



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Título

**“Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica
inespecífica en UMF No27”**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina
Familiar

PRESENTA:

Elías Alejandro Vargas Guluarte

ASESORES:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico familiar de la UMF No.33

Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano
Médico familiar de la UMF No. 27

Dr. José Luis Saavedra Escalona
Medicina Física y Rehabilitación UMF. No. 27

Tijuana, Baja California Mayo 2019.

Índice	Pag.
1. Título.....	1
2. Identificación De Los Investigadores.....	2
3. Resumen.....	4
4. Marco Teórico	5
5. Antecedentes.....	9
6.- Justificación.....	12
7.- Planteamiento Del Problema.....	14
8.- Objetivo.....	15
10.- Material y Métodos.....	16
11.- Aspectos Éticos.....	17
12.- Recursos, Financiamiento y Factibilidad.....	24
13.- Cronograma De Actividades.....	26
14.- Resultados.....	27
15.- Discusión.....	32
16.- Conclusiones.....	34
14.- Referencias.....	36
15.- Anexos.....	38

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Investigador principal: Elías Alejandro Vargas Guluarte

Adscrito a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No. 27

Matrícula: 98024695 Teléfono: (646) 137-02-03

Correo: vargas_elias85@hotmail.com

Asesor metodológico: Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano

Médico familiar adscrito a UMF 27.

Matricula: 98020772 teléfono: 664 123 1814

Correo: dralindaavidal@gmail.com

Asesor temático: Dra. José Luis Saavedra Escalona

Médico adscrito al servicio de Rehabilitación de la UMF27

Matrícula: 99024366. Teléfono: 664261 2157.

Correo: doctor@rehabilitador.com

Asesor temático: Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico Familiar adscrito a UMF 33

Unidad de Medicina Familiar No. 27

Matrícula: 98020718 Teléfono: (664) 329-8837

Correo: dra.vbermudezmf@gmail.com

RESUMEN

Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en UMF No27

Vargas-Guluarte EA, Vidal- Solórzano LC, Saavedra Escalona –JL, Bermúdez-Villalpando VI.

Antecedentes: La lumbalgia una de las principales problemáticas es la afectación de su funcionalidad tanto física como psicológica y su calidad de vida respecto a la salud Su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica; afecta a población en edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. Se estima que el 60-70% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) constituye la octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas en el primer nivel de atención

Objetivo: Conocer la calidad de vida en pacientes diagnosticados con lumbalgia crónica inespecífica en la UMF 27 **Material y métodos:** Diseño del estudio: Se realizará un estudio descriptivo, observacional, transversal. Universo de estudio: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica que acudan a consulta al servicio de rehabilitación de la UMF 27. Muestreo no probabilístico por conveniencia, durante el periodo de mayo-julio 2018. Se invitará a participar a los pacientes portadores de lumbalgia crónica inespecífica que acudan a valoración por rehabilitación de la UMF 27 y que cumplan criterios de inclusión, se otorgará carta de consentimiento informado, una vez que acepten y firmen. Los datos obtenidos se describirán mediante la utilización de medidas de tendencia central, frecuencias, además de medidas de variabilidad como la desviación estándar. Paquete estadístico SPSS versión 21.

Palabras clave: Lumbalgia, Calidad de vida, Rehabilitación

MARCO TEÓRICO

La lumbalgia crónica inespecífica se define como el dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de las nalgas que dura más de 12 semanas, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física, que suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse a dolor referido o irradiado. El diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos, ni enfermedades sistémicas (espondilitis, afecciones infecciosas, vasculares, metabólicas, endocrinas o neoplásicas). Tampoco engloba a las lesiones radiculares con signos neurológicos deficitarios. La lumbalgia recurrente también se considera crónica.¹

Durante años la lumbalgia se ha considerado una patología en principio benigna, de gran prevalencia, pero en general de escasa duración y de buen pronóstico. El concepto de lumbalgia inespecífica se introdujo para designar el dolor lumbar en el que no se encontraba una causa identificable en la exploración o en los estudios de imagen.²

Antiguamente se creía que la lumbalgia se debía a sobreesfuerzos musculares o alteraciones orgánicas, como artrosis, escoliosis o hernia discal. Al paciente se le pedían pruebas radiológicas para confirmar la existencia de esas anomalías y el tratamiento del episodio agudo consistía en reposo y analgésicos.³

Si el dolor desaparecía, se recomendaba “proteger” la espalda reduciendo la actividad física en el futuro. Si persistía, se planteaba la cirugía para corregir la eventual anomalía orgánica subyacente.³ Los estudios científicos publicados en los últimos 15 años han demostrado consistentemente que la mayoría de esos conceptos eran erróneos y que el manejo clínico que fundamentaban era más perjudicial que beneficioso. La mayoría de las alteraciones orgánicas de la columna vertebral son irrelevantes y no se correlacionan con la existencia de dolor. Por ejemplo, la artrosis vertebral es un fenómeno normal, del que es previsible observar signos radiológicos a partir de los 30 años, y no es causa de dolor ni supone ningún riesgo. La mayoría de los episodios agudos de lumbalgia inespecífica se deben inicialmente al mal funcionamiento de la musculatura.⁴

De acuerdo con la duración del cuadro clínico, la lumbalgia ha sido clasificada en tres categorías: Aguda, si la sintomatología tiene una duración menor de seis semanas; Subaguda, si dura de 6 a 12 semanas; Crónica, cuando el cuadro persiste por más de 12 semanas.⁴ Cada año, la mitad de los pacientes que consultan por este diagnóstico son por una recurrencia y el resto son casos nuevos. Su importancia radica en la incapacidad que causa para continuar desarrollando actividades cotidianas.⁵

Su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica; afecta a población en edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. Se estima que el 60-70% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida. Y existe evidencia de que representa una de las principales causas de limitación física en sujetos menores de 45 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) constituye la octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas en el primer nivel de atención.⁶

La Organización Mundial de la Salud informa que 10 % de la población general presenta algún grado de discapacidad, del cual 7 % se trata de padecimientos del sistema neuromusculoesquelético y 3 % de tipo psicosocial.⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad, ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en una zona anatómica, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos.⁷

En la última década muchos países han emitido directrices clínicas para el manejo del dolor lumbar. En general, estas directrices ofrecen asesoramiento en el manejo del dolor lumbar. Recomendaciones comunes son el diagnóstico de triage de pacientes con dolor lumbar, el uso restringido de las radiografías, el asesoramiento sobre activación de los pacientes y el desaliento del reposo en cama.⁸

Las creencias erróneas tradicionalmente aceptadas respecto a la naturaleza y fisiología del dolor, junto a otros factores psicosociales como el miedo-evitación o el catastrofismo, han demostrado estar muy fuertemente arraigados en este grupo de pacientes. Se ha sugerido que estos factores podrían participar de forma importante en la instauración del círculo vicioso de cronicidad dolorosa y discapacidad a través

de su influencia en los procesos neurofisiopatológicos de sensibilización central y periférica del dolor.⁹ Actualmente la cantidad de pacientes con este padecimiento es muy grande y se sabe que va en aumento, algunos lo relacionan a la actividad laboral, malos hábitos de higiene de columna, traumatismos y tal vez factores degenerativos asociados con la edad avanzada.¹⁰

Se ha detectado que la mayoría de los casos que se etiquetan como dolor lumbar no son estudiados ni tratados de manera específica y adecuada, generando así una sobrecarga en los servicios de salud y convirtiéndose en pacientes con un padecimiento crónico, con pronóstico desfavorable y más difícil de tratar, ya que requieren de tratamientos más especializados, con mayores necesidades de infraestructura y recursos humanos, aumentando tiempo de espera para la resolución y ejecución de tratamiento incrementando costos por mayor cantidad y tipo de medicamentos, días de incapacidad y deterioro de condición general del paciente disminuyendo las expectativas de otorgar un pronóstico más favorable para la función y la calidad de vida.¹⁰

El ochenta por ciento de la población experimentará por lo menos un episodio de dolor lumbar durante su vida. Aproximadamente el 40% de las personas inicialmente buscan ayuda de un médico de atención primaria, el 40% de un quiropráctico y el 20% de un subespecialista.¹¹

Los principales generadores de dolor lumbar tienen distintos orígenes, que pueden ser desde una causa psicológica hasta orgánica que incluyen origen muscular hasta origen facetario o de patología discal, entre otros.¹²

Los factores de riesgo son numerosos y heterogéneos, son características personales, adquiridas o genéticas que incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad. Investigaciones recientes muestran algunos factores de riesgo que favorecen el desarrollo, persistencia y recaídas entre ellos se encuentran: posturas estáticas prolongadas, herencia, vejez, trabajos rudos, tabaquismo, obesidad, estrés, bajo bienestar psicológico, sexo femenino, manejo de maquinaria pesada, exposición a vibraciones intensas, problemas emocionales y conductuales, dolor abdominal, cansancio, velocidad de crecimiento acelerada, rigidez tendinosa y del cuádriceps femoral, episodio previo de lumbalgia 12 meses antes del actual, edad mayor 25 años, talla alta, mayor o igual 1,80 m, sobrepeso, trabajos de construcción,

de oficina, repetitivos y monótonos, conducir vehículos diariamente, levantar y transportar cargas pesadas, insatisfacción laboral, desempleo, y trabajo en el campo.¹³

En las últimas décadas, ha existido un progresivo interés en los prestadores de servicios de salud hacia la optimización de la calidad de vida en los enfermos crónicos. Muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes esferas de la vida laboral y social. La calidad de vida refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar mental y físico, sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana. Así, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y social.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud ha definido la calidad de vida como: la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistemas culturales y de valores en los cuales él vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y dudas. Es un concepto con rangos muy amplios que puede ser afectado de una forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicosocial, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su interrelación con las características más importantes del medio ambiente.¹⁵

ANTECEDENTES

La lumbalgia fue uno de los cuatro trastornos más comunes en todas las regiones Europeas, y fue la causa principal de los años vividos con discapacidades en todos los países desarrollados. Espalda baja y cuello, el dolor representó el 70% de todos los años vividos con discapacidades de origen musculoesquelético.¹⁶

En los países occidentales el 70- 80 % de la población padece dolor lumbar en algún momento de su vida y se convierte en la principal causa de restricción de movilidad, discapacidad a largo plazo y disminución de la calidad de vida y por ende, en una de las principales causas de absentismo laboral y de consulta médica.¹⁷

Actualmente el impacto económico de esta enfermedad es considerable. De cada 3 dólares empleados en la compensación de trabajadores norteamericanos, uno se ocupa a causa de trastornos musculo esqueléticos.¹⁷

Los costos directos anuales de lumbalgia crónica inespecífica en los Estados Unidos oscilan entre 12,2 y 90,6 mil millones de dólares, y representan sólo el 14,5% de los costos totales de esta condición de salud. La prevalencia en la vida de lumbalgia crónica inespecífica oscila entre el 11 y el 84%; La prevalencia de un año oscila entre el 22% y el 65%, y la prevalencia puntual del 12 al 33%.¹⁸

Las Directrices europeas recomiendan el uso de ejercicios activos, manipulación / movilización, las escuelas, los enfoques multidisciplinarios y las conductas cognitivo-conductuales Terapias para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica. La evidencia sugiere que el ejercicio supervisado y las terapias cognitivo-conductuales mejoran el dolor y ayudan a reducir la discapacidad funcional.¹⁸

Una de las principales problemáticas es la afectación de su funcionalidad tanto física como psicológica y su calidad de vida respecto a la salud. En el año 2014 Castellano –Tejedor et al., aporta una descripción específica de la influencia diferencial que ejercen determinadas variables psico-sociales en las dimensiones física y mental de la calidad de vida respecto a la salud de individuos con lumbalgia crónica inespecífica. Así los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de un abordaje multidisciplinario a la hora de diseñar y efectuar un correcto tratamiento rehabilitador de esta población.¹⁹

La Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología identificó que la lumbalgia puede afectar al 84% de las personas ; sin embargo, es posible que ese evento se resuelva y no vuelva a presentarse. En el caso de la lumbalgia crónica, se estima una prevalencia del 15-36%. A partir de los 70 años tiende a presentar una menor frecuencia. Entre un 3 y un 4% de las consultas atendidas en primer nivel son debido a lumbalgias.²⁰

No se sabe exactamente cuál es la proporción de afectados en todo el mundo. A nivel mundial, se estima que 4-33% de la población la presenta. Mientras que en Estados Unidos (E.U.A.), España y África, va de 8% a 56%. Datos recientes indican que su incidencia y prevalencia han permanecido estables durante los últimos 15 años. La mayoría de las investigaciones, han sido desarrolladas en el ámbito de la medicina ocupacional, aún por encima de la ortopedia, debido a que las sociedades industrializadas, están presentando una epidemia de incapacidad por lumbalgia, con tremendas repercusiones socioeconómicas y laborales que tienden a incrementarse.²⁰

Dada la frecuencia con que se presenta la lumbalgia, se ha tratado de identificar su etiología, hasta el momento, se han señalado aproximadamente 57 causas. Sin embargo, no existe correlación lineal entre la clínica y las alteraciones anatómicas, por lo que un diagnóstico etiológico sólo es posible en 10-20% de los casos, es decir, 80-90% de las lumbalgias serán “inespecíficas”. Por ello, aproximadamente 90% son atendidos y controlados por el médico de primer nivel de atención.²¹

El dolor crónico en la consulta externa sea observado en forma cotidiana por los profesionales de la salud. En la Unión Americana se ha identificado que el 17% de los enfermos que son atendidos en centros de atención primaria presentan dolor crónico). 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 del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor. Estas cifras sugieren que el dolor crónico se presenta en dos de cada 10 sujetos que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria; lo anterior es coincidente con los reportes epidemiológicos que sugieren que un cuarto de la población lo presenta.²²

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. En el Reino Unido el ausentismo asociado a esta enfermedad es del 13%(25), mientras que en la Unión Americana es del 33%.²²

Respecto al sexo de los pacientes como variable, los estudios realizados resultan contradictorios y se concluye que el sexo no es una variable predictiva de la lumbalgia laboral. El grupo de edad más afectado es el comprendido entre los 30-60 años (76%) del total. Respecto a la talla y el peso de los pacientes, ambos factores no tienen una clara relación con la lumbalgia. Sin embargo, hay estudios que corroboran que las espaldas con una resistencia muscular pobre incrementan el riesgo de lesiones ocupacionales, mientras que, por el contrario, una buena forma física es una importante defensa para la lumbalgia.²³

Con respecto a los factores psicosociales, numerosos estudios a nivel mundial sobre la relación lumbalgia-trabajo sugieren que el impacto de los factores psicosociales y del entorno, son más importantes que el de los factores físicos y mecánicos. Así la depresión está presente en el 40-65% de los afectados de lumbalgia, mientras que este porcentaje se reduce al 5-17% en la población general.²³

La medición de la calidad de vida asociada a la salud es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población y de analizar la eficacia y la efectividad de las intervenciones sanitarias.²³

JUSTIFICACIÓN

La lumbalgia crónica inespecífica, es el dolor crónico que afecta la salud física y psicológica de la persona que lo padece, con repercusiones en actividades diarias, actividad económica y trabajo. En nuestro país es poca la información con que contamos acerca de la calidad de vida y deterioro de la misma en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica a pesar de su alta prevalencia en nuestra población.

Tomando en cuenta que el médico familiar es el primer contacto de estos pacientes, es vital que siempre indague acerca del entorno del paciente, de las redes de apoyo y no solo la enfermedad física.

La patología lumbar tiene una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas de ausentismo laboral. El incremento progresivo de la población derechohabiente y la esperanza de vida, aunado a los cambios epidemiológicos y demográficos, entre otros han contribuido a la existencia de enfermedades musculo esqueléticas y cronicodegenerativas y más necesidades y demanda de atención. Esta situación tiene un gran impacto financiero importante para el instituto, se han elevado los costos de la atención y los recursos económicos.

Actualmente en nuestros días las personas con dolor crónico mantienen una afección multidisciplinaria de las actividades de la vida que supera a la afección causada por otras enfermedades crónicas degenerativas. La afectación de la calidad de vida es evidente por las alteraciones psíquicas, sociales físicas y económicas que la enfermedad produce.

La influencia del dolor y las limitaciones sobre la calidad de vida se duplica en los primeros catorce días, pero existe poca evidencia con respecto a lo que pasa en padecimientos crónicos, los estudios realizados muestran alteraciones psicológicas que finalmente influyen en la satisfacción laboral y en la calidad de vida.

En nuestro país es poca la información con que contamos acerca de la calidad de vida y deterioro de la misma en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica a pesar que dicha patología ocupa una elevada prevalencia en nuestra población por lo cual es importante investigar estos aspectos. En la unidad de Medicina Familiar #27 Tijuana B.C. en el año 2016 se realizaron 219 consultas en total en el área de

rehabilitación, con un total de 132 mujeres y 87 hombres, con el diagnóstico de lumbalgia inespecífica.

Es conveniente identificar como médicos los aspectos que influyen más en la calidad de vida de los pacientes para determinar cuáles son sus prioridades y tenerlas en cuenta al definir la estrategia de tratamiento. También si los determinantes de la calidad de vida varían con el tiempo identificar esas variaciones puede ser necesario para optimizar estrategias de tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lumbalgia es uno de los padecimientos más frecuentes en el primer nivel de atención, se calcula que hasta el 90 % de todos los adultos presentará un episodio de lumbalgia a lo largo de toda su vida. Cada año se está incrementando el número de pacientes que padecen lumbalgia crónica ocasionando deterioro fisiológico progresivo, cambios psicológicos, sociales, de conducta e incapacidad y por lo tanto deterioro en la calidad de vida.

Está considerada, la principal causa de limitación de la actividad en personas menores de 45 años y la tercera mayores de 45 años, así como la patología músculo esquelética más prevalente en mayores de 65 años. Documentar en qué medida la calidad de vida de los enfermos de lumbalgia se encuentra afectada, puede ser un paso importante para establecer un manejo integral de los enfermos, limitar las posibles secuelas asociadas al dolor bajo de espalda y lograr la pronta incorporación de los pacientes a sus actividades familiares, sociales y laborales.

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en UMF 27?

OBJETIVOS

- Conocer la calidad de vida en los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en el servicio de rehabilitación de la UMF No. 27

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Enumerar pacientes que acuden al servicio de rehabilitación de la UMF 27 con diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica.
- Reconocer mediante el instrumento SF-12 la calidad de vida de pacientes.
- Identificar cuáles son las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio: Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo

Lugar de estudio: Área de rehabilitación de la Unidad de Medicina Familiar no. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Periodo de realización: Junio-Agosto del 2018.

Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica que acudan a consulta al servicio de rehabilitación.

Tipo de muestra: Se realizará muestreo de tipo no probabilístico, por conveniencia durante el periodo de tiempo especificado. Se elegirá a la población total de pacientes con lumbalgia crónica inespecífica que acudan a consulta y terapia al servicio de rehabilitación de la UMF 27.

Criterios de inclusión:

- 1) Pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica que acudan al servicio de rehabilitación de UMF27.
- 2) Que tengan entre 18 y 65 años de edad.
- 3) Saber leer y escribir.
- 4) Trabajadores y no trabajadores
- 5) Que acepten participar en el estudio.
- 6) Pacientes que firmen hoja de consentimiento informado.

Criterios de no inclusión:

- 1) Pacientes con antecedentes de cirugía en columna vertebral.
- 2) Trastorno psiquiátrico diagnosticado.
- 3) Diagnóstico de enfermedades reumáticas
- 4) Retraso psicomotor

5) Diagnostico de fibromialgia

Criterios de eliminación: Información incompleta.

Metodología: Previa autorización del Director de la Unidad de Medicina Familiar # 27 y del Comité Local de Investigación y Ética (CLIE) y Comité local de Investigación en Salud (CLIES), se invitará a participar a los pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica que acudan a valoración por rehabilitación de la UMF 27 y que cumplan criterios de inclusión. Se otorgará carta de consentimiento informado y se responderán dudas sobre el mismo. Posteriormente, se les aplicará una encuesta compuesta por dos partes, la primera hoja de datos generales y la segunda para el cuestionario SF 12 de calidad de vida. El cuestionario SF-12, cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, algunos ítems del instrumento son: “En general, usted diría que su salud es”, “Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos/as, los vecinos/as u otras personas?”, “¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis puntos, dependiendo del ítem), que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Análisis estadístico: Los datos obtenidos se describirán mediante la utilización de estadística descriptiva, para variables cuantitativas medidas de tendencia central: mediana y media, además de medidas de variabilidad como la desviación estándar para variables cualitativas frecuencias y porcentajes. Se utilizará programa estadístico SPSS versión 21.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Calidad de vida: La calidad de vida en relación a la salud es el grado subjetivo de bienestar asociado con la carencia de síntomas, el estado psicológico y la posibilidad de desempeño de distintas actividades García & Rodríguez, 2007.

Lumbalgia crónica inespecífica: La lumbalgia crónica inespecífica se define como dolor lumbar no atribuible a una patología específica mayor de 12 semanas de evolución (infección, tumor, osteoporosis, fractura, deformidad estructural, trastorno inflamatorio, síndrome radicular).

Edad: Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad

Género: Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

Ocupación: Profesión u oficio que desempeña un individuo.

Escolaridad: Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo. Periodo de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de un matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Peso: Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona. Se expresa en kilogramos. Se pesa a la embarazada sin calzado en una báscula digital calibrada.

Talla: Designa la altura del individuo en la cual se toma la distancia que existe entre el vértice craneal y el plano de sustentación. Se expresa en centímetros o metros.

Índice de masa corporal: Es la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2).

Actividad Física: Es un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal.

Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Calidad de vida	Cualitativa	Es la percepción del individuo que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida, entre otras causas.	La calidad de vida será evaluada mediante el cuestionario de salud SF 12.	1)Buena 2)Mala
Lumbalgia crónica inespecífica	Cualitativa	La lumbalgia crónica inespecífica se define como un síndrome doloroso, cuya duración es mayor a 12 semanas , el cual se haya localizado en la región lumbar y puede irradiarse a región glútea , cadera y porción inferior del abdomen.	Dolor a nivel de región lumbar con una duración mayor a 12 semanas, el cual se va evaluar la intensidad del dolor mediante la escala de EVA.	1)Leve 2)Moderada 3)Intensa
Género	Cualitativa	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Se obtendrá de las características fenotípicas del individuo al momento de la entrevista.	1. Masculino 2. Femenino
Edad	cualitativa	Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos al momento de aplicación del estudio	1)18-27 2)28-37 3)38-47 4)48-57 5)58-67
Estado civil	Cualitativa	Situación de las	Es la	1.soltero

		personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de un matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	circunstancia que refiere el individuo que depende para cumplir sus derechos	2.casado 3.union libre 4.divorciado 5.viudo
Escolaridad	Cualitativa	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo. Periodo de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios	Grado de estudio que actualmente cursa o curso.	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Licenciatura
Ocupación	Cualitativa	Profesión u oficio que desempeña un individuo	Actividad laboral que desempeña	1.ama de casa 2.empleado 3.profesional 4.jubilado
Peso	Cuantitativa	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona. Se expresa en kilogramos. Se pesara ala embarazada sin calzado en una báscula digital calibrada.	Resultado del peso en cada paciente expresado en kilogramos	Kilogramos
Talla	Cuantitativa	Designa la altura del individuo en la cual se toma la distancia que existe entre el vértice craneal	Resultado de la talla en cada paciente expresada en metros	Metros

		y el plano de sustentación. Se expresa en centímetros o metros.		
Índice de masa corporal	Cualitativa de acuerdo a la clasificación de la OMS	Es la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m ²).	Cifra resultado del cálculo de la división del peso (kilos) por el cuadrado de la talla (metros).	1)bajo peso 2)peso normal 3)sobrepeso 4)obesidad grado I 5)obesidad grado II 6)obesidad grado III

ASPECTOS ÉTICOS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se considera una Investigación con riesgo mínimo. La ética de esta investigación respeta de forma primordial los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea de Brasil en 2013, tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho de autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, así como el lineamiento del Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones. Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos así como del resguardo de los mismos. Dado que se aplicará encuesta y se manejarán datos personales, será necesario solicitar una carta de consentimiento informado del paciente, en la cual se incluye fecha y nombre de quien lo solicita, así como los beneficios de su participación como lo son la identificación del riesgo de polifarmacia y en caso de detectarse alguna alteración en los resultados de la encuesta se

derivará al paciente a su Médico Familiar para su seguimiento y tratamiento integral. Se pedirá la aprobación del estudio por el comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California y se solicitara consentimiento informado a los participantes.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

1.- HUMANOS

- Investigador principal: Elias Alejandro Vargas Guluarte
Residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar
- Asesor temático: Dr. José Luis Saavedra Escalona.
Médico Adscrito al área de rehabilitación
- Asesor temático: Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando.
Médico adscrito a UMF 33
- Asesor metodológico: Linda Crystal Vidal Solórzano
Médico Familiar adscrito a UMF 27.

2.- FÍSICOS

- Área física: se hará uso de consultorio de rehabilitación de la unidad de medicina familiar 27
- Formatos de recolección de la información: copias de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 21, hojas blanca (5 resmas de hojas tamaño carta) y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices (caja con 20 lápices).

3.- FINANCIEROS

Serán solventados por el investigador principal.

4.- FACTIBILIDAD

El presente estudio tiene factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de

trabajo para su realización. No requiere financiamiento. No representa problema con bioseguridad.

Cronograma de Actividades:

Actividad	Diciembre del 2016	Junio del 2018	Junio-Agosto del 2018	Septiembre del 2018	Septiembre del 2018	Octubre del 2018
Elaboración del protocolo	xxx					
Registro del protocolo		xxx				
Desarrollo del proyecto			xxx			
Resultados				xxx		
Análisis de resultados y discusión					xxx	
Reporte final de la investigación						xxx

RESULTADOS:

Se incluyó un total de 30 pacientes, sin pérdidas; de los cuales 12 (40%) fueron hombres y 18 (60%) fueron mujeres (Fig 1).

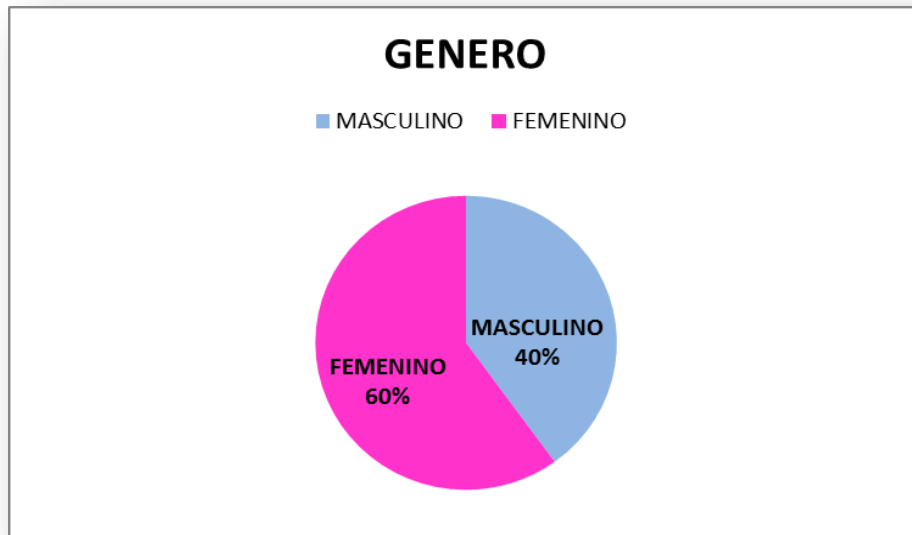


Figura 1

La edad se agrupó en decenios encontrando mayor frecuencia en el rango de 48-57 años con 13 pacientes en donde predominó el sexo femenino; con una media de 47.3 años de edad en mujeres y en hombres una media de 47.25, con un máximo de edad de 65 años y un mínimo de 26 años. El 43.3% corresponde al grupo de 48-57 años, siendo este grupo el de mayor incidencia (Fig. 2).

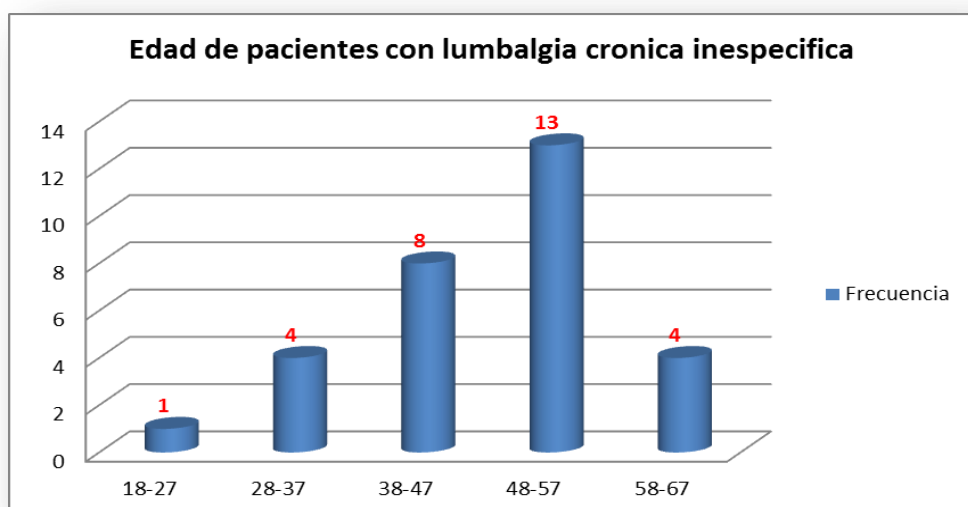


Figura 2

Un 26.7 % (8 sujetos de estudio) en el grupo de edad de 38-47 años, un 13.3% en el grupo de edad de 28-37 años con 4 participantes , de igual forma un 13.3% para el grupo de edad de 58-67 años con 4 participantes y por ultimo un 3.3% en el grupo de edad de 18-27 años con un participante. Podemos ver con estos datos que la edad muestra un factor importante en la lumbalgia crónica inespecífica.

En cuanto a nivel de escolaridad que predominó fue el de secundaria con un 43.3% (13), seguido de la escolaridad de preparatoria con un 23.3% (7), el nivel mínimo de escolaridad fue el del 20% (6), y el nivel máximo de escolaridad correspondió a licenciatura con un 13.3 % (4) (Fig 3).

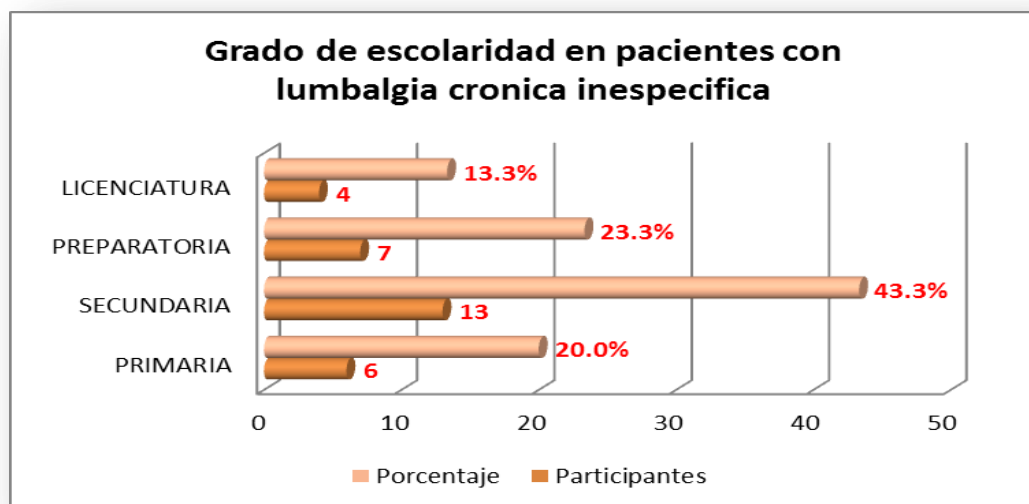


Figura 3

La variable estado civil, se encontró casados con un total de 10 pacientes que corresponden al 33.3%, le sigue en orden de frecuencia separado o divorciado con un total de 8 pacientes que corresponden al 26.7%, unión libre 23.3% que corresponde a 7 pacientes, soltero 10 % que corresponde a 3 pacientes y por ultimo viudo 6.7% con 2 pacientes (Fig 4).

Figura 4



La ocupación, el 70% (21) de los pacientes pertenecían al grupo de empleado (comercio, oficina, industria), el 16.7 % (5) ama de casa, 10% (3) al grupo profesional, y el 3.3% (1) correspondió a pacientes jubilados (Fig 5).

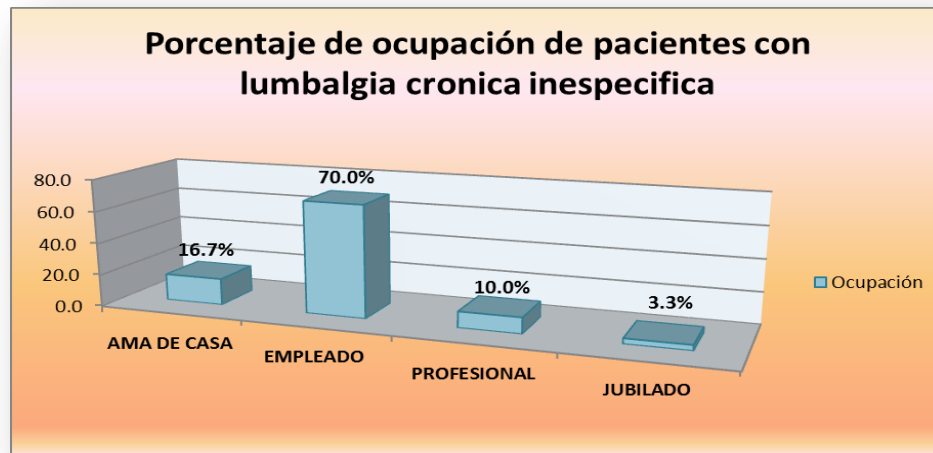


Figura 5

Con respecto al índice de masa corporal, se considero los rangos establecidos por OMS. Se encontro la media del total de pacientes fue 29.46, lo cual nos indica un valor que corresponde a sobrepeso “tomando rango de OMS”, con un porcentaje del mismo en 46.7% del total de pacientes incluidos en el estudio. En mujeres se encontró un índice de masa corporal en promedio de 30.43 que corresponde a pacientes con obesidad tipo I. En hombres se encontró índice de masa corporal promedio de 28.0 que corresponde a sobrepeso. (Fig. 6).

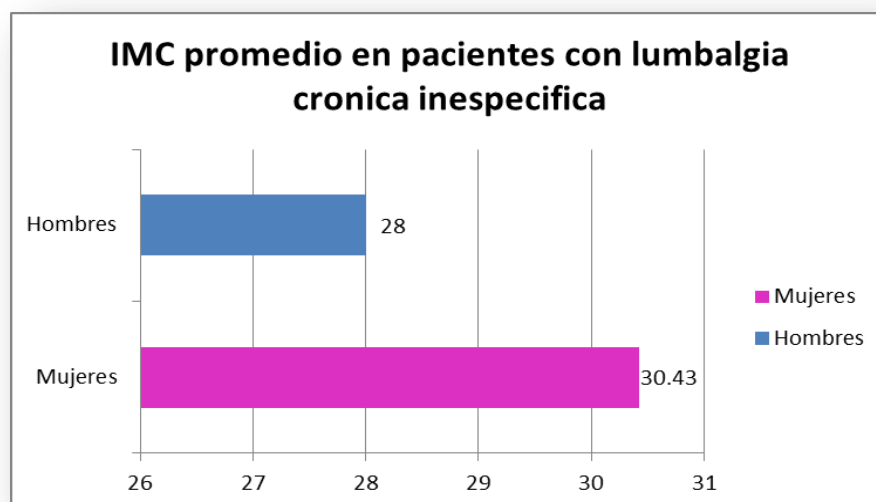


Figura 6

A los que respecta calidad de vida (Figura 7) 19 participantes obtuvieron un puntaje mayor de 50 correspondiendo a una buena calidad de vida, con un porcentaje de 63.3%, el resto de los pacientes 11 obtuvieron un puntaje menor de 50 lo cual nos habla de una mala calidad de vida con un porcentaje correspondiente a 36.7%.

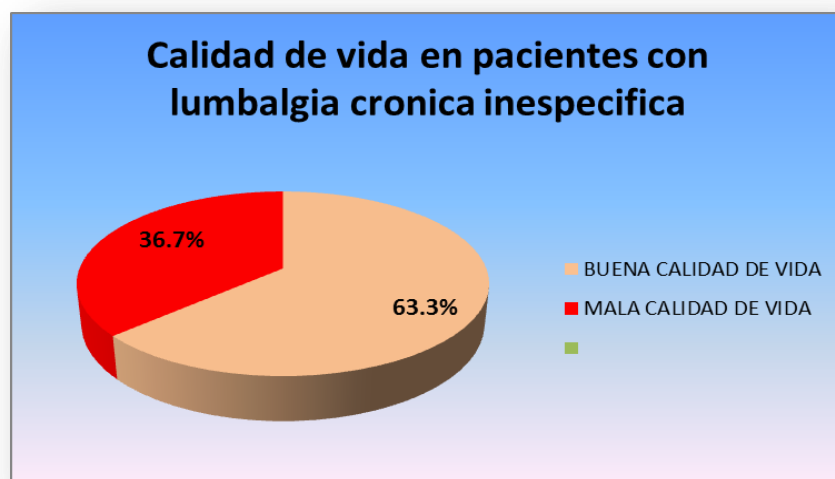


Figura 7

En la siguiente tabla de contingencia podemos observar la relación del género con respecto a la calidad de vida observando que en el 50% de los hombres la calidad de vida es buena y en mujeres el 72.2%. El 27.8 % de las mujeres encuestadas obtuvieron como resultado una mala calidad de vida (Tabla 1).

Tabla de contingencia GENERO * CALIDAD DE VIDA					
			CALIDAD DE VIDA		Total
			BUENA CALIDAD	MALA CALIDAD	
GENERO	MASCULINO	Recuento	6	6	12
		% dentro de GENERO	50.0%	50.0%	100.0%
	FEMENINO	Recuento	13	5	18
		% dentro de GENERO	72.2%	27.8%	100.0%
Total		Recuento	19	11	30
		% dentro de GENERO	63.3%	36.7%	100.0%

Tabla 1

Con respecto al grupo de edad de los pacientes encuestados en donde se obtuvo el mayor número de participantes fue en el grupo de 48-57 años, de los cuales el 53.8% (7) se encuentran con una mala calidad de vida, el 46.2 % (6) perteneciente al mismo grupo de edad se encuentra con una buena calidad de vida., el grupo de

38-47 años el 75% (6) se encuentra con buena calidad de vida, y solo el 25% (2) con mala calidad de vida (Tabla 2).

Tabla de contingencia EDAD * CALIDAD DE VIDA				
Grupo de edad		CALIDAD DE VIDA		Total
		BUENA CALIDAD	MALA CALIDAD	
18-27	Recuento	1	0	1
	% dentro de EDAD	100.0%	0.0%	100.0%
28-37	Recuento	4	0	4
	% dentro de EDAD	100.0%	0.0%	100.0%
38-47	Recuento	6	2	8
	% dentro de EDAD	75.0%	25.0%	100.0%
48-57	Recuento	6	7	13
	% dentro de EDAD	46.2%	53.8%	100.0%
58-67	Recuento	2	2	4
	% dentro de EDAD	50.0%	50.0%	100.0%
Total	Recuento	19	11	30
	% dentro de EDAD	63.3%	36.7%	100.0%

Tabla 2

Con respecto al índice de masa corporal no se observó una relación que a mayor índice de masa corporal una mala calidad de vida, ya que de los 8 pacientes con obesidad grado I el 75% (6) resultó con una buena calidad de vida y el 25% (2) de los pacientes con obesidad grado I resultó con mala calidad de vida. Solamente en un paciente con obesidad grado III se obtuvo el resultado de una mala calidad de vida (Tabla 3).

Tabla 3

Tabla de contingencia INDICE DE MASA CORPORAL * CALIDAD DE VIDA					
			CALIDAD DE VIDA		Total
			BUENA CALIDAD	MALA CALIDAD	
INDICE DE MASA CORPORAL	PESO NORMAL	Recuento	3	1	4
		% dentro de INDICE DE MASA CORPORAL	75.0%	25.0%	100.0%
	SOBREPESO	Recuento	7	7	14
		% dentro de INDICE DE MASA CORPORAL	50.0%	50.0%	100.0%
	OBESIDAD GRADO 1	Recuento	6	2	8
		% dentro de INDICE DE MASA CORPORAL	75.0%	25.0%	100.0%
	OBESIDAD GRADO 2	Recuento	2	0	2
		% dentro de INDICE DE MASA CORPORAL	100.0%	0.0%	100.0%
	OBESIDAD GRADO 3	Recuento	1	1	2
		% dentro de INDICE DE MASA CORPORAL	50.0%	50.0%	100.0%
	Total	Recuento	19	11	30
		% dentro de INDICE DE MASA CORPORAL	63.3%	36.7%	100.0%

DISCUSIÓN

Se ha detectado que la mayoría de los casos que se etiquetan como dolor lumbar no son estudiados ni tratados de manera específica y adecuada, generando así una sobrecarga en los servicios de salud y convirtiéndose en pacientes con un padecimiento crónico, con pronóstico desfavorable y más difícil de tratar, ya que requieren de tratamientos más especializados, con mayores necesidades de infraestructura y recursos humanos, aumentando tiempo de espera para la resolución y ejecución de tratamiento incrementando costos por mayor cantidad y tipo de medicamentos, días de incapacidad y deterioro de condición general del paciente disminuyendo las expectativas de otorgar un pronóstico más favorable para la función y la calidad de vida ¹⁰

En el presente estudio se realizó una encuesta a 30 pacientes ya diagnosticados con lumbalgia crónica inespecífica, en el área de rehabilitación. De acuerdo a los resultados obtenidos iniciando por el género de los participantes, el porcentaje más elevado perteneció al género femenino con un 60% lo cual contrasta con lo encontrado en el estudio de Vargas-Mendoza, en donde se hace mención que el género no es una variable predictoria para lumbalgia. Y se apoya en lo encontrado en distintas literaturas en donde su prevalencia varía de 4.8 % a 12% en mujeres y de 2.9 a 8% en hombres ⁵. En donde nos muestra que sigue existiendo una prevalencia aumentada en el caso del género femenino comparada con el masculino respecto a este padecimiento.

En el grupo de edad de 48-57 años se encontró el mayor índice de pacientes con lumbalgia crónica inespecífica, apoyando en gran parte que la mayoría de estos pacientes se encuentran catalogados dentro de la edad trabajadora con una incidencia más alta vista en personas de 25-64 años esto mencionado en el estudio de Woolf ^{A13}.

Con lo que respecta a la escolaridad de cada uno de los pacientes, y quizá la menos analizada por no encontrarle un efecto fisiopatológico directo, ha sido la escolaridad en sus diversos niveles, aunque su rol como factor de riesgo ha sido controversial al encontrarle efecto tanto reductor,^{19,20} como de incremento del riesgo.¹

En una investigación realizada en el 2016 realizada en Mérida Yucatan Duran Nah. encontraron la escolaridad secundaria como variable protector para aquellos

pacientes con lumbalgia crónica debido a que redujo hasta el 75% el riesgo de padecer Lumbalgia crónica al tener una RM < 1 con in IC 95%.

En nuestro estudio el porcentaje total de pacientes con escolaridad secundaria fue de 43.3% encontrándose una similitud a lo expresado por Duran Nah, ya que la buena calidad de vida en los pacientes de estudio fue mayor (63.3%). Aunque existen estudios que contrastan con lo antes mencionado debido a que desempeñan labores de mayor dificultad física (potenciales inductoras de lesión lumbar), respecto de las que desempeñan aquellos con mayor escolaridad a quienes llaman “trabajadores de cuello blanco” .

Con respecto en el índice de masa corporal en los pacientes estudiados, se observó que el mayor porcentaje correspondió al sobrepeso a un 46.7%, reforzando lo descrito por Ordoñez Hinojosa ¹⁰. Que describe desde el punto de vista de salud pública se debe de investigar si existen factores predisponentes como lo podrían ser el sobrepeso. Sin embargo, en la literatura se encuentran controversias que sólo confunden y generan diferentes hipótesis acerca de la génesis de la lumbalgia. Se dice que una aumentada demanda mecánica resulta en desgaste y destruye la columna vertebral y si a esto se le asocia sobrepeso, podemos marcarlo como un factor muy importante más no definitivo en su etiología.

Es interesante mencionar que este estudio la buena calidad de vida fue 63.3% el cual tiene una asociación positiva comparado con lo descrito por Vargas –Mendoza ²³ en donde se evaluó la calidad de vida con respecto al tipo de dolor.

CONCLUSIONES

La calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica no se encuentra deteriorada, la edad, el género y ocupación de los participantes con lumbalgia crónica inespecífica han mostrado ser factores clave para explicar la misma.

Lo destacado en el ámbito sociodemográfico de este estudio fue que el nivel secundaria en escolaridad fue el principal en un 43.3% (13); el estado civil fue población casada en un 33% (10) y el género femenino con un 60 % (18)

La evaluación de la calidad de vida es de sumo interés en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica, ya que en estos pacientes una parte muy importante del tratamiento es prevenir limitaciones y secuelas funcionales, así como mejorar la calidad de vida en el futuro.

Los médicos familiares estamos en un lugar privilegiado para realizar acciones de prevención de complicaciones, limitación de secuelas y mejoramiento de la calidad de vida en estos pacientes como parte de un tratamiento integral.

Los resultados en este trabajo de investigación muestran que a pesar de ser una patología crónica, el paciente percibe una buena calidad de vida y esto es el reflejo de un buen trabajo por el médico familiar y el área de rehabilitación de la unidad, es importante mencionarlo ya que esta patología que causa dolor crónico tienen repercusiones trascendentes en el área social, emocional y económica, se asocian de manera directa con pérdida de trabajo, mayor uso y demanda de los servicios de salud así como pérdidas de días de trabajo en pacientes económicamente activos. El 70% de nuestra población de estudio fueron empleados, de esta manera podemos recalcar la importancia de continuar realizando medidas preventivas y continuar reforzando en el paciente la importancia de mantener una adecuada postura en su área de trabajo y continuar llevando a cabo las indicaciones por parte del área de rehabilitación.

Finalmente y conforme a lo encontrado en este estudio, se emiten las siguientes recomendaciones, que se espera puedan tomarse o considerarse para continuar con una buena calidad de vida en cada uno de los usuarios de cualquier primer nivel de atención.

Dar a conocer los resultados de la presente investigación entre el personal de salud que labora en la Unidad de Medicina Familiar # 27, continuar con la referencia oportuna al área de rehabilitación de la unidad, seguir con la preparación educativa respecto al tema de lumbalgia en la unidad, evaluar nuevas líneas de investigación enfocadas a una población más amplia que pueda evaluar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saragiotto B, Maher C, Yamato T, Costa LOP, Menezes L, Ostelo R, et al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;1:1-154.
2. Kamper S, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets R, Ostelo R, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015; 350:h444.
3. Campbell P, Wynne-Jones G, Muller S, Dunn KM, The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *Int Arch Occup Environ Health* . 2013; 86:119–137.
4. Saldivar-Gonzalez A, Cruz –Torres D, Serviere-Zaragoza L, Vazquez-Nava F, Joffre Velázquez V; Lumbalgia en trabajadores. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (3): 203-209.
5. Durán-Nah JJ, Benítez-Rodríguez CR, Miam-Viana EJ. 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.
6. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2009.
7. Sanchez M., Ibarra C., Vilchis M., Montesano J., Guizar J., Loya B., Impacto del servicio de rehabilitación en el primer nivel de atención. *Rev. Med Inst. Mex. Seguro Soc* 2008; (4): 391-396.
8. Bart W., Maurits V., Christine C., Luciana G., James Mc., Chris M. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* (2010) 19:2075-2094.
9. Diaz–Cerrillo J, Rondon–Ramos A, Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en atención primaria. *Aten primaria*. 2015; 47 (2):117-123.
10. Ordoñez- Hinojos A; Duran-Hernandez S; Hernandez-Lopez J; Castillejos-Lopez M. Asociacion entre actividad laboral con gran demanda de esfuerzo físico y lumbalgia. *Acta ortopédica Mexicana* 2012; 26 (1): 21-29.
11. Shmagel A, Foley R, Ibrahim H. Epidemiology of Chronic Low Back Pain in US Adults: Data From the 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care & Research*; Vol. 68, No. 11, 2016, 1688–1694.
12. Soto-Padilla M, Espinosa-Mendoza R, Sandoval-García J, Gómez-García F. Frecuencia de lumbalgia y su tratamiento en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta ortopédica Mexicana* 2015; 29(1):40-45.

13. Woolf A; Pfleger B; Burden of Major Musculoskeletal Conditions ;Bulletin of the World Health Organization 2003; 81 (9) : 646-656.
14. Dalke-Meuccil R, Gastal-Fassa A, Xavier-Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. Rev Salud Pública .2015; 49:73.
15. World Health Organization Quality of Life Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1997; 2:01-13.
16. Verkerk K, Luijsterburg P, Heymans M , Ronchetti I , Pool-Goudzwaard A , Miedema H, et. Al. Prognosis and course of pain in patients with chronic non-specific low back pain: A 1-year follow-up cohort study. Eur J Pain 19 (1), 2015:1101—1110.
17. Muñoz-Gómez, J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico, Madrid: Fundación Grüenthal; 2003, 23-28.
18. Oliveira M, Renovato F, Nogueira T, Vidal LA, De Moura Campos AP, Leao GP, et al. Efficacy of graded activity versus supervised exercises in patients with chronic non-specific low back pain: protocol of a randomized controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders, 2013; 14 (36),1-6.
19. Castellano-Tejedor C, Costa-Requena G, Lusilla- Palacios P, Barnola –Serra E. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico, Apuntes de Psicología. 2014. 32 (1): 77-84.
20. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber MJ, Kovacs F, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006; (15): 192-300.
21. Zavala-González MA, Correa-De la Cruz R , Popoca-Flores R , Posada-Arévalo SE. Lumbalgia en residentes de Comalcalco, Tabasco, México: Prevalencia y factores asociados. I MedPub Journals; 2009;5(4:3):1-5.
22. Covarrubias A. Lumbalgia: Un problema de salud pública: México D.F; Clínica de Dolor; 2010 Abr-Jun: 33 (1): S106-s109.
23. Vargas –Mendoza JE, Nogales- Osorio SE. Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida. Centro regional de investigación en Psicología IMSS. 2011. 5(1). 41:47.

Anexo 1. Carta consentimiento.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Folio: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Registro Institucional el comité Local de Información y Ética en investigación en Salud:

Por medio de la presente, acepto participar en el protocolo de investigación titulado: " **Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en UMF No27**"

Justificación y Objetivo del estudio: La lumbalgia crónica inespecífica, es el dolor crónico que afecta la salud física y psicológica de la persona que lo padece, con repercusiones en actividades diarias, actividad económica y trabajo. Conocer la calidad de vida en los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica que acuden al servicio de rehabilitación de la UMF 27.

Procedimiento: Se le pedirá llenar una hoja de recolección de datos, tales como: estado civil, escolaridad, edad, ocupación, estado socioeconómico. Posteriormente se le pedirá al paciente llenar el cuestionario SF-12 sobre calidad de vida.

Posibles riesgos y molestias: No existe riesgo durante la aplicación del cuestionario

Posibles beneficios al participar en el estudio: La información obtenida servirá para otorgársele una atención más completa en caso de identificarse alguna alteración

Privacidad y confidencialidad: Se respetará su privacidad, por lo que no se citará su nombre en el estudio, sus respuestas no serán divulgadas de manera que las puedan identificar. Sus datos, serán información confidencial y no se utilizará más que para fines de la investigación. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en reuniones médicas, pero su identidad no será divulgada. La autorización para el uso y el acceso de la información protegida de la salud para los propósitos de la investigación es totalmente voluntaria. Sin embargo, de no firmar este documento usted no podrá participar en este estudio. Si en el futuro usted cancela esta autorización, no podrá continuar participando en este estudio.

Usted conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte sus beneficios como derechohabiente.

He leído la información anterior completa o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

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

Investigador responsable:

Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano. Médico familiar adscrito a UMF 27. Matrícula: 98020772. Teléfono: 664 123 1814. Correo: dralindavidal@gmail.com. Elias Alejandro Vargas Guluarte, médico residente de Medicina Familiar adscrito a la UMF 27; matrícula: 98024695; teléfono: 6461370203; correo electrónico: vargas_elias85@hotmail.com. Dr. José Luis Saavedra Escalona. Médico adscrito al servicio de Rehabilitación de la UMF27. Matrícula: 99024366. Teléfono: 664261 2157. Correo: doctor@rehabilitador.com

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando; Médico adscrito a UMF 33; Matrícula: 98020718; Teléfono: 664-3298837; Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

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 4to piso, Bloque “B” de la unidad de congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y Firma del Participante
consentimiento

Nombre y Firma de quien obtiene el

Testigo

Testigo

Carta de autorización

TIJUANA, B.C. MAYO 2018

Dr. Abraham Martínez

Director de UMF No. 27

PRESENTE:

Por medio de la presente se solicita su autorización para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación:

“Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en UMF No. 27”

El cual consiste en realizar un cuestionario sobre calidad de vida del paciente que acude al área de rehabilitación por diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica.

Sin más por el momento me despido de usted agradeciendo de antemano todas sus atenciones.

Atentamente

Dr. Elias Alejandro Vargas Guluarte

Autorizó:

Testigo

Testigo

Anexo 2. Hoja de recolección de Datos

Este cuestionario es confidencial, por favor conteste las siguientes preguntas y si alguna no entiende favor de preguntar al encuestador.

Título de la investigación: Calidad de vida en pacientes diagnosticados con lumbalgia crónica inespecífica en servicio de rehabilitación UMF 27

Numero de encuesta: _____

Género: 1) masculino 2) femenino

Dolor lumbar: Escala de 0 a 10 en donde: 0 es cero dolor y 10 es máximo dolor.

0 al 2 Leve

3 al 7: Moderada

8 al 10 : Intensa

Edad: _____ años

Estado Civil: 1) casado 2) unión libre 3) soltero 4) separado o divorciado 5) viudo

Escolaridad: 1)Primaria 2)Secundaria 3)Preparatoria 4)Licenciatura

Ocupación: 1)ama de casa 2)empleado 3)profesional 4)jubilado

Peso:

Talla:

Índice de Masa Corporal:

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

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

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

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

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Subir **varios** pisos por la escalera

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

4. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer?

1	2
Sí	No

☐	☐
--------------------------	--------------------------

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema emocional**?

1	2
Sí	No

☐	☐
--------------------------	--------------------------

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional**?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

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

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. ...se sintió calmado y tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...tuvo mucha energía?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ...se sintió desanimado y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez