

Caracterización del perfil semiológico en el dolor lumbar inespecífico a partir de su clasificación imagenológica y sus influencias biopsicosociales

AUTORES

González, Diana; Arias Mauricio, Carmona Hans; Cardona, Jorge; Ospina, Jorge Iván; Yaruro, Armando.

RESUMEN

Se presenta el estudio de 9 pacientes diagnosticados con dolor lumbar inespecífico seleccionados a partir de criterios de inclusión y exclusión definidos para los hallazgos radiológicos (RNM) y la consulta médica. Se aplicó una batería de cuestionarios con el fin de caracterizar el perfil semiológico del dolor, correlacionar la severidad del compromiso de las estructuras visto por imagen con la intensidad del dolor y los factores biopsicosociales que influyen la percepción del mismo. Los resultados muestran concordancia de la localización y características del dolor reportado por la literatura, la presencia de una estrecha relación entre el índice de severidad de las estructuras reportados por la RNM con la intensidad del dolor y finalmente se comprobó que algunos factores psicosociales pueden modificar la percepción y manifestación del dolor. Este estudio puede ser una herramienta útil para el diagnóstico precoz de dolor lumbar inespecífico y así contribuir a la disminución de complicaciones y costos a través de una terapéutica más efectiva.

PALABRAS CLAVE: dolor lumbar inespecífico, Modelo biopsicosocial, Índice de severidad de lesiones lumbares GAC.

INTRODUCCION

Una amplia variedad de estudios epidemiológicos califican al dolor lumbar como un problema de salud pública y se estima que cerca del 41% dentro de la clasificación crónica del dolor corresponde a este (1). Al menos en EE.UU. 50 al 70% de los adultos experimentan este dolor en algún momento de la vida(2). Cada año alrededor de 5% de los adultos consultan al médico y/o se ausentan de su trabajo, siendo esta la primera causa de incapacidad laboral (3,4) y generando gran impacto sobre los sistemas económicos locales, pues se estiman pérdidas promedio de 1.3 billones de dólares por persona día de trabajo; el costo anual del manejo y sus consecuencias ascienden entre 20 y 50 millones de dólares.

En Colombia, el dolor se comporta como el principal motivo de consulta en los servicios de salud. Según estadísticas de la Asociación Colombiana para Estudio del Dolor el 51% de la población sufre de este síntoma. Aunque hay pocos reportes concretos acerca de la epidemiología del dolor lumbar, se conoce que es la primera causa de dolor crónico (5) y reubicación laboral, el tercer motivo de consulta en el servicio de urgencias y el cuarto en consulta externa.

El dolor lumbar es un síndrome que puede representar problemas diferentes de base (6,7). Waddell propone clasificar a los pacientes con dolor lumbar en 3 grupos: 1. Dolor lumbar

inespecífico. 2. Dolor radicular. 3. Dolor lumbar que representa patología espinal(8) con porcentajes de presentación correspondientes al 80%, 10-15% y 3,5% respectivamente (9). Es por lo tanto el dolor lumbar inespecífico el de mayor incidencia. Su etiología es multifactorial, sin embargo se atribuye a alteraciones de la biomecánica que conllevan a un desequilibrio con sobrecarga de algunas estructuras que conforman la columna lumbar tales como la articulación facetaria, el disco intervertebral y el cuerpo vertebral. A pesar de que las alteraciones en estas estructuras pueden estar implicadas en el origen, no existe una correlación clara entre la clínica referida por el paciente y la alteración anatómica documentada por las técnicas de imagen, de hecho se reportan personas asintomáticas con signos imagenológicos de degeneración y viceversa, personas sintomáticas con leves anormalidades a la imagen, de manera que no se encuentra correlación entre el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos de las lesiones.

Debido a la ambigüedad en la definición, etiología multifactorial y diversidad en regiones anatómicas comprometidas, se carece de un perfil semiológico que proporcione información para un diagnóstico certero de dolor lumbar inespecífico. Por esta razón es poco reconocido y carece de importancia en la comunidad médica. Se brindan tratamientos imprecisos aumentando los costos del manejo del dolor y el tratamiento termina siendo inefectivo, provocando mayor degeneración de la patología, cronicidad del dolor, incapacidad física y graves consecuencias a nivel psicosocial. (3).

Dichos aspectos psicosociales asociados al dolor actualmente son motivo de estudio por parte de numerosos investigadores en un intento de objetivizar el síntoma y brindar tratamientos efectivos. Entre ellos, los más frecuentemente citados son psicológicos, como síntomas depresivos, de ansiedad(10,11) y personalidad, procesos cognitivos y de afrontamiento(12,13) aspectos laborales, económicos (14,15) y percepción de carga física en el trabajo(16,17) Por lo tanto, el dolor lumbar debe ser comprendido en el contexto de un modelo biopsicosocial (Figura 1), entendido este como la interacción que se produce en un individuo y su ambiente, las cuales influyen en su comportamiento, en los niveles de estrés, en las actitudes y creencias respecto al dolor y pueden afectar de manera negativa la evolución y resultados de los diferentes tratamientos que se puedan aplicar.

Con este estudio se pretende lograr un acercamiento al perfil semiológico del dolor lumbar inespecífico, determinando si existe correlación entre estadios radiológicos de las lesiones con la intensidad del dolor y estableciendo qué factores psicosociales influyen en la sensación del dolor. De esta manera brindar las herramientas necesarias para que el personal médico pueda hacer diagnósticos certeros, remitir, tratar adecuadamente al paciente y mejorar sus condiciones teniendo en cuenta que como en cualquier enfermedad su abordaje debe ser integral. (18,19).

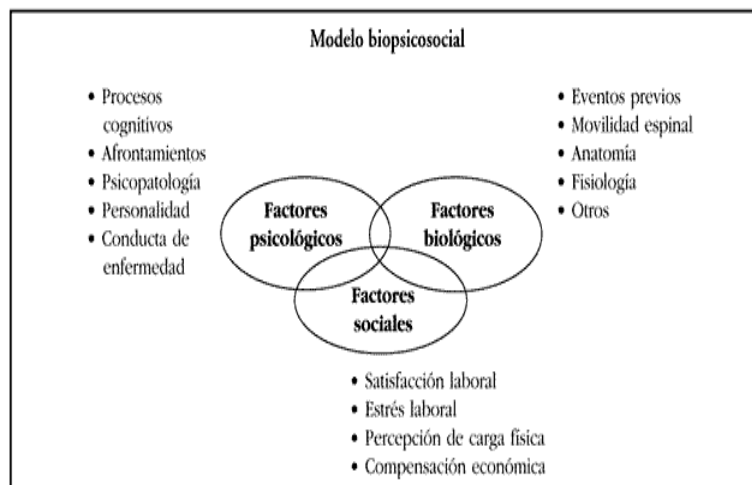


Figura 1. La evaluación del dolor lumbar en el contexto de un modelo biopsicosocial que representa como la interacción de sus componentes puede afectar la evolución del cuadro clínico

MATERIALES Y METODOS

La muestra esta conformada por el conjunto de pacientes que fueron remitidos para estudio imagenológico (Resonancia Nuclear Magnética) de columna lumbar (IPS: CEDICAF S.A) por dos médicos neurocirujanos de la ciudad. Entre el periodo de diciembre de 2006 a marzo de 2007 fueron remitidos 58 pacientes, de los cuales solo 37 según reporte radiológico cumplían con criterios de inclusión como ausencia de compresión radicular, criterios de inestabilidad de columna (fracturas traumáticas), hallazgos compatibles con neoplasia, antecedente de cirugía (laminectomias, etc) y presencia de anomalía en articulaciones facetarias, discos intervertebrales y cuerpos vertebrales de carácter degenerativo. Estos pacientes fueron citados a consulta médica, y de 17 que confirmaron asistencia y aprobaron el consentimiento informado, solo 9 al finalizar tenían diagnóstico clínico y radiológico de dolor lumbar inespecífico. Dichos pacientes cumplieron con criterios de inclusión clínicos como presencia de dolor lumbar crónico, ausencia de enfermedad radicular (lassage negativo), antecedente de patología reumatológica primaria, neoplásica o abdominopélvica reciente, sacroileítis o bursitis al examen físico. Posteriormente se les aplico una batería de test que fueron diligenciados con asesoría personalizada explicando cada uno de los ítems (ninguna fue autoaplicada). La batería de cuestionarios se conformo por:

- Escala de Hamilton para la ansiedad: *Hamilton Anxiety Scale, HARS(20)* Usada para evaluar ansiedad, su modificación (21) es actualmente la mas utilizada y esta validada en nuestro medio. Se trata de una escala de 14 ítems. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. La puntuación total es la suma de todos los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos y los puntos recomendados de corte son: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad leve), 15 ó más (Ansiedad moderada/grave). (22).
- Escala de depresión de Zung: formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. El paciente cuantifica no la intensidad sino la

- frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre) Conde y cols (23) proponen los siguientes puntos de corte:
- No depresión (< 28 puntos)
 - Depresión leve (28-41 puntos)
 - Depresión moderada (42-53 puntos)
 - Depresión grave (> 53 puntos)
- Cuestionario de Evaluación IPDE: es un breve cuestionario que hace parte del Examen Internacional de los trastornos de la personalidad patrocinado por la OMS. Su propósito es proporcionar una rápida información acerca de rasgos y conductas relevantes de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de personalidad, el paciente responde a preguntas dicotómicas (verdadero/falso) donde describe su comportamiento habitual durante los últimos 5 años. Para este estudio se usó la versión DSM -IV. (24).
 - Cuestionario del dolor McGill (MPQ): fue desarrollado por Melzack (25) como un instrumento para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad. Es el test más usado a nivel mundial para evaluar dolor. Consta de varias partes claramente diferenciadas:
 - 1.- *Localización del dolor*: que suele representarse por una figura esquematizada del cuerpo humano, donde el paciente señala las zonas en las que siente dolor.
 - 2.- *Cualidad del dolor*: el paciente debe escoger de entre una amplia lista de tipos de dolor aquellas características que definen el que presenta. Están agrupados en varias categorías que a su vez forman cuatro grandes grupos: sensorial, emocional, valorativo y miscelánea. En la versión original inglesa el número de palabras era 78, aunque en las distintas validaciones del cuestionario pueden variar (en la versión española 66).
 - 3.- *Intensidad del dolor en el momento actual*: se explora mediante una pregunta con cinco posibles categorías de respuesta.
 - 4.- Valoración del dolor en el momento actual mediante una *escala analógica visual*, que va desde “sin dolor” a “dolor insoportable”. Nosotros hemos utilizado la versión española (26).
 - Cuestionario de incapacidad de Oswestry: sirve para medir el grado de incapacidad del dolor lumbar según el grado de intensidad del dolor que experimenta el paciente. Se trata de una escala de valoración reconocida y validada internacionalmente. se obtiene el resultado en porcentaje de la incapacidad.(27,28).

Para la evaluación de los hallazgos radiológicos en RNM se realizó el Índice de severidad para lesiones en columna lumbar “GAC” que tiene en cuenta la cantidad de estructuras comprometidas a nivel lumbar discos y facetas puntuados de 0 a 5 respectivamente y sumado con los estadios de lesión de la articulación facetaria que va de 0-3, y los estadios de cambios degenerativos discuales que se puntúa de 0 a 4. El rango total es de 0 a 22.

El análisis de los datos se realizó con Stat View versión 4,5.

RESULTADOS

Se estudiaron 9 pacientes, el 56% correspondientes al género masculino y el 44% al femenino. La edad promedio fue de 46 años, en un rango de 30 a 59 años.

1. PERFIL SEMIOLOGICO DEL DOLOR LUMBAR INESPECIFICO

Para acercarnos a un perfil semiológico se obtuvieron los siguientes datos:

Localización del dolor según frecuencia

La localización del dolor se determinó según la figura esquematizada del cuerpo humano del MPQ. Las regiones anatómicas más frecuentes en las cuales los pacientes ubicaban el dolor corresponden a:

Región lumbosacra: 78%,

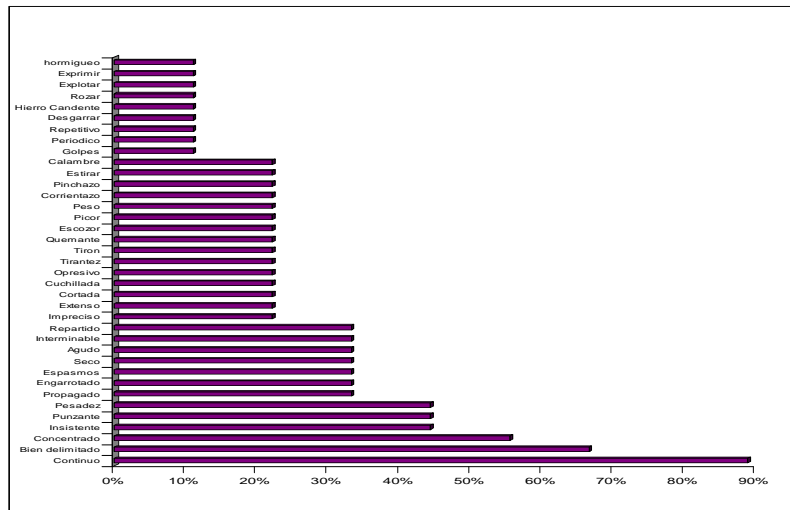
Miembros inferiores: 89%, de los cuales el 67% lo localizaban por debajo de la rodilla, el 78% en muslo y para el 67% era de presentación unilateral.

Región inguinopélvica: manifestado en el 44% de los pacientes

Región dorsal: el 22%.

Caracterización del dolor

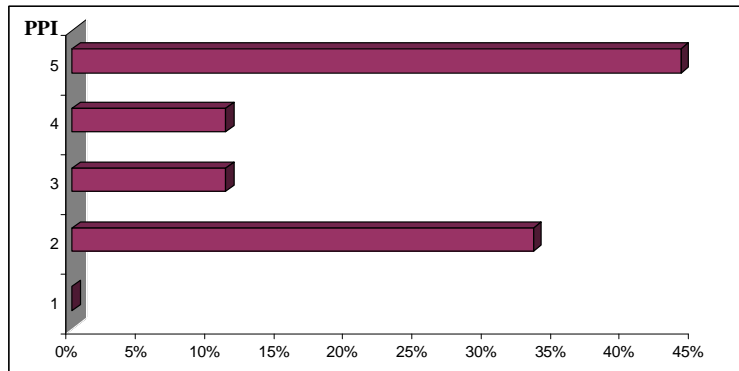
Fue tomado a partir de los adjetivos más frecuentemente usados en el subgrupo sensorial del MPQ.



El 89% de las personas referían un dolor de carácter continuo, más del 67% le daban una localización delimitada, el 56% manifestaban un dolor concentrado, el 44% lo relacionaban con sensación de pesadez, punzante e insistente y el 33% agregaban adjetivos como propagado, engarrotado, como espasmos, agudo, seco, interminable y repartido. Los demás calificativos tienen una frecuencia en la población muestra menor al 22%.

Intensidad del dolor

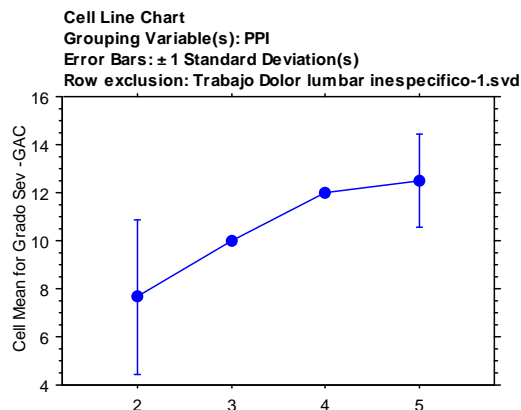
Fue evaluado a través del Índice de Intensidad de dolor (PPI) según MPQ.



El 44% de la población muestra refiere un PPI de 5 que corresponde a un dolor insoportable, el 33% lo refiere como un dolor moderado o grado 2, el grado 3 y 4 fue calificado por el 11% respectivamente y ninguno lo califico como grado leve o 1.

2. CORRELACION RADIOLOGICA SEGÚN INTESIDAD DEL DOLOR

La severidad de los hallazgos radiológicos fueron estatificados según la escala GAC y se cruzo con los grados de PPI según MPQ.



La población muestra que el índice de severidad GAC es proporcional al índice de dolor PPI, es decir a mayor severidad de compromiso de las estructuras móviles de la columna lumbar la manifestación del dolor es mayor.

3. DOLOR SEGÚN CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES

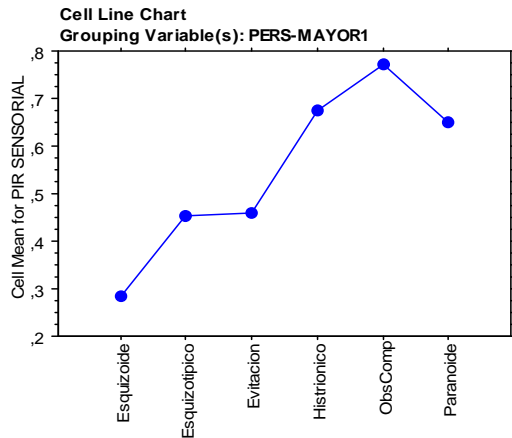
Rasgo de personalidad según PPI

Observed Frequencies for PPI, PERS-MAYOR1

	Esquizoide	Esquizotipico	Evitacion	Histrionico	ObsComp	Paranoide	Totals
2	0	1	1	1	0	0	3
3	1	0	0	0	0	0	1
4	1	0	0	0	0	0	1
5	0	0	2	1	1	2	6
Totals	2	1	3	2	1	2	11

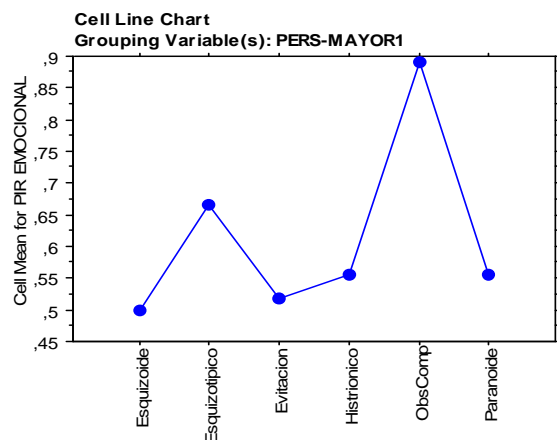
La tabla muestra que el rasgo de personalidad no influye en la graduación de la intensidad del dolor.

PI sensorial según rasgo de personalidad.



La grafica muestra que las personas con rasgos de personalidad esquizoide, esquizotípico y evitativo manifiestan un menor componente sensorial de su dolor, mientras que los histriónicos, obsesivo compulsivo y paranoide tienen un mayor componente sensorial del mismo.

PI Emocional según rasgo de personalidad.



En todos los rasgos de personalidad se le proporciona una carga emocional al dolor, sin embargo la intensidad varia entre cada una, siendo el obsesivo compulsivo el que mayor valoración emocional le proporciona a su dolor.

Dolor según depresión

No se encontró relación significativa entre la intensidad del dolor y el grado de depresión.

Observed Frequencies for PPI, DEPRESION

Row exclusion: Trabajo Dolor lumbar inespecifico-1.svd

	3	4	Totals
2	2	1	3
3	1	0	1
4	1	0	1
5	3	1	4
Totals	7	2	9

Dolor según ansiedad

Observed Frequencies for ANSIEDAD, PPI

Row exclusion: Trabajo Dolor lumbar inespecifico-1.svd

	2	3	4	5	Totals
2	0	1	0	0	1
3	3	0	1	4	8
Totals	3	1	1	4	9

Los datos indican que hay una clara relación entre el nivel de ansiedad y la intensidad del dolor con un valor P de 0,0293, es decir, pacientes con ansiedad mayor refieren mayor intensidad de su dolor.

Discapacidad según dolor

% DISCAP	PPI
70%	5
42%	2
40%	5
22%	5
22%	4
22%	3
18%	5
16%	2
15%	2

No existe relación significativa entre el porcentaje de discapacidad e intensidad del dolor, pues se presentan pacientes con índice de incapacidad por debajo del 50% con intensidad del dolor grado 5.

Dolor según PI Emocional

Group Info for PIR EMOCIONAL

Grouping Variable: SEXO

Row exclusion: Trabajo Dolor lumbar inespecifico-1.svd

	Count	Mean	Variance	Std. Dev.	Std. Err
F	4	,749	,011	,106	,053
M	5	,333	,068	,261	,117

Las mujeres de la muestra le dan una connotación emocional mayor a su dolor con un promedio de 75% mientras que el total de los hombres le otorgan en promedio un 33%.

Calidad del sueño según PPI

Observed Frequencies for PPI, SUEÑO
Row exclusion: Trabajo Dolor lumbar inespecifico-1.svd

	1	2	3	4	Totals
2	3	0	0	0	3
3	0	0	0	1	1
4	1	0	0	0	1
5	1	1	1	1	4
Totals	5	1	1	2	9

Valor P: 0,4583

Aparentemente no hay una relación entre intensidad de dolor y calidad del sueño.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio de estos nueve casos nos puede proporcionar una tendencia acerca del comportamiento del dolor lumbar inespecífico de una población mayor. Los datos reportados corresponden a resultados preliminares de una investigación transversal de tipo analítico proyectada a un año con una población muestra superior.

La caracterización del dolor lumbar inespecífico en este grupo de pacientes coincide con lo reportado por la literatura a nivel mundial, de forma que la mayoría de los pacientes refieren que su dolor se presenta en la región lumbosacra, posiblemente referido a miembros inferiores en su mayoría por encima de la rodilla con una distribución unilateral. Debido a la similitud de esta presentación con el dolor radicular es importante tenerlo en cuenta como un diagnóstico diferencial del dolor lumbar inespecífico, por tal razón se diseño dentro de los criterios de exclusión la presencia de lassage positivo al examen físico. Los adjetivos usados con mayor frecuencia para describir el dolor fueron en orden de mayor importancia el carácter continuo de localización delimitada, concentrado relacionado con sensación de pesadez, punción e insistente, también hubo calificativos como propagado, engarrotado, como espasmos, agudo, seco, interminable y repartido.

En la calificación de la intensidad del dolor el 33% lo graduó como moderado mientras el 44% lo refirió como insoportable, estos dos extremos podrían ser explicados bajo el modelo propuesto por Waddell donde se sustenta la influencia de los aspectos psicosociales en la presentación del dolor, en este caso la intensidad.

Las lesiones en las estructuras móviles de la columna lumbar han sido relacionadas con el dolor lumbar inespecífico, por esta razón evaluamos el grado de compromiso de las mismas teniendo en cuenta las clasificaciones actuales de alteraciones estructurales en disco intervertebral, fascetas y platillos vertebrales por resonancia magnética. Sin embargo, al momento de evaluar los hallazgos radiológicos se observó que las lesiones de las estructuras se encontraban de manera combinada, es decir, lesiones de fascetas asociadas con lesiones en discos o platillos. Quisimos obtener un índice de evaluación que reflejara el compromiso global de las lesiones según su estadificación radiológica para hacer la asociación con la intensidad del dolor, pero no se encontró ninguna herramienta reportada en la literatura para hallar este índice, así que diseñamos un instrumento que cumpliera este objetivo y lo denominamos (índice de severidad para lesiones en columna lumbar "GAC"). Al asociar el índice de severidad de cada paciente con la intensidad del dolor encontramos una relación directamente proporcional contrario a lo reportado en la literatura esto debido probablemente a que los estudios solo

correlacionan la estadificación de la lesión de un solo tipo de estructura aspecto que no concuerda con el verdadero daño estructural. Este resultado nos sugiere que las lesiones pueden considerarse de carácter sumatorio y de esta manera hallar una correlación clínica más congruente con el estado patológico del paciente.

El tipo de personalidad en los modelos psicosociales se ha considerado de vital importancia al momento de interpretar el dolor, en el estudio no se encontró una correlación clara respecto a la intensidad del dolor, pero si se evidencia los cambios en la carga emocional que se le da al dolor según el tipo de rasgo de personalidad, como era de esperarse los del grupo B y C le dan mayor valor emocional al dolor que el grupo A. Nos sugiere los resultados la importancia que se le debe prestar a la queja de dolor en términos de intensidad y no subvalorarla al encontrar en los pacientes rasgos de personalidad del grupo B o C como histriónicos y obsesivos compulsivos pero no se debe olvidar que si se pueden encontrar diferencias en el numero y tipo de adjetivo usados para otorgarle una connotación emotiva a su dolor.

La ansiedad y la depresión han sido considerados como factores que influyen en la manifestación del dolor, en nuestros datos encontramos que la depresión no influyo en la intensidad del dolor, mientras que si se presento una clara relación entre la ansiedad mayor y el dolor de intensidad 5 o insoportable. Nos despierta gran interés el no encontrar relación entre el estado de animo depresivo y la intensidad y creemos que puede ser ocasionado por el tamaño de la muestra.

Al valorar el grado de discapacidad con la intensidad del dolor se encontró que no existía una correlación directa lo cual podría ser el resultado de la influencia de los rasgos de personalidad, el grado de ansiedad y depresión en el desarrollo de sus actividades diarias. Además de manera descriptiva se encontró que no hay una relación entre hallazgos estructurales degenerativos por imágenes versus grado de discapacidad actual, eso podría corresponder a que las lesiones tienen un componente degenerativo que puede ser medianamente controlado erradicando actividades que empeoren las relaciones biomecánicas de la columna, los pacientes involucrados en este estudio ya han sido tratados y manejados con medicamentos y modificaciones en sus actividades esta es quizá la razón de la no asociación radiológica con la discapacidad actual.

Se encontró que la intensidad del dolor no genera cambios en la calidad del sueño, este es un dato controversial ya que se considera que un dolor muy intenso alteraría la conciliación o la calidad del sueño, intuimos que en el caso del dolor lumbar inespecífico, relacionado con una etiología biomecánica es probable esta presentación, ya que el paciente se expone a factores ergo dinámicos inadecuados que pueden exacerbar la intensidad del dolor mientras que en la noche el dolor tiende a disminuir ya que se presenta un cese en las actividades.

La información generada en este estudio permite recomendar al medico que se ve enfrentado a un paciente con dolor lumbar crónico lo siguiente:

- Abordar al paciente desde una perspectiva biopsicosocial.
- Tener en cuenta la labor realizada por el paciente y su relación con la exposición a cargas.
- No subvalorar la intensidad del dolor en pacientes con rasgos de personalidad de grupos B y C.

- Al momento de realizar un diagnóstico de dolor lumbar inespecífico se debe hacer descartado un dolor de origen radicular o un dolor lumbar con signos de alarma (neoplasia, infección, etc).
- Se deja a criterio del médico el uso del perfil semiológico dados por este estudio, sin embargo este podría ser una herramienta de utilidad para un mayor acercamiento en el diagnóstico de dolor lumbar inespecífico

AGRADECIMIENTOS

A la IPS CEDICAF S.A
Ing. Javier Castaño, gerente.

Neurocentro

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Eliana Guic S¹, Policarpo Rebolledo M, Eugenio Galilea M e Ignacio Robles G². *Psychosocial risk factors in chronic low-back pain Rev Méd Chile* 2002; 130: 1411-8.
2. Waddell G, Turk DC. Clinical Assessment of low back pain. En: Turk DC and Melzack R. Ed, *Handbook of Pain Assessment*. NY: The Guilford Press. 1992; 15-37.
3. Atkinson JH, Sattes MA, Patterson TL, Grant TL, Garfin SR. Prevalence, onset and risk of psychiatric disorders in men with CLBP: a controlled study. *Pain* 1991; 45: 111-21.
4. Watson PJ, Main CJ, Waddell G, Gales TF. Medically certified work loss, recurrence and costs of wage compensation for back pain: a follow-up study of the working population of Jersey. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 82-6.
5. Galilea E, Gloger S. Síndrome de dolor lumbar. *Rev Chilena de Ortopedia y Traumatología* 1985; 26: 134-7.
6. Hernández J, Moreno E. Epidemiología del dolor lumbar en pacientes de un policlínico general en Santiago, Chile. *Bol Oficina Sanit Panam* 1985; 98: 53-8.
7. . Lackner JM, Carosella AM. The relative influence of perceived pain control, anxiety and functional self-efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. *Spine* 1999; 24: 2254-60.
8. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25: 1148-56.

9. Turk D. The role of demographic and psychosocial factors in transition from acute to chronic pain. En: *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. Ed T.S. Jensen et al. IASP Press Seattle. 1997.
10. Thrbjornsson CB, Alfredsson L, Fredriksson K, Michelsen H, Punnet L, Vingard E et al. Physical and psychosocial factors related to low back pain during a 24 years period. A nested case-control analysis. *Spine* 2000; 25: 369-74.
11. Valat JP, Goupille P, Vedere V. Low back pain: risk factors for chronicity. *Rev Rheum Engl Ed* 1997; 64: 189-94.
12. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. International Association for the Study of Pain Press. Seattle 1994.
13. Aaghari M, Nicholas M. Personality and adjustment to chronic pain. *Pain Revi* 1999; 6: 85-97.
14. Polatin P, Kinney R, Gatchel R. Psychiatric illness and chronic low back pain. *Spine* 1993; 18, 1: 66-71.
15. Rebolledo P, González X, Soto M, Galilea E, Carbonell C. Factores psicosociales en pacientes con dolor lumbar accidentados del trabajo. *Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad*, 1999; 1: 63-5.
16. Anderson GBJ. The epidemiology of spinal disorders. En: Frymoyer JW, editor. *The adult spine. Principles and practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; p. 93-142.
17. Skovron ML. Epidemiology of low back pain. *Ballière's Clin Rheumatol*. 1992; 6:559-73.
18. Waddell G. Low back disability: a syndrome of western civilization. *Neurosurg Clin North Am*. 1991;2:719-38.
19. Sanz B, González AI, Galán A. Lumbalgia: guía de actuación basada en la evidencia científica. *Revista de la SMMFYC* 2001;3: 35-40.
20. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
21. Diagnosis and rating of anxiety. In *Studies of Anxiety*, Lander, MH. *Brit J Psychiat Spec Pub* 1969; 3:76-79.
22. Bech P. *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*. Ed Springer-Verlag Berlin Heidelberg. New York, 1993.
23. Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid. Upjohn, 1984. p 62-76.

24. Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.
25. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The Delelopment of a Spanish Questionnaire for Assessing Pain: Preliminary Data Concerning Reliability and Validity. *Eu J Psychol Assessment* 1994; 10(2): 145-51.
26. Lopez Ibor Aliño JJ, Perez Urdaniz A, Rubio Larrosa V. IPDE. Internacional Personality Disorder Examination. Meditor, 1996.
27. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Stucki G. Lincking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med.* 2002;34:1-6.
28. Sáenz A, Avellanet M, Rodrigo L, Serch A, Fraguas MP. Estudio de la concordancia de la Clasificación Internacional de Funcionamiento en pacientes con lumbalgia. *Rehabilitación.* 2000; 38:23-9.

BATERÍA DE CUESTIONARIOS

TEST DE HAMILTON

Identificación Fecha

0 1 2 3 4

1. *Humor ansioso*

Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad

2. *Tensión*

Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor.
Sensación de no poder quedarse en un lugar

3. *Miedos*

A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc
Al tránsito callejero. A la multitud

4. *Insomnio*

Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con
cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos

5. *Funciones intelectuales*

(gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria

6. *Humor depresivo*

Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la
mañana. Variaciones de humor durante el día

7. *Síntomas somáticos generales*

(musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas
crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura

8. *Síntomas somáticos generales*

(somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos.
Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo

9. *Síntomas cardiovasculares*

Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles

10. *Síntomas respiratorios*

Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros.
Falta de aire

11. *Síntomas gastrointestinales*

Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia. Dolor antes o después de comer.
Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de
estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación

12. *Síntomas genitourinarios*

Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia
de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia

13. *Síntomas del sistema nervioso autónomo*

Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos.
Cefalea de tensión. Horripilación

14. *Comportamiento durante la entrevista*

(general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta
los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado.
Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos.
Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos
vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

Nombre y Apellidos.....

Fecha.....

Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- | | |
|--|-------|
| 1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida | V F |
| 2. Confío en la gente que conozco | V F |
| 3. No soy minucioso con los detalles pequeños | V F |
| 4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser | V F |
| 5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo | V F |
| 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí | V F |
| 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco | V F |
| 8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas | V F |
| 9. Mucha gente que conozco me envidia | V F |
| 10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo
por los detalles | V F |
| 11. Nunca me han detenido | V F |
| 12. La gente cree que soy frío y distante | V F |
| 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas | V F |
| 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo | V F |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí | V F |
| 16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales | V F |
| 17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea | V F |
| 18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto
a alguien | V F |
| 19. Me resulta muy difícil tirar las cosas | V F |
| 20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera
esperándolo | V F |
| 21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los
demás | V F |
| 22. Uso a la gente para lograr lo que quiero | V F |
| 23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfec-
tamente | V F |
| 24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas | V F |
| 25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesio-
nado a propósito | V F |
| 26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando | V F |
| 27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo | V F |
| 28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente | V F |
| 29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos | V F |
| 30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente | V F |
| 31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales | V F |
| 32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas | V F |
| 33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo | V F |
| 34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy
seguro de que les gusto | . V F |
| 35. No me gusta ser el centro de atención | V F |
| 36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel | V F |
| 37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo | V F |
| 38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí | V F |
| 39. Me preocupa mucho no gustar a la gente | V F |
| 40. A menudo me siento vacío por dentro | V F |
| 41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más | V F |
| 42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo | V F |
| 43. Tengo ataques de ira o enfado | V F |
| 44. Tengo fama de que me gusta “flirtear” | V F |

45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo	V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V F
55. Sueño con ser famoso	V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V F
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz	V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo	V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V F
67. No suelo mostrar emoción	V F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V F
77. Tengo amigos íntimos	V F

VERDADERAS _____
FALSAS _____

TEST DE ZUNG

Identificación Fecha

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

A = Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente.

B = Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando.

C = Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente.

D = Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo.

A B C D

1. Me siento triste y deprimido.
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.
7. Creo que estoy adelgazando.
8. Estoy estreñado.
9. Tengo palpitaciones.
10. Me canso por cualquier cosa.
11. Mi cabeza está tan despejada como antes.
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro.
15. Me siento más irritable que habitualmente.
16. Encuentro fácil tomar decisiones.
17. Me creo útil y necesario para la gente.
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera.
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.

TOTAL:

INDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

1.Intensidad del dolor

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo

2.Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar de pie

3.Cuidados personales

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

4.Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (5) El dolor me impide totalmente dormir

5.Levantar peso

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

6.Actividad sexual

- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- (2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

7.Andar

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

8.Vida social

- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor

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

9.Estar sentado

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar sentado

10.Viajar

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

CUESTIONARIO DE DOLOR DE MCGILL

Identificación **Fecha**

Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual

<p>Temporal I:</p> <p><input type="radio"/> A golpes</p> <p><input type="radio"/> Continuo</p> <p>Temporal II:</p> <p><input type="radio"/> Periódico</p> <p><input type="radio"/> Repetitivo</p> <p><input type="radio"/> Insistente</p> <p><input type="radio"/> Interminable</p> <p>Localización I:</p> <p><input type="radio"/> Impreciso</p> <p><input type="radio"/> Bien delimitado</p> <p><input type="radio"/> Extenso</p> <p>Localización II:</p> <p><input type="radio"/> Repartido</p> <p><input type="radio"/> Propagado</p> <p>Punción:</p> <p><input type="radio"/> Como un pinchazo</p> <p><input type="radio"/> Como agujas</p> <p><input type="radio"/> Como un clavo</p> <p><input type="radio"/> Punzante</p> <p><input type="radio"/> Perforante</p> <p>Incisión:</p> <p><input type="radio"/> Como si cortase</p> <p><input type="radio"/> Como una cuchilla</p> <p>Constricción:</p> <p><input type="radio"/> Como un pellizco</p> <p><input type="radio"/> Como si apretara</p> <p><input type="radio"/> Como agarrotado</p> <p><input type="radio"/> Opresivo</p> <p><input type="radio"/> Como si exprimiera</p>	<p>Tracción:</p> <p><input type="radio"/> Tirantez</p> <p><input type="radio"/> Como un tirón</p> <p><input type="radio"/> Como si estirara</p> <p><input type="radio"/> Como si arrancara</p> <p><input type="radio"/> Como si desgarrara</p> <p>Térmico I:</p> <p><input type="radio"/> Calor</p> <p><input type="radio"/> Como si quemara</p> <p><input type="radio"/> Abrasador</p> <p><input type="radio"/> Como hierro candente</p> <p>Térmico II:</p> <p><input type="radio"/> Frialidad</p> <p><input type="radio"/> Helado</p> <p>Sensibilidad Táctil:</p> <p><input type="radio"/> Como si rozara</p> <p><input type="radio"/> Como un hormigueo</p> <p><input type="radio"/> Como si arañara</p> <p><input type="radio"/> Como si raspara</p> <p><input type="radio"/> Como un escozor</p> <p><input type="radio"/> Como un picor</p> <p>Consistencia:</p> <p><input type="radio"/> Pesadez</p> <p>Miscelánea Sensorial I:</p> <p><input type="radio"/> Como hinchado</p> <p><input type="radio"/> Como un peso</p> <p><input type="radio"/> Como un flato</p> <p><input type="radio"/> Como espasmos</p>	<p>Miscelánea Sensorial II:</p> <p><input type="radio"/> Como latidos</p> <p><input type="radio"/> Concentrado</p> <p><input type="radio"/> Como si pasara corriente</p> <p><input type="radio"/> Calambrazos</p> <p>Miscelánea Sensorial III:</p> <p><input type="radio"/> Seco</p> <p><input type="radio"/> Como martillazos</p> <p><input type="radio"/> Agudo</p> <p><input type="radio"/> Como si fuera a explotar</p> <p>Tensión Emocional:</p> <p><input type="radio"/> Fastidioso</p> <p><input type="radio"/> Preocupante</p> <p><input type="radio"/> Angustiante</p> <p><input type="radio"/> Exasperante</p> <p><input type="radio"/> Que amarga la vida</p> <p>Signos Vegetativos:</p> <p><input type="radio"/> Nauseante</p> <p>Miedo:</p> <p><input type="radio"/> Que asusta</p> <p><input type="radio"/> Temible</p> <p><input type="radio"/> Aterrador</p> <p>Categoría Valorativa:</p> <p><input type="radio"/> Débil</p> <p><input type="radio"/> Soportable</p> <p><input type="radio"/> Intenso</p> <p><input type="radio"/> Terriblemente molesto</p>
---	--	--

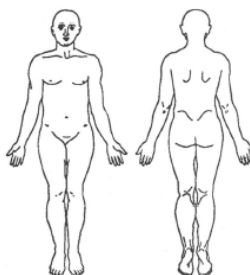
Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual

☐ Leve, débil, ligero
☐ Moderado, molesto, incómodo
☐ Fuerte
☐ Extenuante, exasperante
☐ Insopportable

Marque con una cruz sobre la línea, indicando cuanto dolor tiene actualmente

SIN DOLOR
|
|
|
|
 DOLOR INSOPORTABLE

Dibuje un punto en las zonas donde más sienta dolor.



ÍNDICE DE SEVERIDAD PARA LESIONES EN COLUMNA LUMBAR “GAC”

1. Numero de discos lesionados	0-5
2. Numero de facetas lesionadas (por par)	0-5
3. Cambios disco-cuerpo	0-4
4. Cambios facetas	0-3
5. Cambios Modic (inflamación)	0-3
TOTAL: 0.....20	

CAMBIOS FACETARIOS

Estadio 0: No hay presencia de líquido interfacetario u osteófitos laterales, la pars articular está conservada.

Estadio 1: Aumento de la longitud en el eje longitudinal. Líquido interfacetario. Esclerosis facetaria

Estadio 2: Aumento del diámetro transversal de la articulación, disminución del espacio interfacetario menor de 50%

Estadio 3: Aumento del diámetro longitudinal y transversal de la articulación. Espacio interfacetario disminuido más de 50%, engrosamiento de la cápsula articular. Anquilosis facetaria. Osteófitos laterales y presencia de otros cambios degenerativos del arco posterior

Referencia: Pimenta Luiz, León Parra Mónica. Síndrome facetario y su manejo. *Ortho-tips*. 2005. vol 1.

CAMBIOS DE PLATILLO DE CUERPO VERTEBRAL

0: normal

Modic 1: Cambios de señal en el hueso adyacente en el disco, hipodensidades en T1 e hiperintensidad en T2

Modic 2: señal hiperintensa en T1 e hiperintensa en T2

Modic 3: señal hipo intensa en T1 y T2.

CAMBIOS DE DISCO INTERVERTEBRAL Y CUERPO

0: normal

1. Disrupción interna
2. Disco negro.
3. Colapso, defectos en el platillo, osteofitos menores de 2mm, cambios modic
4. Colapso total, esclerosis del platillo, osteofitos mayores de 2mm

Referencia: Nobuhiro Tanaka et al, The relationship between disc degeneration and flexibility of the lumbar spine. *The Spine Journal* 1 (2001) 47–56