener un panorama más amplio e identificar cuál de las actividades de la vida cotidiana es la que se ve más afectada por la patología.

El promedio de días con lumbalgia al año en la población estudiada podría considerarse alto por lo menos así lo revela los 305 días reportados, al respecto la literatura señala que a partir de 90 días con dolor lumbar se generan mecanismos los cuales mantienen el dolor a pesar que se haya eliminado la causa etiológica. La cantidad de días identificados disminuye a la mitad cuando se ajusta por la vida saludable pérdida medida con la escala de Oswestry lo cual significa que los pacientes no mantienen un dolor incapacitante durante todo el tiempo que viven con lumbalgia.

Si se compara los años de vida saludables perdidos por lumbalgia con alguna otra patología crónica el resultado es muy similar específicamente para el caso de la hipertensión, y rebasa lo reportado para la diabetes, al respecto se deberá señalar que en la lumbalgia crónica a diferencia de las patologías crónicas degenerativas señaladas no existe perdida de vida saludable por muerte prematura, la vida saludable perdida se concentra en la discapacidad crónica.

Se deberá cuestionar si perder 10.69 años de vida saludable por lumbalgia es una condición aceptable considerando que en la actualidad existen diversos tratamientos farmacológicos y de rehabilitación que pueden incidir en la calidad de vida del paciente.

El análisis de la vida saludable perdida por dimensiones, identifica como las dimensiones más afectadas son el levantar peso, la vida social y el dolor, al respecto se puede decir que, son dimensiones importantes en la vida de una persona que pueden tener limitaciones físicas y afectación psicológicas, generando una pobre calidad de vida.

A su vez, una de la actividades cotidiana del ser humano contempla desplazarse y soportar peso, condición que se ve seriamente afectada en paciente con lumbalgia, el sostener un peso adicional al del cuerpo repercute en la columna lumbar, aunque se deberá reconocer que es un problema inherente al hombre desde el momento que adoptó la bipedestación, y en este caso al columna lumbar tuvo modificaciones, por la posibilidad de los arcos de movimiento y las posturas viciosas al realizar cargas, favoreciendo la agudización del dolor, dimensión que es otra de las afectadas con mayor frecuencia en el trabajo realizado.

En torno a la vida saludable perdida en la dimensión vida social, se deberá señalar que está es parte importante de la actividad cotidiana del ser humano ya que la socialización es un pilar fundamental en el desarrollo de un ser biopsicosocial completo, el cual ayuda para una calidad de vida satisfactoria, sin factores psicológicos agregados.

IX. Conclusiones

En conclusión, los años de vida saludable perdidos en la lumbalgia corresponde al 10.69 años en la vida, donde las dimensiones de vida social, levantar peso y dolor son las más afectadas.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

X. Propuestas

Se debe valorar adecuadamente a todos los pacientes que tienen su primer episodio de lumbalgia, para realizar un correcto diagnóstico y así ofrecer el tratamiento adecuado en dolor agudo o crónico.

Realizar mucho énfasis en tratamiento no farmacológico, apoyándose con el servicio de rehabilitación, sensibilizando al paciente para una completa recuperación, así como una adecuada higiene de columna.

Se debe realizar acciones preventivas dependiendo de actividad laboral a trabajadores y jefes, para evitar incapacidades recurrentes en las áreas laborales.

Se debe de tomar en cuenta el género, y recordad que la mujer es un pilar fundamental en las actividades del hogar y en la economía familiar, por lo tanto, se debe poner énfasis en su salud para evitar sobrecarga de trabajo que ocasione afección lumbar.

XI. Bibliografía

- Aguilera A, Herrera A. 2013. Lumbalgia: una dolencia muy popular y a la vez desconocida. Rev. Comunidad y Salud.; 11(2): 80-89 Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740253010>
- Alcántara S, Flórez M.T, Echávarri C, García F. 2006. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rev. Rehabilitación (Madr).;40(3):150-8 Disponible en DOI: 10.1016/S0048-7120(06)74881-2
- Chavarría J. 2014. Lumablga: Causas, Diagnostico y Manejo. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXXI; 611; 447-454.<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143n.pdf>
- Covarrubias A. 2010. Lumbalgia: Un problema de salud pública. Rev. Mexicana e Anestesiología. ; 33(1): 106-109. (Citado el 2 de septiembre del 2019) Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101y.pdf>
- Díez J M. 2018. Estudio de los factores clínico-epidemiológicos de las lumbalgias en trabajadores y su relación con la satisfacción laboral. Rev. AsocEspEspeMedTrab; 27 (4): 232-243 Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v27n4/1132-6255-medtra-27-04-232.pdf>.
- Durán-Naha J J, Benítez Rodríguez CR, Miam-Viana EJ. 2015. Lumbalgia crónica y factores de riesgo asociados en derechohabientes del IMSS: Estudio de casos y controles. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(4):421-8.
- García Delgado JA, Valdés Lara G, Martínez Torres JC, Pedroso Morales I. 2014. Epidemiología del dolor de espalda bajo. Invest Medicoquir ; 6(1):112-25.
- Gómez Conesa A, Valbuena Moya S. 2005. Lumbalgia crónica y discapacidad laboral. Fisioterapia 2005;27(5):255-65.

Grisales Romero H, Marín D, González Gómez D, Grajales IC, Porras Cataño S, Colorado Betancur J, et al. 2018. Pérdida de años de vida saludable por la población de Medellín, Colombia 2006-2012. Rev. Papeles de población; 95: 69-88. Disponible: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2018.95.04>

Kovacs F.M, Arana E. Patología degenerativa en la columna lumbar. 2016. Rev. Radiología.;58(S1):26-34. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2015.12.004>

Lim Yuan Z, Chou Louisa, TM Au Rebecca, D Seneviwickrama, KL Maheeka, M Cicutini Flavia, Briggs Andrew M, et al. 2019. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. Journal of Physiotherapy 65; 124–135. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010>.

López de Celis C. Barra López M.E. Villar Mateo E. 2009. Correlación entre dolor, discapacidad y rango de movilidad en pacientes con lumbalgia crónica. Fisioterapia.2009;31(5):177–182. Disponible doi:10.1016/j.ft.2008.10.005

Lozano R, Gómez H, Garrido F, Jiménez A, Campuzano JC, Franco F, et al. 2013. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México.Rev. Salud Pública de México.; 55 (6):1-19. Disponible en <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55i6.7304>

Matías A, Álvaro S. 2005. Tratamiento de la Lumbalgia aguda. Rev. GH continuada.; 4(2): 89-91. (Citada 3 septiembre 2019) DisponibleDOI: 10.1016/S1578-1550(05)75119-6

Norberg M, Norberg M.A. 2016. Lumbalgias comunes: discapacidad y técnicas de evaluación, incidencias socioeconómicas. EMC - Aparato locomotor; 49(4); 1-7.[http://dx.doi.org/10.1016/S1286-935X\(16\)80735-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1286-935X(16)80735-2)

Papa de la Rosa P. 2014. Corticoides transforaminales en la radiculopatía lumbosacra: valoración del dolor y la discapacidad. RevSocEsp Dolor; 21(4): 219-225. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000400006>

Ponce Ma del C, Villarreal E, Vargas E R, Martínez L, Galicia L. 2013. Costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo por lumbalgia mecánica. RevAsoc Argent OrtopTraumatol.,; 78(4): 113-119. (Citada 2 septiembre 2019) Disponible en [http://www.aaot.org.ar/revista/2013/n3/Rev_Assoc_Argent_Ortop_Traumatol_2013_78_\(3\)_113.pdf](http://www.aaot.org.ar/revista/2013/n3/Rev_Assoc_Argent_Ortop_Traumatol_2013_78_(3)_113.pdf)

Rodríguez G, Escobedo J, Zurita B, De Jesús T. 2006. Esperanza de vida saludable en la población mexicana con seguridad social. Rev. PerinatolReprodHum.,: 20 (1,2,3); 4-18. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000100002

Rodriguez J, Ruiz F, Peñaloza RE. 2009. Carga de la enfermedad en afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): asociación con indicadores socioeconómicos México 2000. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia),; 8 (17): 123-139. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a08.pdf>

Secretaría de Salud (SSA). Guía de práctica clínica. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer Nivel de atención. México: secretaria de salud. 2009. Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.

Vlaeyen J, Maher C, Wiech K, Zundert J, Beraldo C, Diatchenko L, et al. 2018. Low back pain. Rev. Naturereviews: diseaseprimers.; 4 (52): 1-18. (citado el 6 de septiembre 2019) Disponible en <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0052-1>

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos



DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN QUERÉTARO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD

“Años de vida saludable perdidos por lumbalgia”

Nombre: _____ NSS: _____ Folio: _____

Características sociodemográficas del paciente		Características de salud		Discapacidad	
1. Edad _____ años	3. Ocupación (1) Desempleado (2) Ama de casa (3) Estudiante (4) Obrero(a) (5) Empleado(a) (6) Comerciante (7) Profesional (8) Jubilados/pensionados	4. Peso _____ Kg	5. Talla _____ cm	6. Dolor agudo (1) Sí (2) No	8. Número de eventos de agudización al año _____ eventos
2. Sexo (1) Hombre (2) Mujer		5a. Dolor lumbar (1) ≤ a 6 semanas (lumbalgia aguda) (2) >a 6 semanas (lumbalgia crónica)		7. Duración del cuadro agudo _____ días	9. Edad de inicio de la lumbalgia _____ años
Intensidad de dolor (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor (5) Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo		Andar (0) El dolor no me impide andar (1) El dolor me impide andar más de una milla (2) El dolor me impide andar más de media milla (3) El dolor me impide andar más de cien metros (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño			
Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.) (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor (1) Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor (2) Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado. (3) Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama		Estar sentado (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora (4) El dolor me impide estar sentado más de diez minutos (5) El dolor me impide estar sentado			
Levantar peso					

<p>(0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor. (1) Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa) (3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo. (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto</p>	<p>Estar de pie (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora (4) El dolor me impide estar de pie más de diez minutos (5) El dolor me impide estar de pie</p>
<p>Dormir (0) El dolor no me impide dormir bien (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de dos hora (5) El dolor me impide totalmente dormir</p>	<p>Vida social (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor (1) Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor (2) El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc. (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar (5) No tengo vida social a causa del dolor</p>
<p>Actividad sexual (opcional) (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor (1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor (2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual</p>	<p>Viajar (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor (2) El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.</p>

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adulto)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<u>Años de vida saludables perdidos en lumbalgia</u>
Patrocinador externo (si aplica):	<u>No aplica</u>
Lugar y fecha:	<u>Santiago de Querétaro a ____ de ____ de 2019</u>
Justificación y objetivo del estudio:	<u>Se le hace una cordial invitación a participar en el estudio de investigación sobre la lumbalgia y los años de vida saludables perdidos que esto le implica a personas que la padecen. Su participación es muy importante.</u>
Procedimientos:	<u>Si ud. acepta participar se le realizarán preguntas directas sobre algunas características personales y de su padecimiento. Que puede leer en el instrumento integrado a este documento. Su participación tendrá una duración aproximada de 10 minutos y ud. Elige el mejor momento para contestarla</u>
Posibles riesgos y molestias:	<u>Esta entrevista no le causa ningún riesgo a su salud ya que solo se le harán preguntas y se le pedirá un poco de su tiempo</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>Recibirá un tríptico con orientación e información sobre su padecimiento que le puede ser de utilidad para el manejo de su padecimiento.</u>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<u>El encuestador responsable le hará saber de los resultados que se obtengan, las alternativas propuestas serán en base a la información obtenida.</u>
Participación o retiro:	<u>Ud. Tiene derecho a retirarse en el momento que considere ya sea para dar por terminada la entrevista o para proponer otro momento para la misma, su retiro no tiene repercusiones negativas en su servicio médico.</u>
Privacidad y confidencialidad:	<u>El uso de la información será anónimo y confidencial, ya que sus datos personales no se presentan en los resultados generales.</u>

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dr. Enrique Villarreal Ríos. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. IMSS Qro. Av. 5 de Febrero esquina Av. Zaragoza. Col. Centro. CP 76000. Tel 442 2112300 ext. 51150, 51113. Correo electrónico: enrique.villarreal@imss.gob.mx

Colaboradores: Dr. Jesús Alonso Martínez Chávez. Residente de Segundo año Medicina Familiar. Unidad de adscripción: UMF 9. Correo electrónico: alonsin_88@hotmail.com

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

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
	Dr. Jesús Alonso Martínez Chávez
Nombre y firma de testigo:	Nombre y firma de testigo:
_____	_____

Clave: 2810-009-013