



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado - ANEXOS

Resultados a largo plazo de la fusión lumbar:  
Un estudio prospectivo después de 15 años de la cirugía

Long-term Patient-Reported Outcomes of  
Lumbar fusion:  
A prospective study after 15 years from surgery

Autor/Author:

Jorge Sánchez Melús

Director/Director:

Dr. Javier Rodríguez Vela

Facultad de Medicina de Zaragoza  
2018

## **ÍNDICE**

1.- ANEXO I

Página 1

2.- ANEXO II

Página 21

## **ANEXO I**

### **NASS LOW BACK PAIN INSTRUMENT** **DATOS PERSONALES.**

1. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. **Sexo:**

a.... Varón

b.... Mujer

3. **Raza**

a.... Blanco

b.... Magrebí

c.... Negro

d.... Latinoamericano

e.... Asiático

ef... Otra: \_\_\_\_\_

**Nivel de estudios:**

4. **¿Qué estudios ha realizado?**

a.... No acabó la escuela

b.... Primarios.

c.... No acabó el bachillerato.

d.... Secundarios

e.... Formación profesional

f. ... Superiores

5.- **¿cuál es su situación personal?**

a.... Casado(a) o pareja estable.

b.... Divorciado(a) / Separado(a).

c.... Viudo(a).

d.... Soltero(a)

6.- **¿Con quién vive?**

a.... Solo(a).

b.... Familia de primer grado (esposo(a) e hijos).

c.... Padres o hermanos.

d.... Familia de segundo grado.

e.... Hotel, pensión....

f .... Otra situación \_\_\_\_\_

7.- **Su vivienda es:**

a.... Agradable, vive a gusto en ella.

b.... Con alguna deficiencia, pero vive a gusto en ella.

c.... Con deficiencias, le gustaría cambiarse.

e.... Con muchas deficiencias.

f .... Otra situación \_\_\_\_\_

## **PRIMERA ENTREVISTA**

### **A.- HISTORIA PROFESIONAL Y SITUACION LABORAL**

Por favor marque con un círculo o una cruz la respuesta de las siguientes preguntas.

**1.- ¿Cuántos trabajos ha tenido en los tres últimos años?**

- 1. .. Ninguno.
- 2. .. Uno o dos.
- 3. .. Tres o más.

**2.- ¿cuál de las siguientes situaciones describe su situación laboral actual?**

- 1. .. Trabajo normalmente.
- 2. .. Baja laboral remunerada.
- 3. .. Baja laboral no remunerada.
- 4. .. Desempleado.
- 5. .. Ama de casa.
- 6. .. Estudiante o sin el primer trabajo.
- 7. .. Jubilado (no debido a problemas de salud).
- 8. .. Incapacitado o jubilado a causa de los problemas de espalda.
- 9. .. Incapacitado o jubilado por otros problemas no relacionados con la columna.
- 10. .. Otro. Por favor, especifíquelo \_\_\_\_\_

**3.- ¿Es Vd. autónomo/a?**

- 1. .. Sí.
- 2. .. No

**4.- Si no está trabajando ahora, ¿cuánto tiempo lleva de baja laboral o cuanto hace que dejó de hacer las labores que antes realizaba?**

- 1. .. Menos de una semana.
- 2. .. Entre una semana y tres meses.
- 3. .. Entre tres y seis meses.
- 4. .. Entre 6 meses y un año.
- 5. .. Entre uno y dos años.
- 6. .. Más de dos años.
- 8. .. Trabajo habitualmente.
- 9. .. Nunca ha trabajado.

**5.- ¿Cuál es su empleo u oficio principal?**

Si no trabaja ahora, ¿cuál era o ha sido su oficio o principal ocupación?

**6. ¿Desarrolla ahora el mismo trabajo que cuando comenzaron sus síntomas o dolores de espalda?**

- 1. .. Si, exactamente el mismo trabajo.
- 2. .. Sí, pero se ha modificado o lo ha reducido en tiempo o intensidad por el dolor.
- 3. .. No, he tenido que cambiar de trabajo por el dolor de espalda.

4. .. No, he cambiado de trabajo, pero no por causa del dolor de espalda.
5. .. Ahora no trabajo.
- 6 ... Si, pero estoy pensando en cambiar de trabajo por el dolor de espalda.

7. **¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su ocupación o puesto actual?**
1. .. Menos de seis meses.
  2. .. Entre seis meses y un año.
  3. .. Más de un año.
  4. .. No estoy trabajando ahora.

Por favor, responda a siguientes preguntas **acerca de su trabajo actual** (o al que piensa volver). Marque con un círculo la respuesta más precisa o más frecuente en un día normal.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo de tiempo	Un poco de tiempo	Nada de tiempo
8. ¿Cuánto tiempo está sentado en su trabajo?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Cuánto tiempo permanece de pie o caminando?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Con qué frecuencia levanta pesos de 10 Kgs?	1	2	3	4	5	6
11. ¿Con qué frecuencia levanta pesos de 20 Kgs o mas?	1	2	3	4	5	6

	Extrema- damente	Mucho	Bastante	Algo	Un poco	Nada en absoluto
12. ¿Es exigente físicamente su trabajo actual?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Es estresante su trabajo actual?	1	2	3	4	5	6
14. ¿Cuánto le gusta su trabajo actual?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Tiene buen ambiente de compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Tiene buena relación con jefe o superior?	1	2	3	4	5	6

17.- Además de su salario, ¿**hay otra fuente de ingresos en su casa?**

1. El salario de otra persona.
2. Ayuda social (IMSERSO, Ayuntamiento.....).
3. Seguridad social.
4. Ayuda por incapacidad (Seguro....).
5. Otros (Inversiones, plan de pensiones, familia.....).
6. Ningún otro ingreso familiar.

18.- **¿Tiene Vd. problemas económicos debidos su dolor de espalda?**

1. En absoluto.
2. Pocos problemas.
3. Algunos problemas.
4. Muchos problemas.

Por favor, marque con un círculo o subraye la respuesta correcta.

**¿Es Vd. o está pensando solicitar algo de lo siguiente?**

	Ya estoy en en esta situación	Lo he solicitado	Estoy pensando solicitarlo
Incapacidad total para trabajo habitual	1	2	3
Incapacidad para todo trabajo	1	2	3
Accidente laboral	1	2	3
Baja laboral (no pienso en la incapacidad)	1		3
Paro o sin salario (Ama de casa)	1		
Ayuda social	1	2	3
Otra situación(*)	1	2	3

(\*) Especificar. \_\_\_\_\_

**23.- Piensa que la culpa de su situación la tiene.....**

- a.... Vd. mismo.
- b.... Su patrono o empresario.
- c.... Un compañero de trabajo.
- d.... Otra persona.
- e.... Nadie.

**24.- ¿Ha tenido que contratar a un abogado por sus problemas de espalda?**

- a.... No.
- b.... Si, y el caso está en litigio en este momento.
- c.... Si y el caso está resuelto.

**24-a¿Cuál es su situación con respecto a la incapacidad?**

- a.... No todavía no he sido citado por Inspección.
- b.... He sido citado por inspección, pero estoy en plazos (- de 18 meses).
- c.... He pasado a solicitar la incapacidad.
- d.... Se me ha denegado la incapacidad.
- e.... Tengo concedida la incapacidad para mi trabajo habitual.
- f. ... He solicitado la ampliación de incapacidad (para todo tipo de trabajo).
- g.... Se me ha concedido la incapacidad para todo tipo de trabajo.
- h. .. No tengo derechos laborales.

**24-b¿Cuántas personas dependen de su salario?**

- a.... Solamente yo.
- b.... Una o dos personas (además de uno mismo).
- c.... Mas de dos personas

**PRIMERA ENTREVISTA**

**HISTORIA MÉDICA. EXPECTATIVAS Y RESULTADOS.**

**1.- ¿Cuánto tiempo hace que comenzó este episodio?**

- a.... Menos de dos semanas.
- b.... Más de dos semanas y menos de ocho.
- c.... Menos de 3 meses.
- d.... Más de 3 meses y menos de seis.
- e.... Entre seis meses y un año.
- f. ... Más de un año.

**2.- ¿Cómo comenzó?**

- a.... De repente.
- b.... Gradualmente.

**3.- ¿Había tenido dolor de espalda con anterioridad a este episodio?**

- a.... No (Si "No" ir a la pregunta 6).
- b.... Si, un episodio.
- c.... Si dos o más episodios.

Las preguntas 4 y 5 se refieren a síntomas anteriores a la situación actual.

**4.- ¿Ha estado de baja laboral con anterioridad o percibe una pensión por sus problemas de espalda?**

- a.... No.
- b.... Sí (de baja).
  - 1. Una vez.
  - 2. Hasta tres veces.
  - 3. Más de tres veces.
- c.... Incapacidad.



**5. ¿Cuánto tiempo ha estado de baja en el peor episodio previo?**

- a.... Nada.
- b.... Menos de dos semanas.
- c.... Entre uno y tres meses.
- d.... Entre tres y seis meses.
- e.... Más de seis meses.

**6.- ¿Ha sido operado de la columna lumbar?**

- a.... No (si "No" ir a la pregunta 9).
- b.... Sí. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

Las dos preguntas siguientes se refieren a cirugías anteriores.

**7.- Después de la última cirugía, ¿ha vuelto a trabajar?**

- a.... No.
- b.... Sí, con limitaciones.
- c.... Sí, sin limitaciones.
- d.... Nunca he dejado de trabajar.
- e.... No trabajaba de forma remunerada.
  - a. Ama de casa.
  - b. Estudiante.
  - c. Jubilado.
  - d. Otra situación \_\_\_\_\_.

**8. Después de la última cirugía, ¿volvió tener "función completa"?**

- 1. .. No.
- 2. .. Sí.

Hay varias preguntas referentes al dolor de la pierna y de la columna lumbar. Cuando se dice pierna nos referimos a: muslo, pantorrilla, tobillo y pie. Cuando se dice columna lumbar nos referimos a la espalda y los glúteos.

**9. ¿Qué le molesta o le duele más?**

- 1. .. La pierna(s) mucho más.
- 2. .. Algo más la pierna (s).
- 3. .. Tanto la pierna(s) como la espalda.
- 4. .. La espalda algo más que la pierna.
- 5. .. La espalda sobre todo.

En la última semana, ¿Con qué frecuencia ha presentado los siguientes síntomas?:

	Nada de tiempo	Un poco de tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	Gran parte del tiempo	Todo el tiempo
10. Lumbalgia y/o dolor en los glúteos	1	2	3	4	5	6
11. Dolor en la pierna	1	2	3	4	5	6
12. Adormecimiento						

u hormigueos en pierna y/o pie	1	2	3	4	5	6
13. Debilidad o falta de fuerza en la pierna 1 y/o el pie*	1	2	3	4	5	6

\*Por ejemplo: dificultad para levantar o flexionar el pie, ponerse de puntillas.....

En la pasada semana **¿Cuánto le ha afectado o molestado# tener estos síntomas?**

# Nos referimos a preocupación más que molestias de tipo físico.

	Nada en absoluto	Un poco afectado	Algo afectado	Moderada- mente afectado	Muy afectado	afectado en extremo
14. Lumbalgia y/o dolor en los glúteos	1	2	3	4	5	6
15. Dolor en la pierna	1	2	3	4	5	6
16. Adormecimiento u hormigueos en pierna y/o pie	1	2	3	4	5	6
17. Debilidad o falta de fuerza en la pierna 1 y/o el pie*	1	2	3	4	5	6

\*Por ejemplo: dificultad para levantar o flexionar el pie, ponerse de puntillas.....

En la última semana , díganos como le afecta el dolor en su capacidad para realizar una serie de actividades de la vida diaria. (Marque la situación que más se acerca al punto promedio)

## **TEST DE INCAPACIDAD (OSWESTRY).**

### **ACTIVIDADES.**

Elija la opción que corresponda a usted de forma habitual para responder cada sección a continuación. (Es posible que sienta que más de una afirmación se relaciona con usted en diferentes momentos, pero es muy importante que usted seleccione solo una opción que mejor describa su problema de forma habitual).

#### Sección 1: Intensidad del dolor. Necesidad de calmantes.

- ☐ Puedo tolerar el dolor que tengo sin usar analgésicos. [0 puntos]
- ☐ Tengo mucho dolor, pero lo puedo controlar sin tomar analgésicos. [1 punto]
- ☐ Los analgésicos alivian por completo el dolor. [2 puntos]
- ☐ Los analgésicos alivian moderadamente el dolor. [3 puntos]
- ☐ Los analgésicos alivian muy poco el dolor. [4 puntos]
- ☐ Los analgésicos no tienen efecto en el dolor y no los uso. [5 puntos]

#### Sección 2: Cuidado personal (vestirse, desnudarse, higiene...)

- ☐ Puedo cuidarme normalmente sin sentir más dolor. [0 puntos]
- ☐ Puedo cuidarme normalmente, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ Es doloroso cuidarme a mí mismo, soy lento y cuidadoso. [2 puntos]
- ☐ Necesito algo de ayuda, pero puedo manejar la mayor parte de mi cuidado personal. [3 puntos]
- ☐ Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi autocuidado. [4 puntos]
- ☐ No me puedo vestir, me lavo con dificultad y permanezco en cama. [5 puntos]

#### Sección 3: Levantar pesos.

- ☐ Puedo levantar objetos pesados sin sentir más dolor. [0 puntos]
- ☐ Puedo levantar mucho peso, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo manipularlos si están bien ubicados, por ejemplo, sobre una mesa. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo manipular objetos de poco peso o peso moderado si están bien ubicados. [3 puntos]

- ☐ Solo puedo levantar objetos muy livianos. [4 puntos]
- ☐ No puedo levantar o trasladar nada. [5 puntos]

#### Sección 4: Caminar

- ☐ El dolor no me impide caminar cualquier distancia. [0 puntos]
- ☐ El dolor me impide caminar más de 1 milla. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide caminar más de 0.5 milla. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide caminar más de 0.25 milla. [3 puntos]
- ☐ Solo puedo caminar usando un bastón o muletas. [4 puntos]
- ☐ Permanezco en cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme para ir al baño. [5 p]

#### Sección 5: Sentarse

- ☐ Me puedo sentar en cualquier silla todo el tiempo que quiera. [0 puntos]
- ☐ Solo en mi silla favorita me puedo sentar todo el tiempo que quiera. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide sentarme más de 1 hora. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide sentarme más de 0,5 hora. [3 puntos]
- ☐ El dolor me impide sentarme más de 10 minutos. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide sentarme del todo. [5 puntos]

#### Sección 6: Estar de pie

- ☐ Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiera sin sentir más dolor. [0 puntos]
- ☐ Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiero, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide permanecer de pie por más de 1 hora. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide permanecer de pie por más de 30 minutos. [3 puntos]
- ☐ El dolor me impide permanecer de pie por más de 10 minutos. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide permanecer de pie del todo. [5 puntos]

### Sección 7: Sueño

- ☐ El dolor no me impide dormir bien. [0 puntos]
- ☐ Puedo dormir solo cuando tomo pastillas. [1 punto]
- ☐ Aunque tome pastillas, duermo menos de 6 horas. [2 puntos]
- ☐ Aunque tome pastillas, duermo menos de 4 horas. [3 puntos]
- ☐ Aunque tome pastillas, duermo menos de 2 horas. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide dormir del todo. [5 puntos]

### Sección 8: Vida sexual

- ☐ Mi vida sexual es normal (podría ser normal) y no siento más dolor. [0 puntos]
- ☐ Mi vida sexual es normal (podría ser normal), pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ Mi vida sexual es bastante normal, pero me produce mucho dolor. [2 puntos]
- ☐ Mi vida sexual está restringida en forma importante por el dolor. [3 puntos]
- ☐ Casi no tengo vida sexual debido al dolor. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide tener vida sexual por completo. [5 puntos]

### Sección 9: Vida social: salir de casa, bar, restaurante....

- ☐ Mi vida social es normal y no me produce más dolor. [0 puntos]
- ☐ Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses que requieren más energía, como bailar. [2 puntos]
- ☐ El dolor ha restringido mi vida social y no salgo con mucha frecuencia. [3 puntos]
- ☐ El dolor ha restringido mi vida social a mi casa. [4 puntos]
- ☐ No tengo vida social debido al dolor. [5 puntos]

### Sección 10: Viajar

- ☐ Puedo viajar a cualquier lugar sin sentir más dolor. [0 puntos]
- ☐ Puedo viajar a cualquier lugar, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor es fuerte, pero puedo hacer viajes de más de 2 horas. [2 puntos]

- ☐ El dolor me limita a viajes de menos de 1 hora. [3 puntos]
- ☐ El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de 30 minutos. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide viajar, excepto para ir al médico o al hospital. [5 puntos]

Responda cada una de las preguntas siguientes marcando las respuestas con un círculo o una cruz.

**¿Necesita algún tipo de ayuda para caminar?**

	Nunca	Algunas veces	La mitad de tiempo	A menudo	Siempre
27. Uno o dos bastones	1	2	3	4	5
28. Una o dos muletas	1	2	3	4	5
29. Andador	1	2	3	4	5
30. Silla de ruedas	1	2	3	4	5

31. **¿Por quién ha sido visitado o tratado por el dolor de espalda?**  
(puede marcar más de una respuesta)

- a.. Acupuntor.
- b.. Fisioterapeuta o quiropráctico.
- c.. Urgencias.
- d.. Médico de cabecera.
- e.. Servicio especial de Urgencias.
- f... Internista.
- g.. Masajista.
- h.. Neurocirujano.
- i... Rehabilitador (osteópata)
- j... Traumatólogo.
- k.. Unidad del dolor.
- l... Electroterapia.
- m. Reumatólogo.
- n.. Escuela de espalda, gimnasio....
- o.. Otro \_\_\_\_\_
- p.. Ninguno de los anteriores

32. Durante la última semana, ¿**con qué frecuencia** ha tomado calmantes por su dolor de espalda o pierna? y ¿**qué tipo de fármaco**?

- a.... Tres o más veces al día.
- b.... Una o dos veces.
- c.... Sólo cada dos días.
- d.... Una vez por semana.
- e.... Ninguno.

Nombre \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ los fármacos \_\_\_\_\_

33.- ¿Ha usado **bebidas alcohólicas** para paliar el dolor de espalda o de pierna?

- a.... No.
- b.... Si, de vez en cuando.
- c.... Si, a menudo.

34.- **Si tuviera que pasar el resto de su vida en las condiciones en las que se encuentra ahora por su problema de espalda, ¿qué pensaría?**

- a.... Extremadamente insatisfecho.
- b.... Muy insatisfecho.
- c.... Algo insatisfecho.
- d.... No importa. Me daría igual.
- e.... Algo satisfecho.
- f. ... Muy satisfecho.
- g.... Extremadamente satisfecho.

**¿Qué tipo de expectativas tiene puestas en el tratamiento de su problema por esta unidad?**

	No probable	Muy poco probable	Algo probable	Muy probable	Extrema. probable
36. Completa alivio del dolor	1	2	3	4	5
37. Moderado alivio del dolor	1	2	3	4	5
38. Ser capaz de hacer la casa o actividad al aire libre	1	2	3	4	5
39. Poder dormir más y mejor	1	2	3	4	5
40. Volver a mi trabajo habitual	1	2	3	4	5
41. Ser capaz de hacer deporte, ir en bici o dar paseos largos	1	2	3	4	5

**42.- ¿Qué otro tipo de resultados o expectativas tiene puestas en el tratamiento? ¿Qué le gustaría obtener? Por favor, descríbanoslo.**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



**¿De los siguientes resultados del tratamiento, qué es para Vd. importante y en qué medida?**

	No importante	Muy poco importante	Algo importante	Muy importante	Extrema. importante
43. Completo alivio del dolor	1	2	3	4	5
44. Ser capaz de hacer la casa o actividad al aire libre	1	2	3	4	5
45. Poder dormir más y mejor	1	2	3	4	5
46. Volver a mi trabajo habitual	1	2	3	4	5
47. Ser capaz de hacer deporte, ir en bici o dar paseos largos	1	2	3	4	5
48. Otro objetivo*	1	2	3	4	5

\* Especificar el tipo de objetivo \_\_\_\_\_

Preguntas sobre salud general.

49.- **En general, en este momento, podría decir que su salud es:**

- ...Excelente.
- ...Muy buena.
- ....Buena.
- ...Regular.
- ...Mala.
- Horrorosa.

50.- **¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las enfermedades siguientes?** (enmarque con un círculo).

- .. Diabetes.
- .. Enfermedad cardiaca.
- .. Apoplejía.
- .. Artrosis o dolor en otra zona además de la espalda.
- .. Asma o enfermedad pulmonar.
- .. Depresión.
- ... Hipertensión.
- .. Colitis.

9. .. Psoriasis.  
10.. Ninguna de las anteriores.

**51. ¿Fuma habitualmente cigarrillos?**

- a.... Nunca he fumado.  
b.... Sí.  
c.... No, lo he dejado hace menos de seis meses.  
d.... No, lo he dejado hace más de seis meses.

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo....

	Todo el tiempo (siempre)	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo de tiempo (ocasional)	Poco tiempo (alguna vez)	Nada de tiempo (nunca)
52. Ha sido una persona muy nerviosa	1	2	3	4	5	6
53. Se ha sentido muy decaído, nada podía animarle.	1	2	3	4	5	6
54. Se ha sentido calmado y en paz.	1	2	3	4	5	6
55. Se ha sentido descorazonado y deprimido	1	2	3	4	5	6
56. Ha sido una persona feliz	1	2	3	4	5	6

**¿Le ha resultado difícil o complicado responder este test?**

- a.... Si muy difícil y complicado.  
b.... Si, bastante complicado.  
c.... No ha sido difícil, pero he tenido algunos problemas.  
d.... Ni es difícil ni he tenido problemas.

**COMENTARIOS**

### ACTIVIDAD FISICA SF-36

Contestar cada una de las preguntas. Si no está completamente seguro de la respuesta conteste la que más se acerque a la situación que padece.

Las siguientes cuestiones se refieren a actividades que podría realizar durante un día normal. ¿Su estado de salud limita estas actividades?. Si es así ¿cuánto?

a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores...).

Sí, me limita mucho    ☐

Sí, me limita un poco    ☐

No, no me limita nada    ☐

b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora....)

Sí, me limita mucho    ☐

Sí, me limita un poco    ☐

No, no me limita nada    ☐

c. Coger o llevar la bolsa de la compra.

Sí, me limita mucho    ☐

Sí, me limita un poco    ☐

No, no me limita nada    ☐

d. Subir varios pisos por la escalera.

Sí, me limita mucho    ☐

Sí, me limita un poco    ☐

No, no me limita nada    ☐

e. Subir un solo piso por la escalera.

Sí, me limita mucho    ☐

Sí, me limita un poco    ☐

No, no me limita nada    ☐

f. Agacharse o arrodillarse.

Sí, me limita mucho    ☐

Sí, me limita un poco    ☐

- No, no me limita nada ☐
- g. Caminar un kilómetro o más.  
Sí, me limita mucho ☐  
Sí, me limita un poco ☐  
No, no me limita nada ☐
- h. Caminar varias manzanas.  
Sí, me limita mucho ☐  
Sí, me limita un poco ☐  
No, no me limita nada ☐
- i. Caminar una sola manzana (100 m.).  
Sí, me limita mucho ☐  
Sí, me limita un poco ☐  
No, no me limita nada ☐
- j. Bañarse o vestirse por sí mismo.  
Sí, me limita mucho ☐  
Sí, me limita un poco ☐  
No, no me limita nada ☐

Durante el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física?.

- a. Reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas.  
Sí ☐  
No ☐
- b. Hizo menos de los que hubiera querido hacer.  
Sí ☐  
No ☐
- c. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.  
Sí ☐  
No ☐
- d. tuvo dificultad para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal).  
Sí ☐  
No ☐

## TEST ANALÓGICO VISUAL DEL DOLOR (VAS)

Esto es una escala de dolor. Marque cuál es su apreciación del dolor lumbar que padece

NO DOLOR (0).

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

---

MAXIMO DOLOR (10)

## TEST DE GOLDBER y Cols.

**Escala de ansiedad.** (Responda SI o NO)

1. ...¿Se siente Vd. tenso/a, nervioso/a?.

2 ....¿Está Vd. inquieto/a?

3. ...¿Está Vd. irritable?

4 ....¿Le cuesta relajarse?

En caso de haber contestado a dos o más de las anteriores preguntas de forma positiva, seguir el cuestionario, si no ha respondido a dos o más, ir a la pregunta 10.

5 ....¿Duerme mal?

6 ....¿Tiene dolores de cabeza, dolores cervicales, dolor en todo el cuerpo?

7 ....¿Tiene alguna de las siguientes manifestaciones: temblores, hormigueos, sensación de desequilibrio, sudores, necesidad de orinar frecuentemente, diarreas?

8 ....¿Está Vd. inquieto/a por su salud?

9 ....¿Le cuesta conciliar el sueño?

**Escala de depresión.**

10 ..¿Cree Vd. que la falta energía?

11 ..¿Tiene Vd. poco interés en hacer las cosas?

12 ..¿Ha perdido confianza en sí mismo?

13 ..¿Ha perdido la esperanza que mejore su situación?

Si ha contestado a alguna de estas últimas cuatro preguntas de forma afirmativa, continuar el test, si no, no es preciso continuar.

14 ..¿Le cuesta concentrarse?

15 ..Ha perdido el apetito?

16 ..¿Se despierta demasiado pronto por la mañana?

17 ..¿Se encuentra Vd. fatigado/a?

18 ..¿Se encuentra peor por la mañana?

**INTERPRETACION.**

Se obtiene la puntuación de cada escala sumando las respuestas positivas.

Los pacientes que tengan una puntuación de 5 en la escala de ansiedad y de 2 en la de depresión tienen un 50% de posibilidades de presentar un trastorno clínicamente significativo.

Por encima de estas puntuaciones, esta posibilidad aumenta notablemente.

## **ANEXO II**

### **SEGUIMIENTO + 15 años INFORMACION PERSONAL**

FECHA ENTREVISTA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° Hª: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y  
APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD, D.P.: \_\_\_\_\_ FECHA  
CIRUGÍA \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo u otro #  
(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por favor marque con un círculo o una cruz la respuesta a las siguientes preguntas.

#### **¿Después de la intervención volvió a su trabajo o actividad habitual?**

1. Sí, de forma totalmente normal.
2. He hecho lo mismo pero menor tiempo o con menor intensidad.
3. Solo he podido hacer algunas cosas que hacía habitualmente.
4. No he podido hacer ningún tipo de trabajo o actividad.

#### **Después de la intervención:**

1. No mejoré nada.
2. Mejoré muy poco.
3. Mejoré pero vuelvo a tener dolor.
4. Mejoré pero tengo algunas molestias.
5. Mejoré y no he tenido más molestias.

#### **Si ha empeorado por dolor de espalda después de la operación. ¿Cuántos años ha estado bien y su calidad de vida ha sido satisfactoria?**

(en años)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    +10    SIEMPRE

Esto es una escala de dolor. Marque cuál es su apreciación del dolor lumbar que padece

NO DOLOR (0). \_\_\_\_\_ MAXIMO DOLOR (10)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**¿Padece Vd. alguna enfermedad médica que puede afectar a su estado de salud? ¿Cuál o cuáles?**

---

**¿Padece Vd. Algún problema en el cuello, rodillas, caderas o pies que pueden afectar a su columna lumbar? Describalo.**

---

## **TEST DE INCAPACIDAD (OSWESTRY).**

### **ACTIVIDADES.**

**Elija la opción que corresponda a usted de forma habitual para responder cada sección a continuación.** (Es posible que sienta que más de una afirmación se relaciona con usted en diferentes momentos, pero es muy importante que usted seleccione solo una opción que mejor describa su problema de forma habitual).

#### **Sección 1: Intensidad del dolor. Necesidad de calmantes.**

- ☐ Puedo tolerar el dolor que tengo sin usar analgésicos. [0 puntos]
- ☐ Tengo mucho dolor, pero lo puedo controlar sin tomar analgésicos. [1 punto]
- ☐ Los analgésicos alivian por completo el dolor. [2 puntos]
- ☐ Los analgésicos alivian moderadamente el dolor. [3 puntos]
- ☐ Los analgésicos alivian muy poco el dolor. [4 puntos]
- ☐ Los analgésicos no tienen efecto en el dolor y no los uso. [5 puntos]

#### **Sección 2: Cuidado personal (vestirse, desnudarse, higiene...)**

- ☐ Puedo cuidarme normalmente sin sentir más dolor. [0 puntos]
- ☐ Puedo cuidarme normalmente, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ Es doloroso cuidarme a mí mismo, soy lento y cuidadoso. [2 puntos]
- ☐ Necesito algo de ayuda, pero puedo manejar la mayor parte de mi cuidado personal. [3 puntos]
- ☐ Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi autocuidado. [4 puntos]
- ☐ No me puedo vestir, me lavo con dificultad y permanezco en cama. [5 puntos]

#### **Sección 3: Levantar pesos.**

- ☐ Puedo levantar objetos pesados sin sentir más dolor. [0 puntos]



- ☐ Puedo levantar mucho peso, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo manipularlos si están bien ubicados, por ejemplo, sobre una mesa. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo manipular objetos de poco peso o peso moderado si están bien ubicados. [3 puntos]
- ☐ Solo puedo levantar objetos muy livianos. [4 puntos]
- ☐ No puedo levantar o trasladar nada. [5 puntos]

#### **Sección 4: Caminar**

- ☐ El dolor no me impide caminar cualquier distancia. [0 puntos]
- ☐ El dolor me impide caminar más de 1 milla. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide caminar más de 0.5 milla. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide caminar más de 0.25 milla. [3 puntos]
- ☐ Solo puedo caminar usando un bastón o muletas. [4 puntos]
- ☐ Permanezco en cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme para ir al baño. [5 p]

#### **Sección 5: Sentarse**

- ☐ Me puedo sentar en cualquier silla todo el tiempo que quiera. [0 puntos]
- ☐ Solo en mi silla favorita me puedo sentar todo el tiempo que quiera. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide sentarme más de 1 hora. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide sentarme más de 0,5 hora. [3 puntos]
- ☐ El dolor me impide sentarme más de 10 minutos. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide sentarme del todo. [5 puntos]

#### **Sección 6: Estar de pie**

- ☐ Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiera sin sentir más dolor. [0 puntos]
- ☐ Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiero, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor me impide permanecer de pie por más de 1 hora. [2 puntos]
- ☐ El dolor me impide permanecer de pie por más de 30 minutos. [3 puntos]

- ☐ El dolor me impide permanecer de pie por más de 10 minutos. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide permanecer de pie del todo. [5 puntos]

### **Sección 7: Sueño**

- ☐ El dolor no me impide dormir bien. [0 puntos]
- ☐ Puedo dormir solo cuando tomo pastillas. [1 punto]
- ☐ Aunque tome pastillas, duermo menos de 6 horas. [2 puntos]
- ☐ Aunque tome pastillas, duermo menos de 4 horas. [3 puntos]
- ☐ Aunque tome pastillas, duermo menos de 2 horas. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide dormir del todo. [5 puntos]

### **Sección 8: Vida sexual**

- ☐ Mi vida sexual es normal (podría ser normal) y no siento más dolor. [0 puntos]
- ☐ Mi vida sexual es normal (podría ser normal), pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ Mi vida sexual es bastante normal, pero me produce mucho dolor. [2 puntos]
- ☐ Mi vida sexual está restringida en forma importante por el dolor. [3 puntos]
- ☐ Casi no tengo vida sexual debido al dolor. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide tener vida sexual por completo. [5 puntos]

### **Sección 9: Vida social: salir de casa, bar, restaurante....**

- ☐ Mi vida social es normal y no me produce más dolor. [0 puntos]
- ☐ Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses que requieren más energía, como bailar. [2 puntos]
- ☐ El dolor ha restringido mi vida social y no salgo con mucha frecuencia. [3 puntos]
- ☐ El dolor ha restringido mi vida social a mi casa. [4 puntos]
- ☐ No tengo vida social debido al dolor. [5 puntos]

### **Sección 10: Viajar**

- ☐ Puedo viajar a cualquier lugar sin sentir más dolor. [0 puntos]
- ☐ Puedo viajar a cualquier lugar, pero sí siento más dolor. [1 punto]
- ☐ El dolor es fuerte, pero puedo hacer viajes de más de 2 horas. [2 puntos]
- ☐ El dolor me limita a viajes de menos de 1 hora. [3 puntos]

- ☐ El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de 30 minutos. [4 puntos]
- ☐ El dolor me impide viajar, excepto para ir al médico o al hospital. [5 puntos]

### **ACTIVIDAD FISICA SF-36**

Contestar cada una de las preguntas. Si no está completamente seguro de la respuesta conteste la que más se acerque a la situación que padece.

**Las siguientes cuestiones se refieren a actividades que podría realizar durante un día normal. ¿Su estado de salud limita estas actividades? Si es así ¿cuánto?**

**a. Esfuerzos intensos** (correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores...).

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**b. Esfuerzos moderados** (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora....)

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**c. Coger o llevar la bolsa de la compra.**

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

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

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**e. Subir un solo piso por la escalera.**

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**f. Agacharse o arrodillarse.**

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**g. Caminar un kilómetro o más.**

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**h. Caminar varias manzanas.**

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**i. Caminar una sola manzana (100 m.).**

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**j. Bañarse o vestirse por sí mismo.**

Sí, me limita mucho ..... O

Sí, me limita un poco ..... O

No, no me limita nada ..... O

**Durante el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física?**

- a. Reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas.  
 Si ..... ☐   
 No ..... ☐
- b. Hizo menos de los que hubiera querido hacer.  
 Si ..... ☐   
 No ..... ☐
- c. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.  
 Si ..... ☐   
 No ..... ☐
- d. tuvo dificultad para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal).  
 Si ..... ☐   
 No ..... ☐

**SATISFACCIÓN**

**Con la operación que se le realizó ¿Cumplió y ha cumplido las expectativas que Vd. tenía?** (Hay que tener en cuenta la disminución de las actividades por la edad)

	No, en absoluto	Muy poco	Algo	Bastante	Por completo
Alivio del dolor	1	2	3	4	
Ser capaz de hacer la casa o actividad al aire libre	1	2	3	4	5
Poder dormir más y mejor	1	2	3	4	5
Volver a mi trabajo habitual	1	2	3	4	5
Ser capaz de hacer deporte, ir en bici o dar paseos largos	1	2	3	4	5

**¿Volvería a someterse a la misma intervención si su situación fuese la misma?.**

- a.... No, seguro.  
 b.... Probablemente no.  
 c.... No estoy seguro.  
 d.... Probablemente sí.  
 e.... Seguro que sí.

**¿Cómo calificaría el resultado global de la cirugía?**

	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
El resultado global De la cirugía en su problema de espalda o pierna	1	2	3	4	5	6

**¿Qué otro tipo de beneficios, perjuicios o resultados ha obtenido con el tratamiento realizado?** Por favor, descríbalos.

---

---

---

---