






ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de vida y discapacidad en pacientes de 18 a 65 años con Lumbalgia

Quality of life and level of disability in patients aged 18 to 65 with Low Back Pain

Enma Molina Amaya¹  <https://orcid.org/0000-0002-2260-656X>, Anayansy Madelem Rivera Díaz²  <https://orcid.org/0009-0008-7944-4187>, Ismael Alberto García Morales³  <https://orcid.org/0009-0005-2009-3114>, Paola Ochoa⁴  <https://orcid.org/0009-0005-5701-1987>, Edna J. Maradiaga¹  <https://orcid.org/0000-0002-8424-4752>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Departamento de Rehabilitación, Posgrado Medicina de Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras.

²Clínica Rehabilita HN; Danlí, El Paraíso.

³Hospital Escuela, Departamento de Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras.

⁴Hospital Regional del Norte, Instituto Hondureño de Seguridad Social; San Pedro Sula, Cortés.

RESUMEN. Introducción: La lumbalgia es un problema de salud pública que afecta la Calidad de Vida (CV) y genera discapacidad. **Objetivo:** Determinar la CV y discapacidad en pacientes con lumbalgia del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) Tegucigalpa, de mayo a julio 2021. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal; se evaluaron 165 pacientes del Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación con diagnóstico de lumbalgia. Se midieron las características clínicas de lumbalgia, CV con escala Short Form Health Survey (SF-12) 1.0 y discapacidad con índice de Oswestry (ODI) 1.0. Se realizó análisis calculando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las cuantitativas. Se utilizaron pruebas estadísticas: Spearman, T de Student y Mann-Whitney, el valor de $p < 0.05$ fue significativo. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética. **Resultados:** Mediana de edad: 42 años, rango intercuartílico (RIQ) 34-53; predominó el sexo femenino con 62.4%; puntaje de CV con mediana de 44.9 (RIQ 35.9-52.9). Se encontró correlación moderada entre ODI y CV física ($r = -0.52$) y CV mental ($r = -0.44$). Menor actividad física, dolor constante, irradiado y severo generaron mayor discapacidad que otras condiciones (10.3, 11.4, 14.2 y 19.2 puntos de ODI respectivamente). CV física tuvo afectación heterogénea y CV mental fue afectada por dolor irradiado (7 puntos menos en SF-12). **Discusión:** La lumbalgia afecta la CV, generando discapacidad en las personas económicamente activas. Es importante reforzar el manejo interdisciplinario e identificar factores de riesgo para aplicar acciones preventivas. **Palabras clave:** Calidad de vida, Dolor de la región lumbar, Evaluación de la discapacidad.

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es un importante problema de salud pública a nivel mundial ya que genera una gran carga de morbilidad y de discapacidad: un 60-90% de las personas en algún momento de su vida experimentarán lumbalgia¹ y se estima una incidencia poblacional de 3.2% y prevalencia de 7.6%.² Las repercusiones de la lumbalgia se pueden traducir en años vividos ajustados por discapacidad (AVAD) situándose en el sexto lugar entre todas las causas, y años vividos con discapacidad, los cuales se mantienen en primer lugar desde 1990 en los países con alto índice sociodemográfico, mientras que en los países en desarrollo se mantiene en el tercer lugar, con incremento de 40.3% entre 1990 a 2006 y 23.3% entre 2006 a 2016.^{2,3} Clínicamente, la lumbalgia se refiere a una constelación de síntomas relacionados con dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico, localizado entre la duodécima costilla y la cresta iliaca, a menudo coexistiendo con molestias por encima de los pliegues glúteos.⁴


Muchos factores se han visto relacionados, entre los cuales están los mecánicos, como levantar o empujar objetos pesados en forma repetitiva; aspectos del estilo de vida, como obesidad, tabaquismo y sedentarismo; factores psicológicos, como ansiedad y depresión; aspectos sociales; aspectos relacionados a los síntomas del dolor y la multimorbilidad. La lumbalgia puede tener un impacto negativo en la Calidad de Vida (CV), repercutiendo en la realización de actividades cotidianas, y causar ausentismo o incapacidad laboral debido a discapacidad transitoria o permanente.^{5,6}

Recibido: 29-10-2023 Aceptado: 09-12-2024 Primera vez publicado en línea: 13-12-2024
Dirigir correspondencia a: Enma Molina-Amaya
Correo electrónico: enma.molina@unah.edu.hn

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Molina-Amaya E, Rivera-Díaz AM, García-Morales IA, Ochoa P, Maradiaga EJ. Calidad de vida y discapacidad en pacientes de 18 a 65 años con Lumbalgia. Rev Méd Hondur. 2024; 92(2): 115-122. DOI:<https://doi.org/10.5377/rmh.v92i2.19724>

© 2024 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

La lumbalgia es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de rehabilitación, provocando serias repercusiones a nivel personal, social, laboral y económico en esta población, por lo que se consideró necesario realizar un estudio con el objetivo de determinar la CV y grado de discapacidad de los pacientes con lumbalgia atendidos ambulatoriamente en el Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación (MFR) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en la ciudad de Tegucigalpa, de mayo a julio del año 2021, con el propósito de obtener un perfil que permita sugerir acciones preventivas y de intervención a fin de evitar la discapacidad y mejorar la CV.

PARTICIPANTES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal para medir la CV y grado de discapacidad de los pacientes con lumbalgia atendidos en el Centro Especializado de MFR-IHSS de la ciudad de Tegucigalpa de mayo a julio de 2021; se incluyó todo paciente nuevo o subsiguiente atendido en las áreas de consulta externa, terapia física y escuela de espalda.

A partir de una población de 250 pacientes (estimado de pacientes atendidos en los 5 meses anteriores al inicio del estudio), se calculó el tamaño muestral con el programa OpenEpi 3.2, aplicando los siguientes parámetros: prevalencia esperada de 50%, con un intervalo de confianza de 95%, precisión del 5%, resultando una muestra de 149 pacientes, a la que se agregó un 10% por posibles pérdidas. Los criterios de inclusión aplicados fueron: haber leído, entendido y firmado el consentimiento informado, ser paciente con el diagnóstico nuevo o subsiguiente de lumbalgia, edad entre 18-65 años; criterios de exclusión: paciente con enfermedades psiquiátricas o alteraciones cognitivas cuyas respuestas al instrumento no fueran confiables.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta tipo cuestionario para ser autoadministrado, el cual contenía 5 secciones: 1. Datos sociodemográficos, 2. Características clínicas de la lumbalgia: tiempo de evolución, frecuencia, modelo/patrón de la lumbalgia, irradiación, zonas de irradiación, intensidad del dolor usando Escala Visual Análoga (EVA), si ha recibido terapia, 3. CV medida por SF-12 (SF-12), 4. Discapacidad medida por Índice de Oswestry (ODI) 5. Posibles factores asociados: actividad física, Índice de Masa Corporal (IMC), cuyos valores fueron medidos por los investigadores. El cuestionario para medir CV, SF-12 versión 1.0, incluye aspectos relacionados con la salud física y mental. Mide ocho conceptos de salud: Dimensión Física en la que se considera función física, rol físico, dolor corporal y salud general; y una Dimensión mental que considera la salud mental, vitalidad, función social y rol emocional. El puntaje alcanzado puede ir de 0 a 100, donde 0 es el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud. Se ha considerado 50 como punto de corte para indicar buena o mala calidad de vida, tanto en la dimensión física: Calidad de Vida Física (CVF) como en la dimensión mental: Calidad de Vida Mental (CVM). Las investigaciones que utilizan los doce componentes del SF han verificado que este instrumento es

una medida válida y confiable, con correlaciones significativas entre las versiones de la escala.⁷

El ODI 1.0 es un cuestionario autoadministrado que mide la percepción del grado de discapacidad en pacientes con lumbalgia en 10 Actividades de la Vida Diaria (AVD) (intensidad de dolor, higiene corporal, levantar peso, caminar, sentarse, ponerse de pie, dormir, actividad sexual, actividad social y viajes). La puntuación va de 0-100% siendo 0 menor limitación y 100 mayor limitación. En función de la discapacidad, ODI se puede analizar mediante puntuación continua expresada en porcentaje, utilizando 5 categorías, o utilizando dos categorías con un punto de corte de 40% para identificar la discapacidad severa.^{8, 9, 10} Para fines de este estudio, la discapacidad será analizada mediante el puntaje obtenido por ODI, sin emitir categorías de severidad.

Al usar ODI y SF-12 se ha querido tener una mirada multidimensional de las repercusiones de la lumbalgia, como lo hace la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud CIF-OMS. Todas las variables, excepto el peso y la talla, fueron autorreportadas.

El análisis se realizó en el programa estadístico Stata 14. Para el análisis univariado, se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central/dispersión para las cuantitativas. Se realizaron pruebas de correlación de Spearman y diferencias estadísticamente significativas se exploraron con la prueba T de Student y U de Mann-Whitney según normalidad, con valor de $p < 0.05$ para la significación estadística. Se contó con la previa aprobación del Comité de Ética del IHSS. Todos los autores recibieron el curso de buenas prácticas clínicas. A los participantes se les aplicó consentimiento informado, explicando que su información iba a ser manejada con confidencialidad por los autores con fines investigativos.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 165 pacientes con diagnóstico de lumbalgia y entre sus principales características sociodemográficas se encontró que un 62% (103) eran del sexo femenino; la mediana fue 42 años con rango intercuartílico (RIQ) 34-53. La variable edad tuvo distribución bimodal, con un pico entre los 25-30 años y otro alrededor de 40. El 33.9% (56) eran solteros, y un 44.8% (74) tenían un nivel de instrucción de secundaria (**Cuadro 1**).

El 84% (139) tenían más de 6 semanas de dolor lumbar; 73.3% (121) reportaron que casi siempre tenían dolor. Las características predominantes del dolor fueron: dolor irradiado en 63% (104), intenso 46.1% (76), continuo 49.7% (82). Los posibles factores asociados encontrados fueron obesidad en 45.5% (75) y realizar menos actividad física desde la pandemia por covid-19 en 68.5% (113) (**Cuadro 2**).

Las puntuaciones de SF-12 de esta muestra se encuentran con mediana de CVF de 31.8, con los siguientes percentiles: 5% = 20.6, 25% = 26.4, 75% = 40.4, 95% = 53.1; y la CVM tuvo

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia de 18 a 65 años atendidos en la Unidad de Rehabilitación del IHSS de mayo-julio del año 2021. n= 165

Características sociodemográficas	Frecuencia	(%)
Sexo		
Femenino	103	(62.4)
Masculino	62	(37.6)
Edad		
Mediana (RIQ) 42 (34-53)		
Estado civil		
Soltero	56	(33.9)
Casado	55	(33.3)
Unión Libre	46	(27.9)
Divorciado	5	(3.0)
Viudo	3	(1.8)
Ocupación		
Otros Trabajadores	66	(40.0)
Oficinista	37	(22.4)
Trabajadores de nivel superior	33	(20.0)
Obreros	22	(13.3)
Ama de casa, pensionado/jubilado	7	(4.3)
Nivel educativo		
Nivel Básico	28	(17.0)
Nivel Secundaria	74	(44.8)
Nivel Universidad	63	(38.2)

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social

mediana de 44.9, percentiles 5% = 27.2, 25% = 36.0, 75% = 52.9, 95% = 60.6 (**Cuadro 2**).

Sobre la discapacidad de los participantes, la mediana en puntuación del índice de Oswestry fue de 37.5, RIQ 22.2-48.0 (**Cuadro 2**).

Se encontró correlación negativa entre discapacidad y mala calidad de vida física, con índice de correlación (r -0.5) y correlación negativa entre discapacidad y mala calidad de vida mental, con índice (r -0.4). La calidad de vida física y la calidad de vida mental no se encontraron relacionadas (**Cuadro 3**).

Ni los hombres ni las mujeres obtuvieron puntajes arriba de 50 en calidad de vida física ni mental, tampoco puntajes menores de 20 en ODI. La CVF no mostró diferencias por sexo; sin embargo, los hombres mostraron menor ODI (Dif -8.6, $p < 0.05$) y la CVM fue ligeramente mejor que las mujeres (4.19, $p < 0.05$). Así mismo, se observó un patrón similar de afectación con bajos puntajes en calidad de vida y mayor discapacidad entre los obesos frente a los no obesos (CVM 42.8 vs 46.12; ODI 39.6 vs 33.7, $p < 0.05$) y entre quienes han disminuido su actividad física desde el confinamiento frente a quienes no lo han hecho (CVM 42.9 vs 48.3; ODI 39.6 vs 29.4, $p < 0.05$) (**Cuadro 4**).

Las personas con peores características clínicas de lumbalgia se mostraron en general con peores puntuaciones de CV

y ODI. Personas que refieren tener dolor muy frecuente tienen 6 puntos menos de CVF y 7 puntos más de discapacidad que quienes tienen dolor poco frecuente; de igual modo, quienes tienen dolor de patrón constante tienen 5.8 puntos menos de CVF y 11 puntos más de discapacidad que quienes tienen un patrón intermitente.

Personas con dolor irradiado, de magnitud intenso-severo, se mostraron con diferencias significativas en las puntuaciones de CVF, CVM y ODI. Las personas con dolor irradiado mostraron 5.6 puntos menos de CVF, 7.0 puntos menos de CVM y 14.2 puntos más de ODI que quienes tenían dolor localizado y quienes tenían dolor intenso-severo tuvieron 6.0 puntos menos en CVF, 3.8 puntos menos en CVM y 19.2 puntos más de discapacidad que quienes refirieron dolor leve-moderado. Los puntajes más altos de ODI se registran en dolor intenso y constante (43.6 y 42.1 respectivamente) (**Cuadro 5**).

DISCUSIÓN

La lumbalgia afecta a hombres y mujeres de todas las edades, pudiendo causar discapacidad y afectar su calidad de vida. En esta muestra de 165 personas atendidas en el servicio de MFR del IHSS se evaluó el impacto del dolor utilizando medidas autorreportadas de discapacidad y calidad de vida. Se encontró un índice de discapacidad (ODI) de 37.5% y la mitad de la muestra se encontraba con puntuación de la Calidad de Vida Física (CVF) entre 24.5-40.4 (mediana 31.8) y puntuaciones de CVM entre 35.9-52.9 (mediana 44.9). El ODI se ha utilizado para medir la discapacidad por dolor lumbar en diferentes poblaciones, encontrando puntuaciones desde 10.19 en población normal, 26 a 27 en pacientes con espondilolistesis y lumbalgia primaria, 30.8 en pacientes psiquiátricos, 43-44 en lumbalgia crónica, ciática y fibromialgia y 48 en pacientes con metástasis.⁸ Este grado de discapacidad y afectación de la calidad de vida sería coherente con lo planteado por otros autores: La discapacidad medida por ODI encontrada en este estudio es ligeramente superior a la encontrada en estudios con poblaciones similares: Padilha y cols. realizaron en Brasil un estudio en una unidad de rehabilitación de columna y encontraron en la línea base de una muestra de 109 pacientes con lumbalgia inespecífica, un ODI de 34%,¹¹ mientras que en Corea se realizó un estudio multicéntrico en pacientes con dolor lumbar, para determinar la influencia del dolor sobre la calidad de vida; evaluaron 3,121 pacientes con lumbalgia crónica a quienes se les aplicó la versión coreana de ODI (K-ODI) y SF-12, encontrando un ODI de 34%. Así mismo, la calidad de vida fue en general similar a la encontrada: CVF 36.25 y CVM 41.77.¹²

El impacto en la calidad de vida ha llevado a muchos a incluirla como resultado en sus estudios. Mas y cols. encontraron en la línea base de un estudio de 501 personas con lumbalgia inespecífica subaguda una CVF de 40.7-41.9 y CVM 42.3-43.4 medida por SF-12,¹³ mientras Ko y colaboradores estudiaron 54 pacientes con dolor irradiado, encontrando en la línea base una CVF de 43.8-49.5 y una CVM 54.7-60.7.¹⁴ Por su parte, Wetts-tein et al. en Alemania, a partir de una muestra de 228 pacientes

Cuadro 2. Discapacidad, calidad de vida, características clínicas y factores asociados de los pacientes con lumbalgia de 18 a 65 años atendidos en la Unidad de Rehabilitación del IHSS de mayo-julio del año 2021. n= 165

Afectación percibida y Características clínicas		n	(%)
Discapacidad			
Índice Oswestry	Mediana (RIQ):	37.5	(22.2-48.0)
Calidad de vida			
Dimensión física	Mediana (RIQ):	31.8	(24.5-40.0)
Dimensión mental	Mediana (RIQ):	44.9	(35.9-52.9)
Tiempo de evolución de la Lumbalgia			
Menor de 4 semanas		16	(9.7)
Entre 4- 6 semanas		10	(6.1)
Más de 6 semanas		139	(84.2)
Frecuencia de lumbalgia			
Casi siempre		121	(73.3)
A veces		41	(24.8)
Casi nunca		3	(1.8)
Irradiación del dolor			
Sí		126	(76.3)
Zonas de irradiación dolor			
Región dorsal		29	(17.6)
Región glútea		30	(18.2)
Miembros inferiores		67	(40.6)
Ninguna		39	(23.6)
Intensidad de dolor			
Leve		15	(9.1)
Moderado		46	(27.9)
Intenso		76	(46.1)
Severo		28	(16.9)
Cadencia/patrón de Lumbalgia			
Continuo, invariable, constante		82	(49.7)
Rítmico, periódico, intermitente		60	(36.4)
Breve, momentáneo, transitorio		23	(13.9)
Ha recibido terapia física			
Sí		96	(58.2)
Factores asociados a Lumbalgia			
IMC>30Kg/m ²		75	(45.5)
Menor actividad física desde confinamiento por covid-19		113	(68.5)

IMC=índice de masa corporal

con lumbalgia crónica, encontró CVF 36.7 y CVM 45.2 medida por SF 12.¹⁵

En este estudio se encontró relación negativa entre el grado de limitación funcional por lumbalgia y la CV física y mental. No se observó relación entre la afectación en la CVF y la CVM. Por su parte, en el estudio de Choi YS, también se encontró

correlación negativa entre ODI y SF-12, tanto en la dimensión física como mental: correlación ODI-CVF fue -0.67 y correlación ODI-CVM fue -0.52.¹²

La no correlación de CVF y CVM de este estudio nos hace pensar que la salud mental y la salud física pueden afectarse de diferente manera entre las personas con lumbalgia.

Cuadro 3. Relación entre la discapacidad según índice de Oswestry y calidad de vida según SF 12 en pacientes entre 18 y 65 años atendidos por lumbalgia en la Unidad de Rehabilitación del IHSS de mayo-julio del año 2021. n = 165

	Rho*	Valor p
ODI-SF12 dimensión física **	-0.5262	0.000
ODI-SF12 dimensión mental	-0.4478	0.000
SF12-dimensión física-SF12-dimensión mental	0.0267	0.733

* R-Spearman |**ODI= Oswestry Disability Index

Cuadro 4. Diferencias en la calidad de vida, discapacidad y las características sociodemográficas y factores de riesgo en mayores de 18 a 65 años, atendidos con lumbalgia en la Unidad de Rehabilitación del IHSS de mayo-julio del año 2021. n= 165

Características sociodemográficas	Puntuación SF-12						Puntuación ODI		
	Dimensión física			Dimensión mental			Media	Dif	p valor
	Media	Dif	p valor	Media	Dif	p valor			
Edad									
<40	32.8			46.3			36.2		
≥40	34.2	-1.4	0.3	43.4	2.9	0.08	36.6	-0.43	0.88
Sexo									
Masculino	33.5			47.2			31.04		
Femenino	33.8	-0.26	0.85	43.0	4.19	0.01*	39.65	-8.6	0.003*
Estado civil									
Acompañado	33.3			44.9			36.2		
Solo	34.2	-0.8	0.5	44.0	0.9	0.5	36.3	-0.4	0.8
Ocupación de riesgo ¹									
No	32.9			43.8			36.4		
Sí	35.2	-2.2	0.1	46.1	-2.3	0.1	36.2	0.2	0.9
Nivel educativo									
Superior	33.2			46.9			37.8		
Menor	34.0	-0.8	0.5	43.2	3.7	0.02*	35.5	2.3	0.4
Factores evaluados									
Obesidad									
No	34.8			46.12			33.7		
Sí	32.3	2.4	0.08	42.8	3.3	0.04*	39.6	-5.9	0.04*
Actividad física									
Sin cambio	35.0			48.3			29.4		
Menos	33.1	1.9	0.2	42.9	5.4	0.002*	39.6	-10.3	0.0003*
Antecedente COVID-19									
No	35.2			45.1			35.7		
Sí	31.6	3.6	0.01	43.8	1.2	0.4	37.4	-1.7	0.5

* T student, p <0.05 Dif= diferencia de medias

El perfil de los pacientes con lumbalgia fue el siguiente: mujeres 62.4% (103), 42 años de edad, casadas/unión libre 61% (101), sin ocupación de riesgo para dolor musculoesquelético 64% (106), cuya máxima escolaridad es educación media 62% (102), con menor actividad física que antes de la pandemia 68.5% (113); y su dolor se caracterizaba de la siguiente manera: más de 6 semanas de evolución del dolor 84% (139), intenso-severo 63% (104), irradiado 76% (126), que se mantiene la mayor parte del día 73% (123), con al menos 3 episodios de dolor en el último año 70% (116). A nivel global, se conoce que las mujeres tienen un riesgo 1.16 veces mayor que los hombres de tener dolor lumbar, ocurriendo en aproximadamente la mitad de los casos en edades entre los 35 y 64 años.^{2,4} Estos hallazgos también pueden equipararse con un estudio multicéntrico de 18 países, incluidos 5 latinoamericanos, en el

que encontraron que las mujeres, las personas mayores de 40 años, con pobre salud mental y con predisposición a tener dolor en diferentes sitios anatómicos eran más propensos a tener dolor lumbar discapacitante.¹⁶

La lumbalgia, como la mayoría de los problemas musculoesqueléticos, se considera una entidad multifactorial; sus factores de riesgo, repercusiones y manejo son un importante tema de estudio a nivel internacional.¹⁷⁻¹⁹ Entre los posibles factores de riesgo, el papel de la ocupación en la lumbalgia se ha estudiado ampliamente, y se han asociado dos perfiles de estrés físico: los que realizan actividades de levantamiento de cargas o mayores a 25 Kg o movimientos repetitivos de carga, flexo-extensión y rotaciones del tronco; y las ocupaciones que demandan mantenerse sentado de manera continua por más de dos horas.²⁰ Además, entre los oficinistas, el trabajo desde

Cuadro 5. Diferencias en la calidad de vida y discapacidad de acuerdo a las características del dolor lumbar en personas de 18 a 65 años atendidos en la Unidad de Rehabilitación del IHSS de mayo-julio del año 2021.

Características de dolor	Calidad SF-12						Puntuación ODI		
	Dimensión física			Dimensión mental			Media	Dif	p valor
	Media	Dif	p valor	Media	Dif	p valor			
Tiempo de evolución**									
<6 semanas	33.4			45.7			35.2		
≥6 semanas	33.7	-0.3	0.5	44.4	1.35	0.5	36.6	-1.4	0.7
Número de episodios									
<3 episodios	36.2			48.1			35.9		
≥3 episodios	32.6	3.5	0.02*	43.2	4.9	0.005*	36.6	-0.7	0.8
Frecuencia de molestias									
Poco	38.2			46.7			31.0		
Casi siempre	32.0	6.2	0.0001*	43.8	2.8	0.1	38.4	-7.4	0.02*
Irradiación**									
No	38.0			50.0			25.5		
Sí	32.4	5.6	0.0007*	43.0	7.0	0.0002*	39.8	-14.2	0.0000*
Intensidad									
Leve-moderado	37.6			47.0			24.2		
Intenso-severo	31.4	6.0	0.0001*	43.2	3.8	0.02*	43.6	-19.2	0.0000*
Cadencia temporal									
Intermitente	36.6			46.2			30.7		
Constante	30.8	5.8	0.0001*	42.9	3.4	0.06	42.1	-11.4	0.0001*

* T student, p <0.05 | **Valores de p cotejados mediante prueba de Mann-Whitney | Dif= diferencia de medias

casa parece haber incrementado el riesgo de dolor musculoesquelético, debido a la falta de mobiliario ergonómico en el hogar.²¹ A pesar de esto, en esta muestra las personas con ocupación catalogada específicamente como trabajador de oficina, operarios y obreros no mostraron mayor riesgo que el resto de la población. Considerando que la mayoría de las personas refirieron tener menor actividad física desde el confinamiento, se cree que esta situación puede deberse a que hay sedentarismo en el tiempo libre de los demás trabajadores, o que, aunque su puesto sea de otra categoría, también le demanda cargas a la columna, sean estáticas, como por ejemplo, viajes de largas horas o repetidas, como el trabajo del personal de aseo.

En este estudio, las mujeres tuvieron una diferencia de 8 puntos por encima de los hombres en el índice de discapacidad y también la CVM fue significativamente más afectada. Diversos estudios marcan diferencias de sexo en la repercusión de la lumbalgia, encontrando más afectación en mujeres. Las razones aún son objeto de estudio; posiblemente haya factores asociados al sexo, como las diferencias en la actividad, aspectos psicosociales o ciertas comorbilidades que son más prevalentes entre mujeres que en hombres.²²⁻²⁴ En esta muestra, las personas que reportaron menor actividad física desde el confinamiento tenían una diferencia de 10 puntos más en el ODI que quienes realizaban igual o más actividad física que antes y su CVM estaba más afectada. Al momento de la recolección de datos, debido a la pandemia por COVID-19, muchas personas continuaban realizando labores de oficina en casa y las restricciones para el uso de espacios públicos, incluidos los parques y gimnasios, aún estaban vigentes. Al igual que en el

estudio de Sagat,²⁵ es muy probable que en esta población haya habido un incremento de los factores de riesgo para dolor lumbar, como mayor tiempo sentado, uso de mobiliario de trabajo no ergonómico y niveles más altos de estrés, mismos que ya se conocen como factores predisponentes de dolor lumbar. Por otra parte, Amelot y cols. encontraron un efecto paradójico del confinamiento por la pandemia de COVID-19 en las personas con dolor lumbar, incrementándose en los que tienen un mayor componente mecánico y disminuyendo el impacto en la funcionalidad de los que tienen mayor componente ansioso/depresivo.²⁶

También la falta de actividad física es un factor que predispone a tener obesidad. En este estudio, las personas con obesidad tuvieron mayor discapacidad y peor CVM que los no obesos (ODI=39.6 vs 33.7, p=0.04; CVM 42.8 vs 46.12, p=0.04). La adiposidad, por su parte, puede ser causa de lumbalgia. Se postulan algunos factores como el estrés mecánico sobre los discos intervertebrales, las citoquinas proinflamatorias liberadas por el tejido adiposo y diferentes factores psicológicos relacionados con la autopercepción y percepción del dolor. Los mecanismos exactos sobre esta asociación no están del todo claros aún.^{27, 28} Además, el ser obeso puede condicionar desbalances musculares relacionados con alteraciones posturales y biomecánicas, como lo muestra el estudio de Matta Ibarra, donde quienes tenían mayor dolor también tenían mayor grado de adiposidad corporal, tendencia al sobrepeso y menor flexibilidad de columna.²⁹ Esto podría explicar que en esta investigación las personas obesas tenían una diferencia de 6 puntos más de ODI que los no obesos. Conviene estudiar estas

relaciones más a profundidad, ya que los obesos no mostraron peores puntuaciones en CVF, pero sí en CVM.

También, se conoce que el dolor es una experiencia no solo física, sino multidimensional.^{4, 30} Esto podría explicar que en algunos grupos hay diferencias en el patrón de afectación de la CVM, pero no la CVF. Así mismo, se comprende que una clínica más compleja no solo tenga repercusiones en la funcionalidad y la CVF, sino en la CVM, como se ha visto en personas con dolor recurrente (más de 3 episodios en el último año), irradiado y severo, donde la cronicidad puede afectar funciones cognitivas como la atención, memoria verbal y funciones ejecutivas, las cuales pueden mejorar al disminuir la intensidad del dolor lumbar.³¹

Este estudio tiene ciertas limitaciones; entre ellas, no tener una muestra probabilística, hace que los resultados no puedan ser generalizados. Además, por estar vigentes algunas medidas de confinamiento, seguramente estaba comprometida la validez de algunas de las preguntas del cuestionario ODI relacionadas con la actividad social y viajes. Así mismo, el no haber ahondado en las comorbilidades no permitió conocer la salud general de las personas en esta muestra y su posible relación con el dolor lumbar. Sin embargo, tiene la fortaleza de haber utilizado instrumentos previamente validados para la medición de sus principales variables y un tamaño adecuado de la muestra en un centro de referencia. En conclusión, la lumbalgia puede provocar limitación funcional importante y afectar la calidad de vida física y mental en la población económicamente activa, por lo que es importante reforzar el enfoque de manejo interdisciplinario con todos los servicios que traten esta condición, así como la identificación de los factores de riesgo a fin de poder establecer estrategias de prevención. En esta muestra, los pacientes más afectados fueron mujeres, con obesidad y menor actividad física desde el confinamiento. Dolor irradiado, severo, recurrente o que se mantiene en el tiempo afectó con

mayor fuerza la funcionalidad; la afectación de la CVF y CVM fue heterogénea.

A partir de los resultados obtenidos, se considera oportuno realizar más estudios que permitan identificar factores de riesgo y realizar acciones encaminadas a reforzar el componente educativo en los tres niveles de atención en salud, con especial énfasis en la promoción de medidas ergonómicas en las áreas de trabajo y estilos de vida como la actividad física y mantener un peso saludable. Así mismo, un manejo oportuno e interdisciplinario que incluya el abordaje rehabilitador en los pacientes con lumbalgia con el fin de prevenir secundariamente situaciones de discapacidad.

AGRADECIMIENTO

Se agradece al personal de la Unidad de MFR del IHSS, Tegucigalpa, compañeros de postgrado del primer año y al Dr. Gerardo Silva, por el apoyo y las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores participaron en la concepción y el diseño del estudio. AR e IG lideraron la recolección de los datos. EM lideró el análisis estadístico y la redacción del artículo. EM lideró la revisión del artículo en el proceso editorial. Todos los autores aprobaron la versión final del mismo.

DETALLES PARA AUTORES

Enma Molina, Médica Fisiatra; ec_molam@yahoo.com
Anayansy Madelem Rivera Díaz, Médica Fisiatra; madelemrivera@gmail.com
Ismael Alberto García Morales, Médico Fisiatra; drgarciahn@gmail.com
Paola Ochoa, Médica Fisiatra; pao.ochoa.po@gmail.com
Edna J. Maradiaga, Médica salubrista; edjamar3006@yahoo.com

REFERENCIAS

- García Delgado JÁ, Valdés Lara G, Martínez Torres Jd, Pedroso Morales I. Epidemiología del dolor de espalda bajo. Invest Medicoquir [Internet]. 2014 [citado 1 Nov 2024]; 6 (1) . Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/275>.
- Mattuzzi C, Lippi G, Bovo C. Current epidemiology of low back pain. J Hosp Manage Health Policy. 2020;4(6):15. doi:10.21037/jhmhp-20-17
- Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1211-59.
- Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. Lancet. 2021 Jul 3;398(10294):78-92. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34115979.
- Zaina F, Balagué F, Battié M, Karppinen J, Negrini S. Low back pain rehabilitation in 2020: new frontiers and old limits of our understanding. Eur J Phys Rehabil Med. 2020 Apr;56(2):212-219. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06257-7. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32214063.
- Chou R. Low Back Pain. Ann Intern Med. 2021 Aug;174(8):ITC113-ITC128. doi: 10.7326/AITC202108170. Epub 2021 Aug 10. PMID: 34370518.
- Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, Mompert A, Medina A, Ferrer M, Alonso J. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña [Reference guidelines for the 12-Item Short-Form Health Survey version 2 based on the Catalan general population]. Med Clin (Barc). 2012 Dec 8;139(14):613-25. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024. Epub 2012 Jan 11. PMID: 22244683.
- Fairbank, Jeremy C. T. "Why Are There Different Versions of the Oswestry Disability Index?" Journal of Neurosurgery: Spine, vol. 20, no. 1, Jan. 2014, pp. 83-86, <https://doi.org/10.3171/2013.9.spine13344>. Accessed 20 May 2019.
- Tonosu J, Takeshita K, Hara N, Matsudaira K, Kato S, Masuda K, et al. The normative score and the cut-off value of the Oswestry Disability Index (ODI). Vol. 21, European Spine Journal. 2012. p. 1596-602.
- Fairbank JCT, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976) [Internet]. 2000 Nov;25(22):2940-53. Available from: <http://journals.lww.com/00007632-200011150-00017>
- Padilha GCM, Zanin RF, Ferreira CF, Medeiros LF. Multidisciplinary treatment program for improvement in pain and disability associated with nonspecific chronic low back pain. Br J Pain. 2024;7:e20240005.
- Choi YS, Kim DJ, Lee KY, Park YS, Cho KJ, Lee JH, Rhim HY, Shin BJ. How does chronic back pain influence quality of life in Koreans: a cross-sectional study. Asian Spine J. 2014 Jun;8(3):346-52. doi: 10.4184/asj.2014.8.3.346. Epub 2014 Jun 9. PMID: 24967049; PMCID: PMC4068855.
- Mas RR et al. Effectiveness of a multidisciplinary biopsychosocial

- intervention for non-specific subacute low back pain in a working population: a cluster randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res.* 2019 Dec 12;19(1):962. doi: 10.1186/s12913-019-4810-x. PMID: 31831074; PMCID: PMC6909445.
14. Ko S, Kim S, Kim J, Oh T. The Effectiveness of Oral Corticosteroids for Management of Lumbar Radiating Pain: Randomized, Controlled Trial Study. *Clin Orthop Surg.* 2016 Sep;8(3):262-7. doi: 10.4055/cios.2016.8.3.262. Epub 2016 Aug 10. PMID: 27583108; PMCID: PMC4987309.
 15. Wettstein M, Eich W, Bieber C, Tesarz J. Pain intensity, disability, and quality of life in patients with chronic low back pain: Does age matter? *Pain Med (United States).* 2019 Mar 1;20(3):464-75.
 16. Coggon D, Ntani G, Palmer KT, Felli VE, Harari F, Quintana LA, et al. Drivers of international variation in prevalence of disabling low back pain: Findings from the Cultural and Psychosocial Influences on Disability study. *Eur J Pain (United Kingdom).* 2019 Jan 1;23(1):35-45.
 17. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Vol. 391, *The Lancet.* Lancet Publishing Group; 2018. p. 2356-67
 18. Sirbu E, Onofrei RR, Szasz S, Susan M. Predictors of disability in patients with chronic low back pain. *Arch Med Sci.* 2020 Jul 8;19(1):94-100. doi: 10.5114/aoms.2020.97057. PMID: 36817655; PMCID: PMC9897078.
 19. Zimmer JM, Fauser D, Golla A, Bethge M, Mau W. Contextual factors in persistent severe back pain: A longitudinal analysis among German employees. *Eur J Pain.* 2024 Apr;28(4):649-658. doi: 10.1002/ejp.2209. Epub 2023 Nov 22. PMID: 37994204.
 20. Parreira P, Maher CG, Steffens D, Hancock MJ, Ferreira ML. Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. *Spine J.* 2018 Sep;18(9):1715-1721. doi: 10.1016/j.spinee.2018.05.018. Epub 2018 May 21. PMID: 29792997.
 21. Minoura A, Ishimaru T, Kokaze A, Tabuchi T. Increased work from home and low back pain among Japanese desk workers during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(23).
 22. Ahmed H, Kishore K, Bhat P, Alghadir AH, Iqbal A. Impact of Work-Related Chronic Low Back Pain on Functional Performance and Physical Capabilities in Women and Men: A Sex-Wise Comparative Study. *Voza I, editor. Biomed Res Int [Internet].* 2022 Mar 3;2022:1-9. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2022/6307349/>
 23. Meints SM, Wang V, Edwards RR. Sex and Race Differences in Pain Sensitization among Patients with Chronic Low Back Pain. *J Pain [Internet].* 2018 Dec;19(12):1461-70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526590018303328>
 24. Bento TPF, Genebra CVDS, Maciel NM, Cornelio GP, Simeão SFAP, Vitta A. Low back pain and some associated factors: is there any difference between genders? *Braz J Phys Ther.* 2020 Jan-Feb;24(1):79-87. doi: 10.1016/j.bjpt.2019.01.012. Epub 2019 Feb 13. PMID: 30782429; PMCID: PMC6994312.
 25. Šagát P, Bartík P, González PP, Tohánean DI, Krnjaz D. Impact of COVID-19 quarantine on low back pain intensity, prevalence, and associated risk factors among adult citizens residing in Riyadh (Saudi Arabia): A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Oct 1;17(19):1-13.
 26. Amelot A, Jacquot A, Terrier LM, Aggad M, Planty-Bonjour A, Fouquet B, et al. Chronic low back pain during COVID-19 lockdown: is there a paradox effect? *Eur Spine J [Internet].* 2022;31(1):167-75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00586-021-07049-y>
 27. Fernandes IM da C, Pinto RZ, Ferreira P, Lira FS. Low back pain, obesity, and inflammatory markers: Exercise as potential treatment. Vol. 14, *Journal of Exercise Rehabilitation.* Korean Society of Exercise Rehabilitation; 2018. p. 168-74
 28. Peiris WL, Cicuttini FM, Hussain SM, Estee MM, Romero L, Ranger TA, et al. (2021) Is adiposity associated with back and lower limb pain? A systematic review. *PLoS ONE* 16(9): e0256720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256720>
 29. Matta Ibarra JE, Arrieta María VE, Andrade Rodríguez JC, Uruchi Limachi DM, Lara Taveras JA, Troughón Jiménez S del C. Relación entre lumbalgia y sobrepeso/ obesidad: dos problemas de salud pública. *Rev Med.* 2020 May 15;27(1):53-60.
 30. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, O'Sullivan K. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Phys Ther.* 2018 May 1;98(5):408-423. doi: 10.1093/ptj/pzy022. Erratum in: *Phys Ther.* 2018 Oct 1;98(10):903. doi: 10.1093/ptj/pzy087.
 31. Alemanno F, Houdayer E, Emedoli D, Locatelli M, Mortini P, Mandelli C, Raggi A, Iannaccone S. Eficacia de la realidad virtual para reducir el dolor lumbar crónico: prueba de concepto de un enfoque no farmacológico sobre el dolor, la calidad de vida, el resultado neuropsicológico y funcional. *PLoS Uno.* 23 de mayo de 2019; 14(5):E0216858. doi: 10.1371/journal.pone.0216858. PMID: 31120892; PMCID: PMC6532874.

ABSTRACT. Introduction: Low back pain is a public health problem that affects Quality of Life (QoL) and generates disability. **Objective:** To determine QoL and disability in patients with low back pain at the Honduran Institute of Social Security (IHSS) in Tegucigalpa, from May to July 2021. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, 165 patients from the Specialised Centre of Physical Medicine and Rehabilitation with a diagnosis of low back pain were evaluated. The clinical characteristics of low back pain, CV with Short Form Health Survey (SF-12) 1.0 scale and disability with Oswestry index (ODI) 1.0 were measured. Analysis was performed by calculating frequencies and percentages for qualitative variables and measures of central tendency for quantitative variables. Statistical tests were used: Spearman, Student's t-test and Mann-Whitney, p-value <0.05 was significant. The protocol was approved by the Ethics Committee. **Results:** Median age: 42 years, interquartile range (IQR 34-53); female sex predominated with 62.4%; median CV score 44.9 (IQR 35.9-52.9). A moderate correlation was found between ODI and physical QoL (r=-0.52) and mental QoL (r=-0.44). Less physical activity, constant, radiating and severe pain were more disabling than other conditions (10.3, 11.4, 14.2 and 19.2 ODI points respectively). Physical QoL was heterogeneously affected and mental QoL was affected by radiating pain (7 points less in SF-12). **Discussion:** Low back pain affects QoL, leading to disability in economically active people. It is important to reinforce interdisciplinary management and identify risk factors in order to apply preventive actions. **Keywords:** Disability evaluation, Low back pain, Quality of life.