

# TIEMPO ANTES DE LA CIRUGÍA VERSUS RECUPERACIÓN DE HERNIA LUMBAR, REALIDAD CHILENA EN ATENCIÓN PÚBLICA

TEMPO PRÉVIO CIRURGIA V/S RECUPERAÇÃO EM HÉRNIA LOMBAR, A REALIDADE CHILENA NA ATENÇÃO PÚBLICA

TIME BEFORE SURGERY VS RECOVERY OF LUMBAR HERNIATION, CHILEAN REALITY IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

MARCOS EGOR GANGA VILLAGRÁN,<sup>1</sup> JUAN PABLO SANTELICES LOPEZ,<sup>2</sup> PATRICIO OMAR ALMONACID LORCA,<sup>3</sup> LORETO CONSUELO PULIDO QUINTANA,<sup>4</sup> ANDREA CECILIA PALACIOS CASTILLO<sup>2</sup>

1. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Complejo Hospitalario San José, Departamento Traumatología, Equipo de Columna, Santiago, Chile.

2. Complejo Hospitalario San José, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Equipo de Columna, Santiago, Chile.

3. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento Traumatología, Santiago, Chile.

4. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Valdivia, Chile.

## RESUMEN

Objetivos: Evaluar la influencia entre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la resolución quirúrgica de la HNP lumbar en la recuperación funcional final en el tratamiento integral de pacientes. Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos operados de HNP con discectomía lumbar entre 2009 y 2015 por el equipo de columna del Hospital San José, utilizando SPSS (versión 22 de IBM) para el análisis estadístico. Resultados: De 110 pacientes operados, se reclutaron 54, 22 mujeres y 32 hombres, entre los 18 y 75 años, promedio de edad de 43 años. Ochenta por ciento de los pacientes son laboralmente activos, un 76% no presentan comorbilidades. El nivel predominante afectado fue L4/L5 con 52% de los casos. El tiempo de evolución promedio de la sintomatología antes de la primera consulta fue 27 meses, el tiempo de espera entre la consulta y la resolución quirúrgica, fue 5,6 meses. Conclusiones: Ochenta y seis por ciento de los pacientes presentaron resultados positivos en EVA. El cuestionario Oswestry obtuvo un resultado positivo en 90%, discapacidad mínima en 40%, moderada en 50% y máxima en 10%. No se logró establecer relación estadística entre ninguna de las variables evaluadas y el resultado final de la cirugía. **Nivel de Evidencia IV; Estudio Terapéutico – Investigación de los Resultados de Tratamiento.**

**Descriptor:** Discectomía; Calidad de Vida; Evaluación de Resultado; Salud Pública.

## RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência entre o tempo de início dos sintomas e a resolução cirúrgica da hérnia lombar na recuperação funcional no tratamento dos pacientes. Métodos: Estudo descritivo retrospectivo de casos de hérnia lombar com discectomia entre 2009 e 2015 no "Hospital San José", usando análise estatística SPSS (versão 22 da IBM). Resultados: De 110 operados pacientes, se recrutaram 54 pacientes para o estudo, dos quais 22 são mulheres e 32 homens, entre 18 e 75 anos com uma média de idade de 43 anos, 80% dos pacientes são trabalhadores ativos, 76% não apresentam co-morbidades. O nível mais frequentemente afetado foi L4/L5 com 52% dos casos. O tempo médio de evolução da sintomatologia antes da primeira consulta foi de 27 meses, o tempo de espera entre consulta e resolução cirúrgica, foi de cinco, seis meses. Conclusões: 86% dos pacientes mostraram bons resultados em EVA. Segundo o questionário OSWESTRY, se obtiveram bons resultados num 90% dos casos; uma deficiência mínima em um 40%; moderada em 50% e máxima em 10% dos pacientes. Se observou ainda falta de relação estatística entre as variáveis avaliadas e o resultado da cirurgia. **Nível de Evidência IV; Os Resultados do Tratamento de Estudo Terapéutico - Pesquisa.**

**Descritores:** Discotomia; Qualidade de Vida; Avaliação de Resultados; Saúde Pública.

## ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence between the time elapsed since the onset of symptoms and the surgery of lumbar HNP in the final functional recovery of the comprehensive treatment of patients. Methods: Retrospective descriptive study of cases of HNP treated by lumbar discectomy between 2009 and 2015 by the spine team of the Hospital San José, using SPSS (version 22 of IBM) for the statistical analysis. Results: Of 110 patients subject to surgery, 54 were recruited (22 women and 32 men), between 18 and 75 years old, with an average age of 43 years. Eighty percent of patients are active workers, 76% without comorbidities. The predominant level affected was L4/L5 with 52% of the cases. The mean progression time of the symptoms before the first consultation was 27 months, the waiting time between the consultation and the surgery was 5,6 months. Conclusions: Eighty-six percent of the patients -presented good results in VAS. The Oswestry questionnaire reached a positive result in 90%, a minimum disability in 40%, moderate in 50% and maximum in 10%. No statistical relationship was achieved between any of the evaluated variables and the outcome of the surgery. **Level of Evidence IV; Therapeutic Study - Investigation of Treatment Results.**

**Keywords:** Discectomy; Quality of Life; Outcomes Assessment; Public Health.

Estudio realizado en el equipo de columna del Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario San José, San José 1196, Independencia, Santiago, Chile, C,P,8380419.

Correspondencia: Servicio de Traumatología, Complejo Hospitalario San José, San José 1196, Independencia, Santiago, Chile. 8380419. mgangav@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1590/S1808-185120191802190139>



## INTRODUCCIÓN

La cialgia debida a la herniación del núcleo pulposo del disco intervertebral es uno de los síntomas más comunes de patología de columna. La incidencia vital y anual varía de 13 a 40% y 1 a 5%, respectivamente,<sup>1,2</sup> siendo la hernia del núcleo pulposo la indicación más común para la cirugía de la columna lumbar.<sup>3</sup>

El curso natural es usualmente favorable.<sup>4</sup> La cirugía se recomienda para el dolor severo, constante e incapacitante que no ha sido cedido con tratamiento conservador, según lo descrito en el consenso por Anderson et al,<sup>5</sup> y déficit neurológico severo o progresivo.<sup>6,7</sup>

Desde que la primera discectomía lumbar en el año 1933,<sup>8</sup> ésta se ha convertido en una intervención ampliamente aceptada para la radiculopatía por herniación aguda del disco intervertebral lumbar.<sup>8,9</sup> Aunque hoy en día existen nuevas técnicas, el principio del procedimiento permanece inalterado con respecto al propuesto por Mixer y Barr:<sup>8</sup> eliminación del material de disco compresivo e irritante de la vecindad de la raíz nerviosa afectada.<sup>10</sup>

Las ventajas de la intervención quirúrgica y su eficacia en comparación con el manejo no quirúrgico, se ha destacado en varias publicaciones.<sup>9,11</sup> Sin embargo, no existe a la fecha información concluyente si el momento de la intervención y la duración de los síntomas antes de la cirugía, pueden tener un impacto perjudicial sobre los resultados postoperatorios.<sup>10,12,13</sup>

Los estudios de Hurme et al,<sup>14</sup> así como Nygaard et al,<sup>15</sup> sostienen que el aumento de la duración de los síntomas disminuyó los resultados después de la discectomía lumbar. Sin embargo, más recientemente, Suzuki et al.,<sup>16</sup> no encontró una asociación entre el momento de la intervención quirúrgica y el resultado postoperatorio. Posteriormente, Schoenfeld et al, en una revisión sistemática en 2014, concluye que la duración de los síntomas muy probablemente tiene un efecto adverso sobre el dolor y la recuperación funcional después de la discectomía lumbar, con un posible corte temporal de 6 meses después del inicio de los síntomas.<sup>17</sup>

Al mismo tiempo, Sabnis et al, agrega que el tiempo con sintomatología solo, no debe ser la base de la recomendación de cirugía, sino que existen otras variables que afectan negativamente el resultado, como factores sociales (larga duración de la licencia, baja escolaridad, estado civil único o divorciado), biológicos (edad superior a 40 años), etc.<sup>18</sup>

Debido a los resultados inconsistentes en la literatura disponible entre la duración de los síntomas y los resultados clínicos y la ausencia de trabajos de este tipo en la realidad nacional, es que se decidió evaluar los pacientes operados por discectomía lumbar en el Complejo Hospitalario San José (CHSJ). Nuestra hipótesis es que existe una relación entre el tiempo de espera para la resolución quirúrgica y el resultado final de las cirugías de hernia del núcleo pulposo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo llevado a cabo en el CHSJ, hospital de carácter público ubicado en el área Norte de la Región Metropolitana, Santiago, Chile.

Previo al inicio del estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte (CARTA AE N° 045/2016). En el estudio se consideraron aspectos éticos como el resguardo de la identidad de los pacientes, el consentimiento informado de cada paciente y toda la información obtenida con fines relacionados a esta investigación, conforme a la Ley 20,584 y a las Normativas bioéticas vigentes. A cada paciente se le adjudicó un código, permitiendo resguardar la confidencialidad de ellos y dichos códigos se eliminaron tras el término de la investigación.

La técnica de muestreo fue no probabilística por conveniencia. El universo total de casos evaluados correspondió a aquellos a hombre y mujeres mayores a 15 años operados de discectomía lumbar con motivo de HNP, entre los años 2009 al 2015 por el equipo de Columna del CHSJ. Se excluyeron a aquellos pacientes con complicaciones quirúrgicas inmediatas, lo que dio un total de 110 pacientes.

El método de recolección de datos fue vía encuesta telefónica.

Del registro clínico y protocolos operatorios se procedió a

identificar variables como el sexo, edad, comorbilidades, actividad laboral, hábito tabáquico, déficit neurológico y lateralidad, tratamiento preoperatorio recibido (infiltración peridural con corticoides y/o kinesioterapia), y tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta en nuestro centro y tiempo transcurrido a la resolución quirúrgica definitiva. El nivel de la hernia del núcleo pulposo se definió por resonancia nuclear de columna lumbar.

El campo en el cuál se aplicaron las encuestas fue mes de junio y julio de 2016.

## Instrumentos de mediciones

Se aplicó el cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de OSWESTRY<sup>19</sup> (Anexo 1) y la escala de visual-análoga (EVA).<sup>20</sup>

Se utilizaron herramientas estadísticas descriptivas, Los datos conseguidos fueron tabulados y analizados con el software SPSS (versión 22 de IBM).

## RESULTADOS

A partir de un universo de 110 pacientes operados durante el período de estudio, se lograron reclutar para el estudio 54 pacientes, lo que correspondió al 59,4% del universo; de ellos 22 eran mujeres y 32 eran hombres, es decir, 41% y 59% respectivamente, con una edad promedio de 43 años para ambos sexos (entre los 18 y 75 años). Figura 1

Del total de los pacientes, el 80% era laboralmente activos y de ellos, 41% de los casos completó entre 1 y 6 meses de reposo laboral.

Con respecto a las comorbilidades encontradas en los pacientes evaluados, un 76% (41 casos) eran sanos y del 24% restante, un 16% (9 casos) presentaban únicamente hipertensión arterial como única patología, y el 12% restante diabetes mellitus con o sin dependencia a insulina, asociado o no a hipertensión arterial. Un total de 56% de los pacientes tenía un hábito tabáquico activo.

En cuanto a la clínica de la hernia del núcleo pulposo, la lateralidad tuvo igual predominio, 50% derecha, 50% izquierda. Un 40% de los pacientes se presentó con déficit sensitivo y motor, un 34% solamente con déficit sensitivo y un 26% sólo con déficit motor. El nivel predominante fue entre L4/L5 con el 52% de los casos, seguido por el nivel L5/S1, que correspondió al 40% de los casos. Figura 2

Sólo un 21% (39 casos) de pacientes fueron sometidos a infiltración corticoidal previo a la cirugía, en tanto un 54% (29 casos) no se sometieron a ningún tipo de terapia kinésica previo a la cirugía.

El tiempo de evolución promedio de la sintomatología antes de la primera consulta fue de 27 meses (entre 2,5 – 613 meses), y entre la consulta y la resolución quirúrgica definitiva el tiempo de espera, el promedio fue de 5,6 meses (0,5 – 24 meses).

Al aplicar la escala EVA al momento del ingreso, un 73% (39 casos) refirió que éste era el dolor más grande experimentado en su vida (EVA 10), con un puntaje de salida menor a 3 en un 26% (14 casos). Los resultados de la escala EVA se agruparon en tres grupos, donde entre 1-4 se considera un buen resultado, entre 5-7

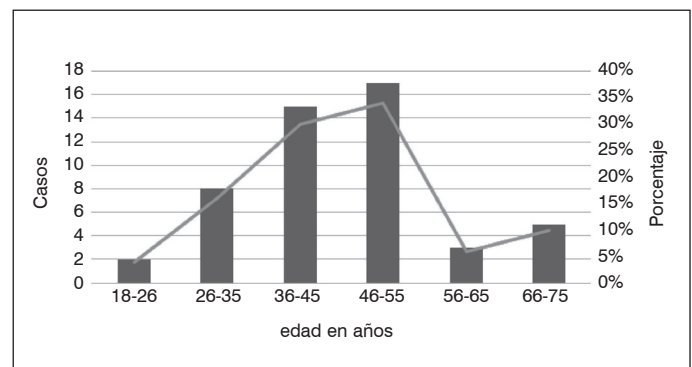


Figura 1. Distribución por edad de pacientes operados de discectomía lumbar por hernia del núcleo pulposo en los años 2009 a 2015 por el equipo de Columna del Complejo Hospitalario San José, Región Metropolitana, Santiago, Chile.

un resultado regular y entre 7-10 un mal resultado. Así se obtuvo que un 86% de los encuestados presentan resultados positivos en la revisión (56% buena – 30% regular – 14% mal resultado).

Al aplicar el cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de OSWESTRY y agrupar de igual forma los resultados, se obtuvo un resultado positivo en 90% de los casos revisados, con una mínima discapacidad en un 40%, moderada discapacidad en un 50% y máxima discapacidad en un 10%.

Para evaluar la relación entre las variables descritas anteriormente con el resultado discectomía lumbar, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal, donde cada una de las variables evaluada se tomaron como variable independiente y el resultado de la cirugía como variable dependiente.

Al agrupar los datos y correlacionarlos estadísticamente no se logró establecer asociación estadística entre ninguna de las variables ingresadas y el resultado postoperatorio. Tabla 1

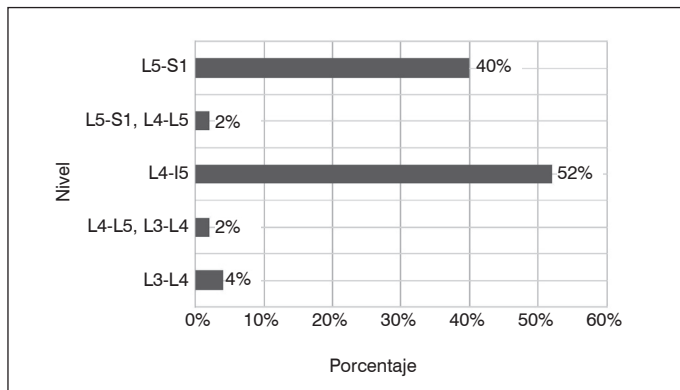
El test regresión parcial correlacionando resultado operatorio y tiempo de espera, obtuvo una dispersión tal que no es posible afirmar una correlación. Lo mismo, al aplicar el test ANOVA con estadístico F valores críticos menores al esperado (0,52).

Al intentar realizar un coeficiente de correlación con el test de Spearman se obtuvo un  $Rho = 0,06$  ( $p=0,65$ ), dando como resultado el rechazo de la hipótesis inicial. Figura 3

**DISCUSIÓN**

El análisis de los resultados obtenidos de los pacientes operados por discectomía lumbar en el Complejo Hospitalario San José (CHSJ), se puede afirmar que la población atendida en (Figura 1 y 2) es esencialmente idéntica a la descrita en las estadísticas internacionales,<sup>21</sup> lo que permite representar adecuadamente la población encuestada y, por ende, validando el método de recolección.

En los pacientes, los tiempos de espera promedio previo a la



**Figure 2.** Porcentaje de distribución de nivel de hernia de núcleo pulposo en pacientes operados de discectomía en los años 2009 a 2015 por el equipo de Columna del Complejo Hospitalario San José, Región Metropolitana, Santiago, Chile.

discectomía lumbar, mostraron que fueron menores a 6 meses durante los últimos 6 años, dando así cumplimiento cabal a las exigencias ministeriales dadas en las guías clínicas del Ministerio de Salud Nacional (MINSAL).<sup>22</sup>

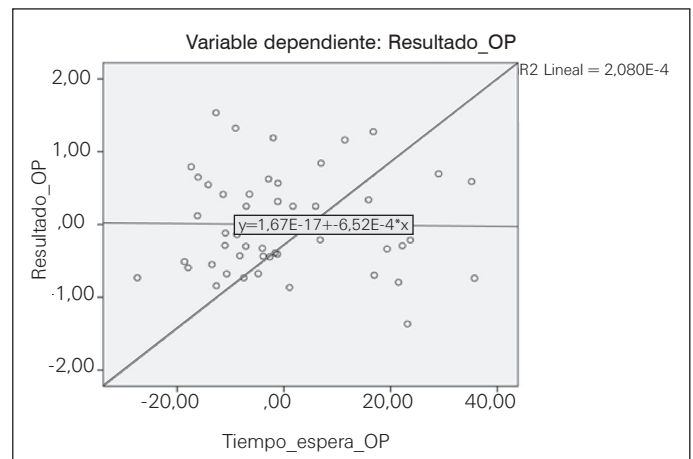
Al aplicar a los pacientes la escala de EVA, el puntaje al primer control mejoró en promedio desde 9 puntos al inicio a 3 puntos al final (control postoperatorio alejado), mostrando resultados finales satisfactorios en un 90% de los casos en el CHSJ.

Ha sido señalado por Schoenfeld et,al, en su review sistemático del 2014, que la duración de los síntomas probablemente tiene un efecto adverso sobre la recuperación funcional después de la discectomía lumbar, sin embargo, el presente estudio, no evidenció una correlación temporal entre los tiempos de espera y el resultado final de la cirugía en cuanto a satisfacción del usuario, no pudiendo descartar que en el resultado final influirían otras variables sociales o biológicas.<sup>18</sup> Lo anterior, demuestra que los plazos descritos en la literatura internacional<sup>16</sup> y en las guías MINSAL,<sup>22</sup> son arbitrarias y carentes de fundamentos médicos basados en evidencia, si no que estarían más relacionados con los períodos de reposo laboral en población activa. Lo anterior se fundamenta en la correlación directa en un 75% de los casos.

Los resultados en las escalas aplicadas, tanto para EVA como para OSWESTRY, resultaron similares y estadísticamente significativos (DS=1,518) (Figura 5), lo cual se interpretaría como una capacidad de representar la invalidez relacionada a la patología, la que es directamente proporcional al dolor percibido personalmente.

La baja captación de casos útiles para revisión de resultados de respuesta a pacientes operados de hernia del núcleo pulposo con discectomía lumbar, se debería principalmente a un inadecuado sistema de registros telefónicos y seguimiento de pacientes en el sistema SOME de nuestro Centro Hospitalario, siendo esta una debilidad a mejorar en el futuro.

Los resultados finales satisfactorios de la cirugía en nuestro centro son cercanos al 90%, demostrando la gran capacidad de resolución respecto a esta patología en un centro público de alta complejidad.



**Figura 3.** Gráfico de regresión parcial.

**Tabela 1.** Resultados del análisis de regresión lineal.

Modelo	Coeficientes <sup>a</sup>				95,0% intervalo de confianza para B		
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior
	B	Standard error	Beta				
1 (Constante)	1,147	,804		1,428	,161	-,478	2,771
Tiempo espera_op	-,001	,007	-,015	-,092	,927	-,015	,014
Complicaciones	,616	,313	,296	1,971	,056	-,015	1,248
Infiltracion	-,261	,276	-,145	-,949	,348	-,818	,295
KNT	,297	,226	,206	1,318	,195	-,158	,753
Tobaquismo	-,202	,232	-,138	-,870	,389	-,670	,267
Edad	-,006	,009	-,106	-,659	,514	-,024	,012
Comorbilidad	-,106	,279	-,062	-,378	,707	-,670	,459
Actividad	,161	,135	,181	1,192	,240	-,111	,433

a. Variable dependiente: Resultado\_OP.

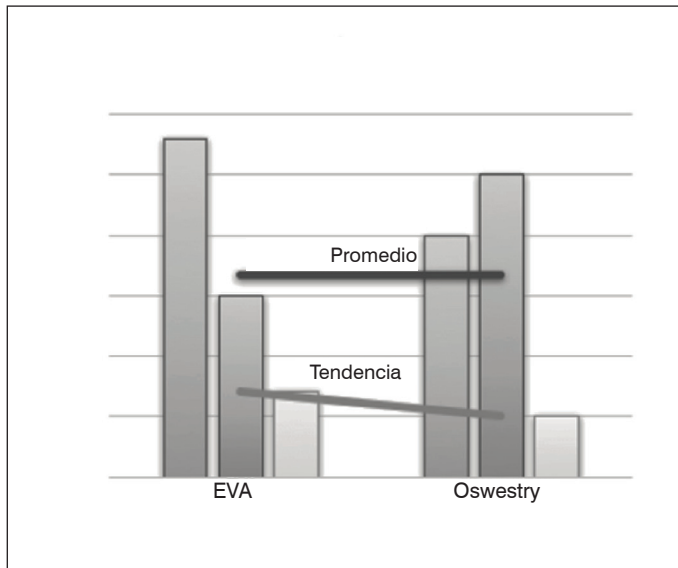


Figure 4, Gráfico comparativo Promedio v/s Tendencia entre EVA y OSWESTRY,

### CONCLUSIÓN

La epidemiología presentada en esta evaluación es concordante con lo presentado en la literatura internacional publicada.

Sin embargo, de los resultados obtenidos no es posible definir un tiempo de espera máximo para resolución quirúrgica.

Se debe mejorar el registro y el seguimiento de nuestros pacientes a largo plazo, dado que figuran datos no actualizados que hacen imposible tanto el seguimiento a largo plazo, la correcta identificación de complicaciones tardías y evaluación de los resultados según la curva de aprendizaje del equipo quirúrgico.

La experiencia quirúrgica demostrada en nuestro centro asistencial, se basa en la experiencia conjunta del grupo de cirujanos de del Hospital San José, no pudiendo identificar si los resultados finales se relacionan con la cirugía propiamente tal o cuentan con el refuerzo de otras unidades clínicas del mismo centro asistencial.

Se propone iniciar un registro prospectivo con EVA y Oswestry pre y post operatorio a futuro.

Todos los autores declaran ningún conflicto de intereses potencial con respecto a este artículo.

**CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES:** Participación activa en la discusión de los resultados; JPSL (0000-0002-4858-1671), POAL(0000-0002-0363-3773), LCPQ (0000-0002-3600-1887), ACPC (0000-0002-8581-7348). Revisión y aprobación de la versión final del trabajo MEGV (0000-0002-8663-8878), JPSL, POAL, LCPQ, ACPC. \*ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*).

### REFERENCIAS

1. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med.* 1988;318(5):291-300.
2. Frymoyer JW. Lumbar disk disease: Epidemiology. *Instr Course Lect.* 1992; 41: 217-223.
3. Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD, Bush T, Waddell G. An international comparison of back surgery rates. *Spine (Phila Pa 1976).* 1994; 19(11):1201-6.
4. Saal JA, Saal JS. Nonoperative treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy. An outcome study. *Spine (Phila Pa 1976).* 1989;14(4):431-7.
5. Andersson GB, Brown MD, Dvorak J, Herzoq RJ, Kambin P, Malter A, et al. Consensus summary on the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation. *Spine (Phila Pa 1976).* 1996;21(suppl):75S-8S.
6. Ministerio de Salud. Guía Clínica "Hernia de Núcleo Pulposo Lumbar". Santiago: Minsal; 2013-2014.
7. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, Tosteson AN, Hanscom B, Skinner JS, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disc herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial. *JAMA.* 2006;296(20): 2441-50.
8. Mixer WJ, Barr JS. Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. *N Engl J Med.* 1934; 211:210-5.
9. Schoenfeld AJ, Weiner BK. Treatment of lumbar disc herniation: evidence-based practice. *Int J Gen Med.* 2010;3:209-14.
10. Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE. Long-term outcomes of surgical and non-surgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: 10 year results from the Maine lumbar spine study. *Spine (Phila Pa 1976).* 2005;30(8):927-35.
11. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Tosteson AN, Blood EA, Abdu WA, et al. Surgical versus nonoperative treatment for lumbar disc herniation: four-year results for the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976).* 2008;33(25):2789-800.
12. Akagi R, Aoki Y, Ikeda Y, Nakajima F, Ohtori S, Takashi K, et al. Comparison of early and late surgical intervention for lumbar disc herniation: is earlier better? *J Orthop Sci.* 2010;15(3):294-8.
13. Ng LCL, Sell P. Predictive value of the duration of sciatica for lumbar discectomy: a prospective cohort study. *J Bone Joint Surg Br.* 2004;86(4):546-9.
14. Hurme M, Alaranta H. Factors predicting the result of surgery for lumbar intervertebral disc herniation. *Spine (Phila Pa 1976).* 1987;12(9):933-8.
15. Nygaard OP, Romner B, Trumpy JH. Duration of symptoms as a predictor of outcome after lumbar disc surgery. *Acta Neurochir (Wien).* 1994;128(1-4):53-6.
16. Suzuki A, Matsumura A, Konishi S, Terai H, Tsujio T, Dozono S, et al. Risk factor analysis for motor deficit and delayed recovery associated with L4/5 lumbar disc herniation. *J Spinal Disord Tech.* 2011;24(1):1-5.
17. Schoenfeld A, Bono C. Does Surgical Timing Influence Functional Recovery After Lumbar Discectomy? A Systematic Review. *Clin Orthop Relat Res.* 2015;473(6):1963-70.
18. Sabnis A, Diwan A. The timing of surgery in lumbar disc prolapse: A systematic review (3). *Indian J Orthop.* 2014;48(2):127-35. 1.
19. Flórez MT, García MA, García F, Armenteros J, Álvarez A, Martínez MD. Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación (Madr).* 1995;29:138-45.
20. D Price, F Bush, S Long. A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain.* 1994;56(2):217-26.
21. Bridwell K, DeWald R. The textbook of Spinal Surgery. En: 3th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

## Anexo 1. Cuestionario Owestry adaptado al español.

**Por favor lea atentamente:** Estas preguntas han sido diseñadas para que el médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada sólo aquella respuesta que más se aproxima a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa MEJOR su problema.

**1. Intensidad del dolor**

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes.
- Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo.

**2. Cuidado Personal**

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor.
- Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor.
- Lavarme, vestirme, etc. me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo.
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas.
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama.

**3. Levantar peso**

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo.
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto.

**4. Andar**

- El dolor no me impide andar.
- El dolor me impide andar más de un kilómetro.
- El dolor me impide andar más de 500 metros.
- El dolor me impide andar más de 250 metros.
- Sólo puedo andar con bastón o muletas.
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño.

**5. Estar sentado**

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- El dolor me impide estar sentado más de media hora.
- El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar sentado.

**6. Estar de pie**

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor.
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar de pie.

**7. Dormir**

- El dolor no me impide dormir bien.
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide totalmente dormir.

**8. Actividad sexual**

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor.
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor.
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor.
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

**9. Vida social**

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar.
- No tengo vida social a causa del dolor.

**10. Viajar**

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor.
- Puedo viajar a cualquier sitio pero me aumenta el dolor.
- El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas.
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora.
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.