



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**UNAN-LEÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS**  
**Para optar al título de**  
**Doctor en Medicina y Cirugía**

**Manejo de las lumbalgias y satisfacción de pacientes atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua durante el período de enero a marzo de 2013.**

**Autores: Roberto Josué Rosales Guerrero  
Rosmery Johana Treminio Treminio**

**Tutora: Dra. Leopoldina Guerrero Montes  
Médico Fisiatra.  
Docente Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.**

**Asesor: Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD.  
Prof. Titular Dpto. Salud Pública. UNAN.**

**León, 08 de abril de 2013**



## DEDICATORIA

**A Dios,** por ser el dador de vida, sabiduría y la luz de mi camino.

**A mi mamá,** Leopoldina Guerrero Montes por ser la inspiración de esfuerzo, fe y amor. Y con su ejemplo me ha demostrado que no existen obstáculos en la vida si Dios está con nosotros.

**A mi esposa,** Rosmery Treminio Treminio a quién amo, me ha dado su apoyo y me ha acompañado en las distintas situaciones de mi vida.

Roberto Rosales Guerrero



## DEDICATORIA

Dedico este humilde fruto de mi vida y mi esfuerzo:

**A Dios:** por el regalo de la vida, por ser mi padre, mi fundamento, mi guía, mi fortaleza, mi luz, por darme de su infinito amor, bondad y misericordia cada día de mi vida, por darme sabiduría y permitirme alcanzar mis metas y llegar hasta este momento.

**A mis Padres:**

Sr. Marvin J. Treminio Martínez y Sra Marcia E. Treminio Escorcía, mis Abuelitos, Hermanos, Tíos y demás familiares.

Por ser mi inspiración, mi motivación, por el apoyo incondicional en el transcurso de mi vida, por enseñarme a vivir una vida dedicada a Dios, en amor, valores y principios, por sus consejos, sus enseñanzas y sus oraciones.

**A mi esposo:**

Roberto Josué Rosales Guerrero; por ser el amor de mi vida, al cual amo, respeto y admiro, por ser mi amigo, mi confidente y compañero, por alcanzar juntos nuestras metas y disfrutar de las bendiciones que Dios da a nuestras vidas, gracias por tu apoyo y tus consejos.

**A Dra.** Leopoldina Guerrero Montes: por ser una mujer Dedicada, esforzada y valiente, gracias por sus consejos, sus enseñanzas y su ejemplo.

**A mis Amigos(as), Maestros, Pacientes y a todas aquellas personas que de una u otra forma han brindado su amor y apoyo en transcurso de mi formación.**

Rosmery Johana Treminio Treminio.



## AGRADECIMIENTOS

Al culminar este trabajo agradecemos.

**A Dios:** por darnos la fuerza y la sabiduría para llegar hasta este momento y permitirnos disfrutar de este logro, por su compañía y guía en cada en cada paso que hemos dado.

**A nuestros Padres y Familiares:** Por su apoyo incondicional, su dedicación, consejos y enseñanzas, los cuales nos han motivado para alcanzar nuestras metas.

Dra Leopoldina Guerrero Montes

Sra. Marcia E. Treminio Escorcía

Sr. Marvin J. Treminio Martínez.

**En especial a nuestros maestros:** Que fueron parte fundamental para poder concluir este trabajo, por su tiempo y Orientación.

Dra. Leopoldina Guerrero Montes

Dr. Francisco Tercero Madriz



## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir el manejo de las lumbalgias y la satisfacción de los pacientes atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, durante el periodo de enero a marzo del 2013.

El estudio fue sobre la evaluación de servicios de salud. La población fueron todos los pacientes con diagnóstico funcional de lumbalgias bajo tratamiento activo durante el mes de enero a marzo del 2013. Las fuentes de información fueron las encuestas realizadas a los pacientes y los expedientes clínicos. El software usado fue SPSS versión 10.0. Se contó con la autorización de la dirección de hospital y con el consentimiento informado de los y las pacientes.

La mayoría de pacientes tenían entre 20-44 años, mujeres, casados/acompañados, con baja escolaridad, ocupación manual sin experiencia y originarios de Managua. Los principales diagnósticos fueron espón­diloartrosis, hernia discal, escoliosis y radiculopatía. Las causas de fueron mecánicas e idiopáticas en 70% y 30%, respectivamente. Las principales modalidades en su manejo fueron electroterapia, aquaterapia, masoterapia, compresas húmedas calientes y frías, y ejercicios de Williams. La tasa de incumplimiento a las citas fue de 29%, debido a falta de tiempo y problemas laborales. La atención del personal fue considerada satisfactoria con excepción de la programación de las citas y los asientos de espera.

Se recomienda mejorar la programación de citas y las condiciones de espera de los pacientes. Además de evaluar las necesidades de rehabilitación en otros SILAIS para ofrecer estos servicios.

**Palabras claves:** lumbalgia crónica, satisfacción de usuario, rehabilitación, evaluación.



## ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO	6
DISEÑO METODOLÓGICO	15
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS	29
ANEXOS	31
➤ Instrumento de recolección de datos	
➤ Glosario	



## INTRODUCCIÓN

La lumbalgia (dolor lumbar) es considerada un problema de salud importante debido a su alta prevalencia, alta probabilidad de recurrencia, discapacidad asociada y enormes costos directos e indirectos.<sup>1-3</sup> Se define como la percepción del dolor en la cara posterior del cuerpo entre el borde inferior de la caja torácica y el pliegue glúteo inferior.<sup>4</sup> Los episodios agudos del dolor de espalda son generalmente autolimitados, pero cuando el dolor persiste o es fluctuante y dura más de tres meses se definen por tener un dolor lumbar crónico (DLC).<sup>5</sup>

En atención primaria es frecuente que los médicos esperen ver por lo menos un paciente con dolor lumbar por semana. Los pacientes con DLC están más propensos a ver a un médico familiar (65%) para su dolor en comparación con los ortopedistas (55.9%), fisioterapeutas (50.5%) y quiroprácticos (46.7%). El impacto económico de este problema crónico se debe a pérdida prolongada de la función, resultando en la pérdida de la productividad laboral, costos de tratamiento y pagos por discapacidad. Las estimaciones de estos costos van de \$ 12.2-90.6 mil millones al año.<sup>5</sup>

En la mayoría de los casos las causas del dolor lumbar es oscuro o confuso, y estos casos son el foco de preocupación para la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que se demostró convincentemente que está presente en proporciones similares en diferentes culturas y en varios países a nivel mundial.

Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el paciente con dolor lumbar debe estar adherido a las recomendaciones y tratamiento del profesional de la salud para una recuperación satisfactoria de la calidad de vida y del desempeño laboral.<sup>6</sup>



La OMS definió adhesión como "el grado en el comportamiento de una persona para cumplir las indicaciones médicas tales como la toma de la medicación, seguimiento de una dieta, estilo de vida saludable y realización de ejercicio.<sup>6</sup> Kroll y sus colegas lo definen como el cumplimiento de un proceso en el que el paciente trabaja para mantener la salud en estrecha colaboración con los proveedores de atención de salud.<sup>7</sup> El término "adhesión" se considera sinónimo de "cumplimiento" en la mayoría de los estudios.<sup>8</sup> La atención médica centrada en el paciente es actualmente el paradigma dominante en la prestación de servicios de salud. Por lo tanto, la satisfacción del paciente ha surgido como un importante indicador de la calidad enfocado en la atención de los pacientes, ya que hay evidencia de que los pacientes satisfechos están más propensos a adherirse al tratamiento, de beneficiarse de la atención de su salud, y tener una mejor calidad de vida.

Las autoridades sanitarias reguladoras necesitan evaluar la satisfacción del paciente para el aseguramiento de la calidad y acreditación de hospitales y centro de atención primaria. Durante la última década, numerosos autores han estudiado la satisfacción del paciente con trastornos músculo esquelético con su fisioterapia. Los fisioterapeutas son los principales proveedores de la atención a los pacientes con condiciones músculo esqueléticas como: dolor lumbar, dolor de cuello idiopático, de cadera y la osteoartritis de rodilla que buscan tratamiento para lograr el control del dolor y la mejora funcional en movilidad de forma ambulatoria.<sup>9</sup>

Aunque en Nicaragua las lumbalgias también representan un problema de salud, no existen estadísticas adecuadas sobre su frecuencia, menos aún sobre el manejo de rehabilitación de estos pacientes y su grado de satisfacción.



## JUSTIFICACION

El estudio de la satisfacción de pacientes con trastornos músculo esquelético, como el dolor lumbar, con la rehabilitación es un importante tópico de investigación, ya que puede contribuir a evaluar los aspectos insatisfactorios que podrían ser mejorados para cumplir los objetivos del tratamiento rehabilitador, y así promover la adherencia a su cuidado, mejorar sus funciones motoras y la calidad de vida.

Es importante mencionar que no se ha realizado un estudio similar en el hospital bajo estudio, por lo tanto los resultados de este estudio proveerán evidencia sobre el grado de satisfacción de estos y retomar los hallazgos para continuar el proceso de mejorar la calidad de atención de estos pacientes y de responder los objetivos del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo es el manejo de las lumbalgias y la satisfacción de los pacientes atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, durante enero a marzo de 2013?



## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Describir el manejo de las lumbalgias y la satisfacción de los pacientes atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, durante enero a marzo de 2013.

### Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes.
2. Describir las características clínicas de los pacientes y su manejo.
3. Determinar la satisfacción de los pacientes.



## MARCO TEÓRICO

### **Epidemiología**<sup>10</sup>

El dolor lumbar es epidémico en los Estados Unidos y la incidencia anual se calcula en 5%. De hecho, el 90% de las personas sufre dolor lumbar en algún momento de su vida. La prevalencia en un mes de la lumbalgia llega hasta el 43% de la población, siendo superada solamente por el resfriado común como motivo de consulta a los medios de atención primaria.<sup>10</sup>

La carga económica es enorme, superando los 50,000 millones de dólares al año. Un gran porcentaje (79%-95%) del costo total de todos los reclamos por dolor de espalda correspondió a un número pequeño (10%-25%) de pacientes con dolor lumbar. Este problema es la primera causa de discapacidad en las personas menores de 45 años y la tercera causa a partir de esta edad, afectando las actividades laborales y las de ocio. Si la lumbalgia se prolonga en el tiempo, la reincorporación al trabajo es extremadamente escasa. La probabilidad de volver a trabajar es del 50% cuando el paciente permanece de baja mas de seis meses, del 25% si la inactividad sobrepasa un año, y próxima al 0% si se prolonga durante dos años o más. El dolor de espalda también es un problema frecuente con muchas actividades deportivas, como la gimnasia, el fútbol americano, la halerofilia, la lucha, el remo, la natación, el golf, el tenis y el béisbol.<sup>10</sup>

La evolución natural del dolor lumbar ha sido malinterpretada por muchos profesionales sanitarios y por el público. Aunque el 90% de los episodios de dolor lumbar se resuelve en un plazo de 6/12 semanas, el índice de recurrencias es elevado. Entre el 70% y el 90% de los pacientes padecerá nuevos episodios de lumbalgia después del primero. Los estudios a largo plazo muestran que un tercio de los pacientes continúan con dolor lumbar persistente o intermitente después de las primeras crisis. Los motivos de las recurrencias son múltiples. Una razón del elevado índice de recurrencia podría ser la ausencia de recuperación de los músculos multifidos tras una lumbalgia aguda. Además, los pacientes que no minimizan los factores de riesgo pueden sufrir episodios continuados de dolor lumbar.<sup>10</sup>



## Causas y factores de riesgo<sup>11</sup>

Una minoría de casos de dolor lumbar son resultado de causas físicas como traumas debido a accidentes de tránsito o caídas, osteoporosis con fracturas, o uso prolongado de corticoides entre gente anciana son antecedentes de dolor lumbar de origen conocido en la mayoría de ejemplos. Relativamente menos común son las infecciones y tumores o sus metástasis representan la mayoría de casos restantes.

Contrariamente a la creencia popular, la postura erguida de los seres humanos depende de las curvaturas normales de la columna vertebral y tales curvaturas no son, pues, la causa del dolor de espalda. La obesidad y el embarazo en sus etapas posteriores, sin embargo, pueden distorsionar la curvatura de la columna vertebral y resultar en dolor lumbar. En el caso de embarazo, el dolor por lo general se alivia una vez que el niño nace. Algunas actividades, tales como trotar y correr en las carreteras de cemento en lugar de senderos, levantar objetos pesados y estar mucho tiempo sentado (especialmente en los coches, camiones, y las sillas mal diseñadas) puede provocar dolor de espalda. Sin embargo, los fuertes factores psicológicos juegan un papel importante.<sup>11</sup>

## Clasificación<sup>12</sup>

➤ **De acuerdo al tiempo de evolución**, la lumbalgia se puede clasificar en tres categorías:

- Aguda: la sintomatología tiene una duración menor de seis semanas.
- Subaguda: su duración es de 6 a 12 semanas.
- Crónica: cuadro persistente por más de 12 semanas.

➤ **Por etiología se puede considerar:**

1) **Causa no mecánica o dolor referido**

2) **Causa mecánica** que se subdivide en tres entidades:

a. **Dolor de causa ominosa**

- Osteomielitis
- Enfermedad ósea Metabólica
- Columna Inestable
- Otras enfermedades del canal medular
- Espondilolistesis
- Abscesos



**b. Dolor lumbar radicular**

- Pseudo ciática
- Radiculalgia, que incluye:
  - Síndrome de cola de caballo: lumbalgia, debilidad motora bilateral de las extremidades inferiores, ciática bilateral, anestesia sacra baja e incluso paraplejia franca con incontinencia vesical e intestinal.
  - Síndrome discal típico: dolor lumbar irradiado y acompañado de déficit sensitivo y motriz. En caso de existir déficit motor es necesario indicar pruebas diagnósticas complementarias.
- c. **Dolor lumbar mecánico simple:** lumbalgia de esfuerzo, hernia discal aguda sin radiculopatía y espondilosis.

**Valoración del paciente con lumbalgia**<sup>12</sup>

- **Historia clínica.** Es necesario valorar durante el interrogatorio antecedentes como traumatismos, infecciones sistémicas, artropatías inflamatorias y trastornos óseos metabólicos. Se debe ser cuidadoso al interrogar sobre dolor irradiado a los dermatomas, ya que puede indicar compresión radicular.
- **Exploración física.** Con el paciente de pie se deben valorar la alineación de la columna en busca de contracturas musculares y escoliosis estructural, la marcha activa y postura, así como flexión, hiperextensión y rotación, evaluando la capacidad del individuo para realizar estos movimientos.
- La persona se coloca en decúbito supino para que sea valorada la presencia de datos de irritación o compresión radicular mediante la realización de maniobras como Lasegue y Bragard, además de efectuar una exploración neurológica que incluya reflejos osteotendinosos, movilidad articular y sensibilidad superficial.



➤ **Métodos de apoyo diagnóstico:**

- **Estudios de laboratorio.** Dependiendo de la historia clínica se pueden solicitar estudios básicos de laboratorio como biometría hemática completa, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular. En caso de sospecha de neoplasia resulta útil la determinación de marcadores tumorales y estudios de extensión en la búsqueda de la neoplasia que se sugiera por el contexto del paciente, por ejemplo, cáncer de próstata (antígeno prostático, fosfatasa ácida, mieloma múltiple, electroforesis de proteínas en suero y orina). Un análisis de orina puede identificar al individuo con anormalidades renales (nefrolitiasis). La detección de sangre oculta en heces es un estudio para detectar úlceras o tumores gastrointestinales que provocan dolor referido a nivel lumbar.
- **Estudios de gabinete.** Dentro de los estudios de gabinete se puede solicitar radiografía convencional, la cual es útil para el diagnóstico inicial de espondilolistesis, fracturas vertebrales, datos sugestivos de osteomielitis/ discitis y una evidencia sutil de cáncer metastásico. Las radiografías simples en vistas anterior y lateral de la columna lumbar son suficientes para la valoración inicial de la mayoría de los pacientes. La tomografía computada (TC) y la resonancia magnética tienen mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de hernias de disco y estenosis espinal.
- **Otras modalidades diagnósticas** que se pueden utilizar son la gammagrafía ósea (estudio de medicina nuclear), indicada en personas con sospecha de cáncer, osteomielitis o fracturas por estrés, así como en la búsqueda de cáncer metastásico en individuos con historia previa de cáncer. Por otro lado, la mielografía es útil para valorar los casos de compresión radicular. También se pueden llevar a cabo estudios de velocidades de conducción (VC) y electromiografía (EMG).<sup>12</sup>



## Tratamiento

En la siguiente tabla 1 se presenta un resumen del Tratamiento del dolor lumbar según las directrices del American College of Physicians and the American Pain Society.<sup>13-15</sup>

Tabla 1 Tratamiento del dolor lumbar.

Abordaje	Manejo específico	Tipo dolor (Duración del manejo)	
		Agudo (< 4 semanas)	Subagudo o crónico (≥ 4 semanas)
<b>Autocuidado:</b>	Aviso de permanecer activo.	X	X
	Libros, folletos.	X	X
	Aplicación superficial de calor.	X	
<b>Terapia farmacológica:</b>	El acetaminofeno.	X	
	Medicamentos antiinflamatorios no esteroides.	X	X
	Los relajantes musculares.	X	
	Antidepresivos tricíclicos.		X
	Benzodiazepinas.	X	X
	Tramadol, opiodes.	X	X
<b>Terapia no farmacológica:</b>	Manipulación espinal.	X	X
	Tratamiento con ejercicios.		X
	Masaje.		X
	Acupuntura.		X
	Yoga.		X
	Terapia del comportamiento.		X
	Relajación progresiva		X
	Rehabilitación intensiva interdisciplinaria.		X

## **Perspectivas sobre la Satisfacción del Paciente<sup>16</sup>**

La satisfacción del paciente es esencialmente una evaluación subjetiva resultante de la experiencia en atención en salud, generalmente incluyendo algunas comparaciones implícitas o explícitas de los eventos actuales con una expectativa individual. La satisfacción del paciente refleja el grado en el que la experiencia real de un individuo coincida con sus preferencias con respecto a la experiencia. La satisfacción del paciente es importante no sólo como un juicio de resumen al final de la atención, sino también porque se informa sobre las decisiones iniciales en la planificación del tratamiento.



**Enfoques para medir la satisfacción del paciente**<sup>17,18</sup>

La evaluación de la satisfacción del paciente debe examinar tanto el objetivo y los aspectos subjetivos del servicio. Las preguntas objetivas son útiles para proporcionar indicadores de calidad, sobre todo cuando los dominios están cubiertos aquellos relacionados con los resultados. Por otra parte, los aspectos técnicos de la atención pueden ser secundarios a la satisfacción de los pacientes con las relaciones interpersonales entre el proveedor y el paciente repetidamente teniendo un efecto sobre la satisfacción general del servicio.

Los enfoques en pequeña escala, en los que uno explora profundamente la situación de atención de unos pocos individuos, y en gran escala, en los que uno hace las preguntas de la misma manera a través de un gran número de individuos, necesariamente resultan en diferentes tipos de información. Cada enfoque tiene sus méritos y es útil para la producción de diferentes tipos de información. Una combinación de enfoques a pequeña y gran escala, proporciona información complementaria, así como para esclarecer los diferentes resultados que son obtenidos cuando sólo un enfoque es utilizado. La mejor receta para una valoración útil de satisfacción del paciente es uno que incorpora varias estrategias de recopilación de datos de modo que un enfoque puede compensar las limitaciones del otro. Parte de la información sobre la satisfacción puede ser obtenida de una revisión sistemática examen de la información que ya este disponible.

Tabla 1 Enfoques para evaluar la satisfacción.

<b>Enfoque a pequeña escala.</b>	<b>Enfoque a gran escala.</b>
Grupos focales.	Uso de medidas cuantitativas.
Entrevistas a profundidad.	Enfoques para recopilación de información.
Observación.	Encuestas de auto reporte.
Diarios y reportes escritos.	Entrevistas telefónicas.
	Entrevistas en persona.

Tabla 2 Opciones de respuestas típicas para medir satisfacción.

<b>Satisfacción</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Acuerdo</b>
Muy satisfecho.	Excelente.	Todo el tiempo.	Muy de acuerdo.
Algo satisfecho.	Buena.	La mayoría de veces.	De acuerdo.
Ni satisfecho ni insatisfecho.	Regular.	Algunas veces.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
Algo insatisfecho.	Mala.	Raramente.	Desacuerdo
Muy insatisfecho.		Nunca.	Muy en des acuerdo



La elección de las estrategias para evaluar la satisfacción de pacientes es influenciado por la experiencia, limitaciones de tiempo y de costos, y del tipo de información que la organización necesita. Ninguna estrategia será correcta para cada organización, y es bastante probable que una combinación de estrategias sea más útil un solo abordaje.

Tabla 3 Dimensiones de la satisfacción del paciente. <sup>19,20</sup>

<b>1. Acceso:</b> Ubicación física de las instalaciones, las horas de operación, acceso telefónico, tiempo de espera para la cita, tiempo de espera en sala de espera.
<b>2. Gestión Técnico/Administrativa:</b> Ambiente de las instalaciones, estacionamiento, pagos / procesamiento de reclamaciones, programas de garantía de calidad.
<b>3. Gestión Clínica/Técnica:</b> Requisitos para el personal, incluyendo las habilidades clínicas de terapia física, las habilidades técnicas de los asistentes de fisioterapeutas, las capacidades técnicas de otro personal que preste atención, la explicación de la atención prestada.
<b>4. Gestión Interpersonal:</b> las respuestas a las quejas o sugerencias, calor / amabilidad del médico o de otros miembros del personal, adecuada cantidad de tiempo dedicado a cada paciente, el respeto por el paciente privacidad.
<b>5. Continuidad de la atención:</b> Intención de seguir contando con las condiciones gestionados por el proveedor, el conocimiento de la historia del paciente por el médico, recomendación medicas del paciente a los demás, satisfacción general con la atención recibida. Estos últimos 2 ítems infieren que el paciente continuará con el mismo cuidado terapeuta si él o ella está satisfecha con la atención recibida.

Tabla 4 Dominios de la satisfacción del paciente. <sup>19,20</sup>

Tratamiento.
Privacidad.
Conveniencia del tiempo de la cita.
Costos.
Facturación.
Facilidad para programar una cita.
Programación.
Tiempo de espera.
Cortesía del personal.
Cortesía del médico.
Satisfacción total.



### **Calidad de la atención de la salud**<sup>17</sup>

En el sistema tradicional, los pacientes con un seguro de salud tenían casi libertad ilimitada para seleccionar un proveedor de su elección, pero el médico tenía soberanía sobre todas las decisiones clínicas. El médico de un paciente decidía sobre el tipo y cantidad de atención que un paciente recibiría, y por que proveedores. Las únicas restricciones a los proveedores eran sus juramentos, la ética y su deseo de mantener fidelidad de los pacientes y el temor de los cargos por negligencia. No es de extrañar, que la calidad de atención era también vista como el dominio de los proveedores de la atención en salud, en consecuencia, sus suposiciones acerca de la calidad y la forma de evaluar se reflejan en las iniciativas anteriores para definir la calidad y establecer mecanismos para garantizar la calidad de la atención.

En la atención de la salud, la calidad se evalúa generalmente por los tres criterios propuestos por Donabedian (1966): *estructura, proceso y resultado*. Los *criterios estructurales* se aplican al proveedor o programa como un conjunto, incluso a estructuras físicas, equipo, registro, dotación de personal, y procedimientos administrativos (por ejemplo, médicos especialistas en o estado de propiedad de un hospital). Esencialmente, los criterios estructurales se refieren a los elementos de programación considerados necesarios para proporcionar una calidad adecuada. Los *criterios del proceso* se refieren a la forma en que los procedimientos son maneja entre los médicos y otros profesionales de la salud y los pacientes, y están diseñados para evaluar la adecuación de los procedimientos realizados. A diferencia de los criterios estructurales y de proceso, los cuales se ocupan de entradas, los *criterios de resultados* se refieren a los logros reales de un programa o de los resultados recibidos.

La evaluación de la satisfacción del paciente es una parte importante de esta tendencia. Hoy el entorno competitivo de la atención de la salud ha generado un interés sin precedentes en evaluar la calidad de atención, incluso una demanda en la realimentación del consumidor sobre los planes en salud, incluyendo las evaluaciones de satisfacción.



Los proveedores de salud están cada vez más teniendo que justificar lo que hacen para competir con las empresas de seguros por fondos públicos y privados. La evaluación de la satisfacción del paciente es visto como una herramienta importante en la estrategia para ser capaz de competir sobre la base de calidad y precio. Al seleccionar los planes, los consumidores y los compradores de planes actúan en su representación si quieren saber cómo los afiliados evalúan sus planes. La mayoría de planes de salud y sus proveedores regularmente estudian sus propios clientes para aprender cómo mejorar la calidad y compartir el mercado y cumplir con las normas estándar, como Health Plan Employer Data Information Set (HEDIS), establecido por el National Committee for Quality Assurance (NCQA) como una serie de medidas de desempeño estándar para planear comparaciones.



## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** evaluación de servicios de salud en el periodo de enero a marzo de 2013.

**Área de estudio:** Hospital Escuela de Rehabilitación “Aldo Chavarría,” que es un centro de referencia nacional, uni perfil, en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación; cuenta con 52 camas para hospitalización, 24 camas en el área de CENAPRORTO y atención en consulta externa, cubriéndose las necesidades de las personas con discapacidad, atendiendo de manera integral en donde interviene un equipo multidisciplinario conformado por: médico general (1), internista (1), médico fisiatra (5), enfermería, terapia ocupacional, psicología (3), trabajo social (2), electromiografía (1), y terapia del lenguaje (1).

**Población de estudio:**

Total de pacientes con diagnóstico funcional de lumbalgias bajo tratamiento activo durante el mes de enero a marzo de 2013.

**Criterios de exclusión:**

Pacientes que no aceptase participar en el estudio.

Pacientes que habían culminado su terapia al momento del estudio.

Pacientes que acudieron por primera vez.

**Recolección de la información:**

Se solicitó autorización a la dirección del hospital para realizar el estudio. Las fuentes de información fueron: Primaria, a través de las encuestas realizadas a los pacientes: y Secundarias a través de la información disponible en el expediente clínico. Se elaboró un instrumento de recolección de datos (ver anexo 1) que incluye datos sociodemográficos, clínicos, y del manejo. Además, de preguntas del instrumento para medir la satisfacción de los pacientes con la fisioterapia recibida retomada Goldstein et al.<sup>21</sup> Para realizar la encuesta se solicitó consentimiento informado verbal para proceder con el estudio.



### **Análisis**

El software usado para introducir, procesar y analizar los datos fue SPSS versión 10.0. El análisis descriptivo se basó en número absolutos, porcentajes, medidas de centro y de dispersión. Las escalas usadas para medir el grado de satisfacción de usuarios fue la de Likert, las 5 escalas originales fueron posteriormente agrupadas en planteamientos satisfactorios e insatisfactorios.

### **Aspectos éticos**

Se contó con la autorización de la dirección de hospital y con el consentimiento informado de los pacientes. Se garantizó el anonimato de los pacientes y la confidencialidad de la información. La información obtenida tuvo como propósito contribuir a mejorar la calidad de servicio brindado.



### Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Valor/Escala
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos, desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	< 20 20-44 45-64 ≥ 65
Sexo	Características fenotípicas que diferencian al macho de la hembra.	Masculino Femenino
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero Casado/Acompañado Viudo (a)
Escolaridad	Nivel académico considerándose baja una escolaridad primaria o ninguna; y alta una secundaria o universitaria.	Baja Alta
Ocupación	Tipo de actividad laboral al momento de la entrevista.	Se especificará
Diagnóstico etiológico	Es la identificación acerca de la causa de la naturaleza de la enfermedad y el modo en que el agente causal afecta el cuerpo del paciente.	Se especificará
Causa	Mecanismos relacionados con la etiología del diagnóstico etiológico.	Idiopática Mecánica No mecánica o dolor referido
Fuente de información.	Toda fuente que brindo información sobre los servicios de rehabilitación en el hospital bajo estudio.	Personal médico. Amigos. Por otros pacientes. Otros medios.



Variable	Concepto	Valor/Escala
Duración en la rehabilitación	Duración en meses desde que recibió atención en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría hasta la encuesta.	Se especificará
Manejo	Diversas modalidades empleadas para tratar la lumbalgia.	Se especificará
Cumplimiento	Se refiere al cumplimiento de las citas o sesiones de rehabilitación que habían sido programadas.	Si No
Razones del incumplimiento	Motivos que condujeron a los pacientes a inasistir a su cita.	Se especificará
Satisfacción de usuario	Estará en dependencia de cada uno de los dominios de satisfacción de pacientes como: tratamiento, privacidad, conveniencia de las citas, costos, programación de citas, tiempo de espera, cortesía del personal, y satisfacción total, evaluados a través de la escala de Likert, las 5 escalas originales serán posteriormente agrupadas en planteamientos satisfactorios e insatisfactorios.	Satisfecho Insatisfecho



## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se estudiaron 92 pacientes con lumbalgias atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría. Las principales características sociodemográficas fueron las siguientes: adultos entre 20-44 años (95%), sexo femenino con una razón de masculinidad de 3:1; casados/acompañados (84%); baja escolaridad (52%); ama de casa y comerciante (Cuadro 1). El promedio de edad fue de  $42.8 \pm 12.6$  años, la mediana de 43.5 años y el rango de 16 a 75 años.

Cuadro 1 Características sociodemográficas de pacientes con lumbalgias atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

Características sociodemográficas	No.	%
<b>Edad:</b>		
< 20	3	3
20-44	46	50
45-64	41	45
≥ 65	2	2
<b>Sexo:</b>		
Femenino	69	75
Masculino	23	25
<b>Estado civil:</b>		
Soltero	11	12
Casado/Acompañado	77	84
Viudo	4	4
<b>Escolaridad:</b>		
Baja	48	52
Alta	44	48
<b>Ocupación:</b>		
Ama de casa	15	16
Comerciante	14	15
Estudiante	13	14
Obrero	13	14
Técnico	13	14
Domestica	9	10
Profesional	7	8
Conductor	5	5
Agricultor	3	3
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Primaria y Secundaria



El 59% de los pacientes eran originarios del municipio de Managua y 13% de otros municipios del departamento de Managua. En menor frecuencia eran originarios de los municipios de Masaya (12%) y Granada (9%) (Cuadro 2).

Cuadro 2 Procedencia de los pacientes con lumbalgias atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

<b>Municipio de origen:</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Managua	54	59
Otros de Managua	12	13
Masaya	11	12
Granada	8	9
León	3	3
Matagalpa	3	3
Boaco	1	1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Primaria y Secundaria

En el cuadro 3 se presentan las diversas fuentes de donde los pacientes obtuvieron información sobre los servicios brindados en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría. La mayoría se obtuvo a través de la referencia de las unidades de salud del MINSA (79%), seguido por otros pacientes con lumbalgias (8%) y otro personal medico (4%).

Cuadro 3 Fuente de información sobre los servicios brindados en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

<b>Fuente de información</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Referencia de unidad de salud	79	86
Otros pacientes	7	8
Personal médico	4	4
Amigos	1	1
Otros medios	1	1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Primaria y Secundaria



En el cuadro 4 se presentan los principales diagnósticos etiológicos de los pacientes con lumbalgias. Los principales diagnósticos fueron espóndiloartrosis (19%), predominando la localización en L4-L5; hernia discal (13%), predominando L4-L5; escoliosis (11%); radiculopatía (9%), predominando L4-L5; espondilolistesis (8%), predominando L5-S1. No obstante, 21% de los pacientes estaban sujetos a estudio al momento de la investigación.

Cuadro 4 Diagnóstico etiológico de pacientes con lumbalgias atendidos en El Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

Diagnóstico etiológico	No.	%
Espóndiloartrosis L4-L5	17	19
Espóndiloartrosis L5-S1	4	4
Hernia discal L4-L5	12	13
Hernia discal L5-S1	2	2
Escoliosis	10	11
Radiculopatía L3-L4	1	1
Radiculopatía L4-L5	8	9
Espondilolistesis L4-L5	3	3
Espondilolistesis L5-S1	7	8
Síndrome facetario	3	3
Osteoporosis	1	1
Hiperlordosis	1	1
Rectificación lumbar	1	1
Vertebra de transición lumbosacra	1	1
A estudio	21	23
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Primaria y Secundaria



Las principales causas de lumbalgias fueron: mecánicas (70%) e idiopáticas (30%) (Cuadro 5).

Cuadro 5 Causas de lumbalgia en pacientes ingresado al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

Causas	No.	%
Idiopática	28	30
Mecánica	64	70
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Primaria y Secundaria

Al valorar el manejo de los pacientes se pudo determinar que las principales modalidades técnicas fueron: electroterapia (93%), Aquaterapia (88%), masoterapia (78%), compresa húmeda caliente (73%), compresa húmeda fría (61%) y ejercicios de Williams (58%). Otras modalidades menos frecuentes se presentan en el cuadro 6.

Cuadro 6 Modalidades técnicas en el manejo de pacientes con lumbalgia ingresados al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

Modalidades técnicas en el manejo	No.	% (n=92)
Electroterapia	86	93
Aquaterapia	81	88
Masoterapia	72	78
Compresa húmeda caliente	67	73
Compresa húmeda fría	56	61
Ejercicios de Williams	53	58
Higiene postural	25	27
Ultrasonido	13	14

Fuente: Primaria y Secundaria



El 54% de los pacientes habían recibido más de 14 sesiones terapéuticas; la frecuencia de las sesiones por mes fue de una en el 76% y en menor frecuencia de 2 a más; la mayoría de las sesiones duraron 30 minutos (95%). El porcentaje de cumplimiento de las sesiones fue de 71%. Del 29% de pacientes que incumplieron a sus sesiones, el 52% habían incumplido de 5 a 7 sesiones y 48% menos de 5. Las principales causas del incumplimiento a sus sesiones fueron: falta de tiempo (81%), problemas laborales (11%), y en menor frecuencia lejanía. (Cuadro 7).

Cuadro 7 Manejo de en pacientes con lumbalgia ingresado al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

Manejo	No.	%
<b>Sesiones terapéuticas (n=92):</b>		
< 10	42	46
10-14	35	38
≥ 15	15	16
<b>Frecuencia de sesiones por mes (n=92):</b>		
1	70	76
2-4	16	17
8	6	7
<b>Duración de las sesiones (minutos) (n=92):</b>		
10	1	1
15	85	92
20	6	7
<b>Cumplimiento de las citas (n=92):</b>		
Si	65	71
No	27	29
<b>Cuántas veces ha incumplido (n=27):</b>		
1-4	13	48
5-7	11	41
8-9	3	11
<b>Causas del incumplimiento de las citas (n=27):</b>		
Falta de tiempo	22	81
Laborales	3	11
Lejanía	1	4
Desmotivación	1	4

Fuente: Primaria y Secundaria



En el cuadro 8 se observa la satisfacción de los pacientes con lumbalgias con respecto a su manejo. Los dominios de satisfacción que superaron el 90% fueron: la privacidad, la cortesía del personal, el acceso y la satisfacción general. Sin embargo, en relación al tratamiento los pacientes tuvieron mayor insatisfacción en la duración de la consulta y los inconvenientes de los pacientes para cumplir con su fisioterapia, en el resto de ítems la valoración de satisfacción era superior al 90%. La mayor insatisfacción fue observada en la programación de las citas y los asientos en la sala de espera.

Cuadro 8 Satisfacción de pacientes con lumbalgia atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, 2013.

<b>Satisfacción del Paciente</b>	<b>% (n=92)</b>
<b>Tratamiento</b>	
El fisioterapeuta comprende mi problema y es comprensivo.	100
La duración de la consulta es muy breve o insuficiente.	24
Estoy satisfecho con la terapia recibida.	97
Tiene inconvenientes para cumplir su fisioterapia.	3
Las instrucciones que me da el fisioterapeuta me fueron útiles.	98
<b>Privacidad</b>	
Su privacidad es respetada siempre.	100
<b>Cortesía del personal</b>	
El trato del fisioterapeuta es cortés.	100
El trato del resto del personal es cortés.	100
<b>Programación de citas</b>	
Mi primera cita a fisioterapia fue programada rápidamente.	67
La programación de las citas se da en horas convenientes	99
Fue fácil programar el resto de citas a fisioterapia.	27
Fue visto inmediatamente al llegar por tratamiento.	21
El demasiado el tiempo de espera para la fisioterapia.	40
<b>Instalaciones</b>	
Los asientos de la sala de espera no son cómodos.	15
<b>Acceso</b>	
La ubicación de la institución es conveniente para mí.	98
<b>Satisfacción general</b>	
Estoy satisfecho con la calidad total de atención recibida.	98
Regresaría a este centro si requiriera nuevamente de sus servicios.	99
Estoy satisfecho con mi experiencia en fisioterapia.	97
Recomendaría este tipo de atención a familiares y amigos.	99

Fuente: Primaria y Secundaria



## DISCUSIÓN

Con respecto a la epidemiología de las lumbalgias, la literatura reporta que la lumbalgia es un padecimiento frecuente en la edad media de la vida, pero afecta a todas las edades y de forma indistinta a hombres y mujeres. Esto es consistente con lo encontrado en este estudio en donde la mayoría de casos tenían edades entre 30-55 años, sin embargo, la elevada frecuencia de mujeres en este estudio puede atribuirse a que las mujeres con antecedentes de lumbalgia son más propensas a buscar atención médica, más por su incapacidad funcional que por la intensidad del dolor. La baja escolaridad de la mayoría de los pacientes puede ser un factor que contribuya también a retrasar la búsqueda de atención médica a nivel primario, secundario y terciario.

Por otro lado, es posible que la elevada proporción de pacientes originarios de los municipios del departamento de Managua sea resultado de la mayor accesibilidad al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría y a una prevalencia real de este padecimiento. Esto queda demostrado por los mismos pacientes al manifestar de que una de las principales razones de incumplimiento es por razones de tiempo, lo que está asociado al factor de accesibilidad geográfica o de lejanía de los pacientes.

Similarmente con la ocupación, se pudo observar que este padecimiento se presenta en todos los niveles socioeconómicos basados en la ocupación de los pacientes, pero en mayor proporción en ocupaciones manuales sin experiencia y en menor proporción en aquellos con ocupación técnica o profesional, pero esto es proporcional con la pirámide de estratos ocupacionales en los países en desarrollo, en donde solamente una pequeña parte de la población tiene la posibilidad de ejercer una ocupación técnica o profesional, dada la elevada tasa de desempleo en el país, y esto no refleja una frecuencia real de la lumbalgia según la ocupación.

El hecho que la principal fuente sobre la promoción del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría sean las referencias de las unidades de salud del MINSA debe tomarse en cuenta para hacer mayor promoción de la oferta de servicios de rehabilitación de estos pacientes en las unidades de salud de atención primaria y evitar así la tardanza en su manejo especializado.



Todos los casos de dolor lumbar fueron clasificados como lumbalgia crónica baja. Además, la mayoría de casos fue considerada como un tipo de lumbalgia mecánica y en menor porcentaje fueron considerados como idiopáticas. Estos datos son similares a lo reportado por la literatura de que en la mayoría de los casos el dolor es de origen mecánico- funcional, es decir, de un déficit funcional articular de las vértebras lumbares y que además puede presentarse asociado a otros factores influyentes como mala postura, sobrepeso, contracturas musculares y/o flacidez muscular, hernias discales, escoliosis, artrosis (desgaste), entre otros.

Es importante mencionar que casi una tercera parte de pacientes incumple a las sesiones terapéuticas no logrando los resultados esperados en el paciente y no se cumplen los objetivos de rehabilitación física, y por ende el deterioro de la calidad de vida. Por otro lado, es bien sabido que este padecimiento es la causa mas frecuente de incapacidad laboral.

Las principales razones por las cuales los pacientes no asistieron a sus citas fueron problemas relacionados al tiempo o compromisos laborales. Al valorar la satisfacción de los pacientes, los resultados fueron favorables al personal que brinda la consulta médica y las sesiones terapéuticas con respecto a la privacidad, cortesía, satisfacción general y tratamiento, así como al acceso. Sin embargo, la mayor insatisfacción fue observada en la programación de las citas y en la calidad de los asientos de espera.

Se espera que las autoridades de salud consideren estos hallazgos y hagan esfuerzos para mejorar la promoción de los servicios de rehabilitación a pacientes con lumbalgias crónicas, así como mejorar la programación de citas y las condiciones de espera de los pacientes. Estos y otros esfuerzos en atención primaria deben hacerse también para brindar una atención con calidad y calidez a estos pacientes que sufren una carga de morbilidad que podría ser atenuada con una rehabilitación adecuada y oportuna.



## CONCLUSIONES

- La mayoría de pacientes tenían entre 20-44 años, sexo femenino, casados o acompañados, con baja escolaridad, ama de casa y comerciante, y originarios del municipio de Managua.
- La mayoría de pacientes obtuvo información sobre los servicios brindados en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría de las unidades de salud del MINSA.
- Los principales diagnósticos fueron espóndiloartrosis, hernia discal, escoliosis y radiculopatía, predominando la localización en L4-L5.
- Las principales causas de lumbalgias fueron mecánicas en 70% e idiopáticas 30%.
- Las principales modalidades técnicas en su manejo fueron electroterapia, Aquaterapia, masoterapia, compresa húmeda caliente, compresa húmeda fría y ejercicios de Williams.
- El porcentaje de incumplimiento a las citas fue de 29% y sus principales causas fueron: falta de tiempo y problemas laborales.
- Los dominios con mayor satisfacción en el manejo fueron la privacidad, cortesía del personal, acceso, la satisfacción general y el tratamiento. Sin embargo, la mayor insatisfacción fue observada en la programación de las citas y los asientos de espera.



## RECOMENDACIONES

- Mejorar la programación de citas y las condiciones de espera de los pacientes.
- Realizar una evaluación de las necesidades de servicios de rehabilitación de los pacientes con lumbalgias en los diversos SILAIS del país para poder satisfacer sus necesidades en los niveles de atención primaria y secundaria para mejorar la adherencia a su manejo.
- Promover estudios de satisfacción similares en otros problemas de salud que requieran de los servicios de rehabilitación en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.



## REFERENCIAS

1. Loney PL, Stratford PW. The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature. *Physical Therapy* 1999, 79:384-396.
2. Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults: prevalence and associated disability. *J Manipulative Physiol Ther* 2004, 27:238-244.
3. Oleske DM, Lavender SA, Andersson GBJ, Morissey MJ. Risk factors for recurrent episodes of work-related back pain in an industrial population. *Spine* 2006, 31:789-798.
4. Waddell G: *The Back Pain Revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
5. Haldeman S, Dagenais S. A supermarket approach to the evidenceinformed management of chronic low back pain. *Spine J*. 2008;8(1):1-7.
6. World Health Organization: *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland; 2003:3-4.
7. Kroll T, Barlow JH, Shaw K: Treatment adherence in juvenile rheumatoid arthritis--a review. *Scan J Rheumatol* 1999, 28:10-18.
8. Alexandre NMC, Nordin M, Hiebert R, Campello M: Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. *Rev Panam Salud Pública* 2002, 12(2):86-94.
9. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physician therapy care: a systematic review. *Phys Ther* 2011; 91: 25/36.
10. Akuthota V, Willick S, Harden N. La columna vertebral en el adulto: enfoque practico del dolor lumbar. Capitulo 2. En: Rucker KS, Cole AJ, Weinstein SM, editores. *Dolor lumbar: enfoque del diagnóstico y el tratamiento basado en los sintomas*. 2000. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana. 2003.
11. Ehrlich GE. Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:671-676.
12. Tratamiento de la lumbalgia. *IntraMed*. Marzo 2008. Disponible en:  
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=51851>
13. Last R, et al. Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1067-1074.
14. Chou R, Hoyt Huffman L. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2007;147:492-504.



15. Chou R, et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007;147:478-491.
16. Flately P. Patient satisfaction and normative decision theory. *J Am Med Informatics Assoc* 1995; 2: 250-259.
17. Applebaum RA, Straker JK, Geron SM. Assessing satisfaction in health and long-term care: Practical approaches to hearing the voices of consumers. New York: Springer Publishing Company, Inc. 2000.
18. Press I. Patient satisfaction: Understanding and managing the experience of care. Second edition. Chicago: Health Administration Press. 2006.
19. Goldstein MS, Elliot SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *PHYS THER* 2000; 80: 853-863.
20. Grogan S, et a. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care* 2000;9:210-215.
21. Goldstein MS, Elliott SD, Gucciones AA. The development of an instrument to measure Satisfaction With Physical Therapy. *PHYS THER.* 2000; 80:853-863.



# ANEXOS



### Instrumento de recolección de datos

Manejo de las lumbalgias y satisfacción de pacientes atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua durante enero a marzo del 2013.

#### I. Datos generales:

1. No. de ficha: \_\_\_\_\_
2. Fecha de la encuesta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. No. de expediente: \_\_\_\_\_
4. Municipio de residencia: \_\_\_\_\_
5. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_
6. Sexo:                    a) Femenino    b) Masculino
7. Escolaridad:        a) Analfabeta    b) Primaria    c) Secundaria    d) Universitario
8. Estado civil:        a) Soltero (a)    b) Casado/acompañado (a)    c) Viudo (a)
9. Ocupación/oficio: \_\_\_\_\_
10. Como supo de los servicios de fisioterapia brindado en este centro:
  - a. Personal médico.
  - b. Amigos.
  - c. Por otros pacientes.
  - d. Referencia de unidad de salud.
  - e. Otros medios: \_\_\_\_\_

#### II. Datos clínicos y manejo:

11. Diagnóstico funcional: \_\_\_\_\_
12. Diagnóstico etiológico: \_\_\_\_\_
13. Causa: a) Idiopática o no específica    b) Mecánica    c) No mecánica o dolor referido.
14. Fecha que inicio sus síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
15. Fecha que en que busco atención médica por primera vez: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
16. Fecha que inicio su tratamiento en este hospital: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
17. Diga a cuantas ha acudido sin incluir esta: \_\_\_\_\_
18. Frecuencia de las sesiones: \_\_\_\_\_
19. Duración de las sesiones (minutos) \_\_\_\_\_
20. Ha incumplido alguna de sus sesiones:    a) No                    b) Si (diga cuantas veces): \_\_\_\_\_
21. Mencione las causas de incumplimiento de las citas: \_\_\_\_\_

22. Modalidades técnicas en el manejo (Marque con una X las técnicas empleadas):

a. Electroterapia.	b. Ultrasonido
c. Aquaterapia	d. Ejercicios de Williams
e. Masoterapia	f. Higiene de postural
g. Compresas húmedas calientes	h. Contraste
i. Compresas húmedas frías	j. Otros



23. Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Evolucion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Diga el grado de satisfacción con las siguientes afirmaciones mediante la colocación de una cruz en la casilla correspondiente. No hay buenas o malas respuestas, simplemente estamos interesados en sus puntos de vista.

Satisfacción del Paciente	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<b>Tratamiento</b>					
a. El fisioterapeuta comprende mi problema y es comprensivo.					
b. La duración de la consulta es muy breve o insuficiente.					
c. Estoy satisfecho con la terapia recibida.					
d. Tiene inconvenientes para cumplir su fisioterapia.					
e. Las instrucciones que me da el fisiatra y el fisioterapeuta me fueron útiles.					
<b>Privacidad</b>					
f. Su privacidad es respetada siempre.					
<b>Cortesía del personal</b>					
g. El trato del fisioterapeuta es cortés.					
h. El trato del resto del personal es cortés.					
<b>Programación de citas</b>					
i. Mi primera cita a fisioterapia fue programada rápidamente.					
j. La programación de las citas se da en horas convenientes					
k. Fue fácil programar el resto de citas a fisioterapia.					
l. Fue visto inmediatamente al llegar por tratamiento.					
m. Es demasiado el tiempo de espera para la fisioterapia.					
<b>Instalaciones</b>					
n. Los asientos de la sala de espera no son cómodos.					
<b>Acceso</b>					
o. La ubicación de la institución es conveniente para mí.					
<b>Satisfacción general</b>					
p. Estoy satisfecho con la calidad total de atención recibida.					
q. Regresaría a este centro si requiriera nuevamente de sus servicios.					
r. Estoy satisfecho con mi experiencia en fisioterapia.					
s. Recomendaría este tipo de atención a familiares y amigos.					



## GLOSARIO<sup>15</sup>

### General

- **Dolor lumbar agudo:** dolor lumbar que se presenta por menos de 4 semanas, a veces agrupados con dolor lumbar subagudo como síntomas presentes en por lo menos de 3 meses.
- **Síndrome de cauda equina:** compresión de las raíces nerviosas de los segmentos inferiores de la médula, por lo general debido a un disco masivo, herniado centralmente, lo que puede resultar en retención urinaria o incontinencia de la pérdida de la función del esfínter, debilidad bilateral motora de las extremidades inferiores y la anestesia de la silla de montar.
- **Dolor lumbar crónico:** presentes durante más de 3 meses.
- **Hernia discal:** hernia del núcleo pulposo de un disco intervertebral a través de su cubierta externa fibrosa, que puede resultar en compresión de las raíces nerviosas adyacentes u otras estructuras.
- **Claudicación neurogénica:** síntomas de dolor en las piernas (y de vez en cuando debilidad) al caminar o estar de pie, se alivia al sentarse o al flexionar la columna, asociada con estenosis espinal.
- **Dolor lumbar inespecífico:** dolor que se produce sobre todo en la parte de atrás, sin signos de una enfermedad grave subyacente (por ejemplo, cáncer, infección o síndrome de cauda equina), estenosis espinal o radiculopatía, u otra causa específica espinal (por ejemplo, fractura por compresión vertebral o la espondilitis anquilosante). Los cambios degenerativos en las imágenes lumbares generalmente se consideran inespecífica, ya que se correlacionan pobremente con los síntomas.
- **Radiculopatía:** la disfunción de una raíz nerviosa asociada con el dolor, la discapacidad sensorial, debilidad o disminución de los reflejos tendinosos profundos en una distribución de las raíces nerviosas.
- **Dolor de la ciática:** se irradia hacia la pierna debajo de la rodilla en la distribución del nervio ciático, lo que sugiere un compromiso raíz nerviosa debido a una presión mecánica o inflamación. La ciática es el síntoma más frecuente de radiculopatía lumbar.
- **Estenosis espinal:** estrechamiento del canal espinal que puede dar lugar a la constricción del hueso de la cola de caballo y las raíces nerviosas emergentes.
- **Prueba de la elevación de pierna recta:** un procedimiento en el que se flexiona la cadera con la rodilla extendida para estirar pasivamente el nervio ciático y provocar síntomas que sugieren la tensión de la raíz nerviosa. Una prueba positiva se considera generalmente como la reproducción de la ciática del paciente cuando la pierna se eleva entre 30 y 70 grados. La reproducción de la ciática del paciente cuando la pierna sana se levanta es referido como un positivo "cruzado" de la prueba de la elevación de la pierna recta.

### Intervenciones

- **Acupresión:** una intervención que consiste en la manipulación con los dedos en lugar de agujas en puntos específicos de acupuntura.
- **Acupuntura:** una intervención que consiste en la inserción de agujas en puntos específicos de acupuntura.
- **Escuela lumbar (Back school):** una intervención que consiste en la educación y un programa de habilidades, incluyendo la terapia de ejercicio, en el que todas las clases se imparten a grupos de pacientes y bajo la supervisión de un terapeuta paramédico o médico especialista.



- **Intervenciones educativas breves individualizadas:** evaluación individualizada y educación acerca de los problemas de dolor lumbar sin tratamiento con ejercicios supervisados u otra intervención específica. Como hemos definido, breves intervenciones educativas difieren de las de escuela lumbar, ya que no tienen que ver con grupo de educación o de ejercicio supervisado.
- **Ejercicio:** un programa de ejercicio supervisado o régimen formal de ejercicio en el hogar, que van desde los programas destinados a la aptitud física general o el ejercicio aeróbico a los programas destinados al fortalecimiento muscular, flexibilidad, estiramiento, o diferentes combinaciones de estos elementos.
- **Restauración funcional (También llamada condicionamiento físico, endurecimiento del trabajo, o trabajo acondicionado):** una intervención que implica pruebas de trabajos simulados o reales en un entorno supervisado con el fin de mejorar las habilidades en el desempeño laboral y mejorar la fuerza, resistencia, flexibilidad y aptitud cardiovascular en trabajadores lesionados.
- **Rehabilitación interdisciplinaria (también llamado terapia multidisciplinaria):** una intervención que combina y coordina los componentes físicos, vocacionales y de comportamiento y es proporcionado por múltiples profesionales de la salud con diferentes antecedentes clínicos. La intensidad y el contenido de la terapia interdisciplinaria varía ampliamente.
- **La terapia interferencial:** la aplicación superficial de un medio de frecuencia de corriente alterna modulada para producir bajas frecuencias de hasta 150 Hz. Se cree que aumenta el flujo de sangre a los tejidos y proporciona alivio del dolor y se considera más cómodo para los pacientes que la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.
- **Bajo nivel de la terapia con láser:** la aplicación superficial de los láseres con longitudes de onda entre 632 y 904 nm para la piel con el fin de aplicar energía electromagnética a los tejidos blandos. Los parámetros de tratamiento óptimos (longitud de onda, la dosis, intensidad de la dosis, y el tipo de láser) son inciertos.
- **Masaje:** manipulación del tejido blando usando las manos o un dispositivo mecánico a través de una variedad de métodos específicos. La presión e intensidad utilizada en diferentes técnicas de masaje son muy variables.
- **Neurorreflexoterapia:** una técnica de España caracterizada por la implantación temporal de grapas superficialmente en la piel sobre los puntos de activación en la espalda y que se refiere los puntos sensibles en el oído. Se cree que la neurorreflexoterapia estimula diferentes zonas de la piel que la acupuntura.
- **La estimulación eléctrica percutánea del nervio (PENS):** una intervención que consiste en insertar agujas de tipo acupuntura y la aplicación de bajo nivel de estimulación eléctrica. Se diferencia de los de electro acupuntura en que los puntos de inserción de los niveles objetivo dermatomales para patología local, en lugar de los puntos de acupuntura. Sin embargo, existe cierta incertidumbre sobre si PENS debe considerarse como una nueva terapia o una forma de electro acupuntura.
- **La relajación progresiva:** una técnica que consiste en deliberadamente tensar y relajar los músculos, con el fin de facilitar el reconocimiento y la liberación de la tensión muscular.
- **Intervenciones de autocuidado:** opciones que pueden ser fácilmente implementados por los pacientes sin ver un clínico o que puede ser implementado en base al asesoramiento proporcionado durante la visita a la clínica de rutina.



- **Libro educativo sobre el autocuidado:** Lectura de materiales (libros, folletos o folletos) que proporcionan educación y consejos de auto-cuidado para los pacientes con dolor lumbar. Aunque el contenido específico varía, los libros de autocuidado generalmente se basan en los principios de la práctica clínica publicada como directrices y fomenta el retorno a la actividad normal, la adopción de un programa de acondicionamiento físico y la modificación de estilo de vida adecuado, y asesorar sobre las estrategias de afrontamiento y manejo de bengalas.
- **Diatermia de onda corta:** elevación terapéutica de la temperatura de los tejidos profundos mediante la aplicación de radiación electromagnética de onda corta con un rango de frecuencia de 10 a 100 MHz.
- **Spa terapia:** una intervención que implica varias intervenciones, incluyendo baño de agua mineral, generalmente con agua caliente, por lo general, mientras su estancia en un balneario.
- **Manipulación espinal:** terapia manual en la que las cargas se aplican a la columna vertebral mediante el uso de métodos de palanca a corto o largo y los empujes de alta velocidad se aplican a una articulación vertebral más allá de su rango restringido de movimiento. La movilización de la columna vertebral, o baja velocidad, los movimientos pasivos dentro o en el límite del rango articular, se utiliza a menudo en conjunción con la manipulación espinal.
- **Tracción:** Una intervención que implican la tracción o tiraje con el fin de estirar la columna lumbar. Se utilizan varios métodos, generalmente que implica un arnés alrededor de la caja torácica y la cresta ilíaca, con la acción de tracción hace usando pesas libres y una polea, equipo motorizado, técnicas de inversión, o un arnés de cabeza.
- **La estimulación eléctrica transcutánea del nervio (TENS):** el uso de un pequeño dispositivo a batería para proporcionar impulsos eléctricos continuos a través de electrodos de superficie, con el objetivo de proporcionar alivio sintomático mediante la modificación de la percepción del dolor.
- **Yoga:** una intervención distinguida de la terapia de ejercicio tradicional mediante el uso de posiciones específicas del cuerpo, técnicas de respiración, y un énfasis en el enfoque mental. Muchos estilos de yoga se practican, cada uno enfatiza diferentes posturas y técnicas.