

Seguimiento a doce meses de pacientes con dolor lumbar

Twelve month follow up of patients with low back pain

David Mantilla Borda^{1,5,6,*} ID, William Amaya Zúñiga^{2,5}, Mario Mendoza O'birne^{3,6}, Jairo Moyano Acevedo^{4,5}

¹ Anestesiólogo, Fellow de Dolor y Cuidado Paliativo.

² Anestesiólogo, Especialista en Anestesia Cardiovascular.

³ Anestesiólogo, Intensivista, Epidemiólogo clínico, Asesor Metodológico.

⁴ Anestesiólogo, Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo, Farmacólogo Clínico y Doctor en Farmacología.

⁵ Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

⁶ Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Colombia.

El estudio no ha sido enviado a otra revista científica nacional o internacional.

No hubo financiamiento de ningún tipo para el presente trabajo.

Se aclara que los autores respetan durante la investigación los principios éticos de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki, además la privacidad y el anonimato de los pacientes.

Se afirma la cesión de los derechos de propiedad intelectual del artículo a la Revista Chilena de Anestesiología.

Fecha de recepción: 13 de diciembre de 2023 / Fecha de aceptación: 02 de enero de 2024

ABSTRACT

Background: Patients with low back pain maintain analgesic medication chronically and some undergo pain or surgical interventions in order to mitigate the pain, with the risk of complications derived from the treatments, with an impact on the quality of life, so it makes it pertinent to explore our population to subsequently determine if these profiles have any correlation with the development of detriment to quality of life. **Objective:** To evaluate changes in quality of life at 12 months in patients evaluated and treated by the pain clinic group at FSFB with a diagnosis of low back pain, using the EQ5D questionnaire. **Design, Materials, and Methods:** Prospective cohort study of patients with low back pain admitted to the institution, in which variables associated with quality of life will be evaluated, convenience sampling of patients who meet inclusion criteria, scores from the initial moment compared at 12 months. **Results and Conclusions:** Documenting in detail the clinical evolution with special reference to the quality of life of patients with chronic low back pain undergoing different pharmacological, non-pharmacological, interventional, and surgical procedures, identifying factors associated with an improvement or deterioration in quality of life. The conclusions will allow guiding patient education from the moment they enter the low back pain program according to the profile defined in this research.

Keywords: Low back pain, radiculopathy, lumbosacral pain, scoliosis, spinal stenosis.

RESUMEN

Introducción: Pacientes con dolor lumbar mantienen medicación analgésica de manera crónica y algunos llevados a intervenciones en dolor o quirúrgicas con el fin de atenuar el dolor, con riesgo de complicaciones derivadas de los tratamientos, con impacto en la calidad de vida, por lo que se hace pertinente la exploración en nuestra población para determinar posteriormente si estos perfiles tienen alguna correlación con el desarrollo del detrimento en la calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar cambios en la calidad de vida a 12 meses en pacientes valorados y tratados por el grupo clínica de dolor en FSFB con diagnóstico de dolor lumbar, mediante uso del cuestionario EQ5D. **Diseño, Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes con dolor lumbar que ingresan a la institución, en el cual se evaluarán variables

David Mantilla

dlmantillab@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8099-7721>

ISSN: 0716-4076



asociadas con la calidad de vida, muestreo a conveniencia de pacientes que cumplan criterios de inclusión, puntajes del momento inicial comparado a los 12 meses. **Resultados y Conclusiones:** Documentar detalladamente la evolución clínica con especial referencia a la calidad de vida de pacientes con dolor lumbar crónico llevados a diferentes procedimientos farmacológicos, no farmacológicos, intervencionistas y quirúrgicos, identificando factores asociados a una mejoría o deterioro de la calidad de vida. Las conclusiones permitirán orientar la educación del paciente desde su ingreso al programa de dolor lumbar de acuerdo al perfil definido en esta investigación.

Palabras clave: Lumbalgia, radiculopatía, dolor lumbosacro, escoliosis, estenosis espinal.

Introducción

Los pacientes que cursan con dolor lumbar, presentan diferentes abordajes terapéuticos, existe controversia en la literatura sobre cuál es la modalidad que ofrece un mayor beneficio funcional a largo plazo con mejoría en la calidad de vida.

Los trastornos musculo-esqueléticos tiene una prevalencia determinada según la edad y el diagnóstico específico, se describe a nivel mundial que aproximadamente 1.710 millones de personas cursan con algún trastorno musculo-esquelético, siendo el principal factor de esta estadística el dolor lumbar[1], generando un impacto social adverso, que aumenta con la edad y produce una de las principales discapacidades laborales[2], seguido de otros factores como las fracturas, dolor de cuello, artrosis, amputaciones y artritis reumatoide[1]. En la actualidad, los países de ingresos elevados son quienes presentan una mayor población afectada por el dolor lumbar, también se estima que en los próximos años exista un aumento significativo en los países de bajos y medianos ingresos[3], asociados con un deterioro significativo de la salud mental y de las capacidades funcionales, contribuyendo a la cifra en ascenso de años vividos con discapacidad.

En los Estados Unidos, hay un elevado gasto en el manejo del dolor lumbar que se puede atribuir al volumen significativamente mayor de episodios de atención no quirúrgica generando una alta demanda económica al sistema de salud[4]-[6]. Existen dentro de los abordajes de los pacientes con dolor lumbar opciones quirúrgicas y no quirúrgicas que impactan en la salud y calidad de vida de quienes consultan a los servicios médicos, para lo cual debe existir una directriz objetiva en beneficio del paciente[7].

Durante los últimos años se han publicado y realizado guías para el manejo del dolor lumbar, exhortando la alta necesidad en mejorar la calidad de la atención para el manejo quirúrgico y no quirúrgico del dolor lumbar, reducir la variabilidad de la prestación del servicio, para representar mejor los enfoques basados en la evidencia, direccionando de esta forma que la calidad de la atención podría mejorar para esta condición clínica[8]-[11].

El desenlace final de cada intervención sobre la calidad de vida del paciente, permanece por ser definido, este protocolo será una línea de investigación de la clínica de dolor, motivos que nos llenan de razones para implementar este instrumento con el fin de evaluar cambios en la calidad de vida en pacientes que son valorados y tratados por el grupo de clínica de dolor y tienen diagnóstico de dolor lumbar.

Se espera en los pacientes documentar detalladamente la evolución clínica con especial referencia a la calidad de vida de los pacientes con dolor lumbar crónico llevados a diferentes procedimientos farmacológicos, no farmacológicos, interven-

cionistas y quirúrgicos, logrando identificar los factores asociados a una mejoría de la calidad de vida o a un deterioro en la calidad de vida. Las conclusiones del trabajo permitirán orientar la educación del paciente desde su ingreso al programa de dolor lumbar de acuerdo al perfil definido en esta investigación.

Objetivos

Evaluar cambios en la calidad de vida a 12 meses en pacientes que son valorados y tratados por el grupo de clínica de dolor en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y tienen diagnóstico de dolor lumbar, mediante uso del cuestionario EQ5D.

Materiales y Métodos

El cuestionario EQ-5D es una herramienta genérica y ampliamente utilizada para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRs) en pacientes con una amplia variedad de condiciones de salud. Consta de dos componentes principales: el perfil de salud y la escala visual analógica (EVA). El perfil de salud consta de cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión se evalúa en tres niveles de severidad: sin problemas, problemas moderados y problemas graves. La EVA es una escala de 0 a 100 en la que los pacientes califican su estado de salud actual[12].

El cuestionario R-Morris es una herramienta específica para evaluar la CVRS en pacientes con enfermedades musculo-esqueléticas crónicas. Fue desarrollado como una extensión del cuestionario original de Morris, centrándose en la evaluación de la funcionalidad física y el impacto en la vida diaria. El cuestionario consta de 24 ítems agrupados en cinco subescalas: dolor, actividades de la vida diaria, actividad física, función sexual y función emocional[13].

Tanto el cuestionario EQ-5D como el R-Morris son herramientas valiosas para evaluar la CVRS en diferentes contextos clínicos y de investigación.

Tipo y diseño general del estudio

Estudio de cohorte prospectivo en el cual se evaluarán las variables asociadas con la calidad de vida que presentan los pacientes que consultan y son tratados por la clínica de dolor, que reciben alguno de estos tipos de tratamiento: médico (farmacológico, no farmacológico, intervencionismo en dolor)

o quirúrgico. Se realizará un muestreo a conveniencia de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, el estudio cuenta con la autorización del comité de ética clínica institucional.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Demográficos: Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Clínicos: Diagnóstico clínico de dolor lumbar que amerita alguno de los siguientes tratamientos: médico (medidas farmacológicas, no farmacológicas, intervencionismo en dolor) o quirúrgico.
- Geográficos: Pacientes tratados en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Temporales: Entre febrero de 2024 y enero de 2025.

Criterios de exclusión

- Pacientes con instrumentación lumbar previa.
- Pacientes con tratamientos homeopáticos.
- Pacientes embarazadas.

Recolección de la muestra

Identificación de pacientes: se realizará a partir de la consulta institucional de la Clínica de Dolor o las interconsultas hospitalarias de la Fundación Santa Fe durante 12 meses y cada a paciente se le asignará un número consecutivo para mantener la confidencialidad de los datos.

La recolección de datos se hará de manera prospectiva por parte del médico fellow de dolor, según la vinculación de pacientes y cada 3 meses se le aplicarán 2 cuestionarios al paciente: el EQ5D (Anexo 1) y la escala Roland Morris (Anexo 2). Adicionalmente, mediante el instrumento de recolección de datos se registrará información otorgada de manera directa por el paciente en cada consulta (Anexo 3).

Se considera a este proyecto una investigación de riesgo mínimo, dada la legislación colombiana, por lo tanto, no es necesario obtener consentimiento informado por parte de los pacientes debido a la ausencia de intervención por parte de los investigadores y que la realización del cuestionario es voluntaria

y a cada paciente se le asignará un número consecutivo para mantener la confidencialidad de los datos.

Variables

Plan de análisis y diseño estadístico

De forma general para todos se evaluará la distribución que estas presentan, para las variables con distribución normal se utilizará la media aritmética como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión y para aquellas variables cuantitativas con distribución no normal, se utilizará la mediana y los rangos intercuartílicos para su análisis. Para las variables cualitativas se presentarán tablas de frecuencia relativa y absoluta, y también se planteará una tabla cruzada con el fin de evaluar la distribución de estas según el tratamiento intervencionista y aquellos que fueron llevados a la cirugía de descompresión por canal lumbar estrecho, de estas se evaluará la diferencia y/o asociación entre ellas usando los estadísticos chi cuadrado, ANOVA o prueba de Wilcoxon.

Para definir la relación entre variables se aplicaría el análisis de correlación de Pearson de los puntajes de la escala Roland Morris en el momento inicial comparado en los meses de análisis, y se evaluaran cambios en la asociación entre las variables con el dolor usando el estadístico Chi cuadrado o ANOVA según la cantidad de categorías analizar (Tabla 1).

Flujograma de ingreso al estudio

De los pacientes que consultan a la clínica de dolor del hospital por dolor lumbar o son interconsultados por otros servicios con diagnóstico clínico de dolor lumbar y que ameritan alguno de los siguientes tratamientos: Médico (medidas farmacológicas, no farmacológicas, intervencionismo en dolor) o quirúrgico, posteriormente, se realizará según criterios de inclusión y exclusión el ingreso al estudio que tendrá dos grupos, los que inician con tratamiento médico y los que inician con tratamiento quirúrgico, manteniendo seguimiento trimestral durante doce meses donde se realizaran las encuestas EQ-5D y R-Morris, resaltando que según evolución, los pacientes pueden ser trasladados de grupo de manejo que contribuya con la mejoría clínica (Figura 1).

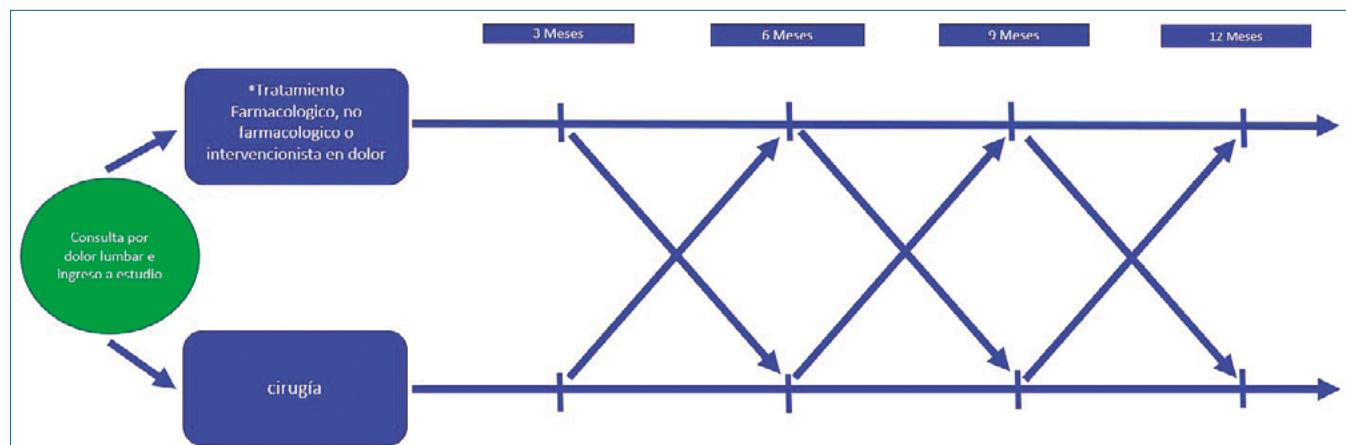


Figura 1. Flujograma de ingreso al estudio.

Tabla 1. Matriz de variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Edad	Número de años vividos por el individuo hasta que fue incluido en el estudio	Cuantitativa	Continua	Número
Sexo	Condición orgánica que distingue hombre de mujer	Cualitativa	Nominal	0: Masculino 1: Femenino
Peso	Medida en kilogramos del peso del paciente al momento del estudio	Cuantitativa	Continua	Kilogramos
Talla	Medida en centímetros de talla del paciente.	Cuantitativa	Continua	Centímetros
Índice de masa corporal	Medida de asociación entre peso y talla del individuo	Cuantitativa	Continua	Número
Lugar de residencia	Ciudad de permanencia del sujeto	Cualitativa	Nominal	Ciudad
Actividad laboral	Actividad que desempeña o desempeño durante la época laboral	Cualitativa	Nominal	0: Cesante 1: Activo
Actividad física	Todo movimiento corporal producido por los músculos que requiere más energía que estar en reposo	Cualitativa	Nominal	0: Si 1: No
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de la persona	Cualitativa	Nominal	0: Soltero/a 1: Casado/a 2: Unión libre 3: Separado/Divorciado 4: Viudo/a
Nacionalidad	Vínculo jurídico esencial entre el individuo y el Estado	Cualitativa	Nominal	0: Colombiano 1: Extranjero
Creencia religiosa	Conjunto de creencias e ideas individuales, grupales o sociales que determinan al sujeto	Cualitativa	Nominal	0: Católico 1: Otras
Diagnóstico según CIE-10	Definido según evaluación clínica y/o reporte de imágenes radiológicas lumbosacras dadas por resonancia magnética, gammagrafía y/o tomografía	Cualitativa	Nominal	Según clasificación CIE-10
Tiempo de evolución	Número de días transcurrido desde el inicio de síntomas hasta el ingreso al estudio	Cuantitativa	Discreta	Días
Tratamiento definido	Tratamiento elegido luego de las valoraciones y revisión de imágenes	Cualitativa	Nominal	0: Tratamiento farmacológico o no farmacológico 1: Intervencionismo 2: Cirugía
Canal lumbar estrecho	Condición determinada a partir de resultados de imágenes radiológicas	Cualitativa	Nominal	0: Si 1: No
Estado funcional	Escala RAPA validada al español	Cualitativa	Nominal	0: Sedentario 1: Poco activo 2: Activo
Intensidad del dolor	Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente	Cualitativa	Ordinal	0: Dolor leve 1: Dolor moderado 2: Dolor intenso

Resultados y Discusión

El dolor lumbar puede afectar seriamente la calidad de vida y se ha convertido en la principal causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo (64,9 millones), en comparación con la diabetes (38,6 millones), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (30,6 millones) y otras enfermedades crónicas o trastornos en 2017[14]. La comprensión del impacto del

dolor lumbar crónico en la calidad de vida de los pacientes es fundamental para desarrollar estrategias efectivas de manejo y mejorar su bienestar general.

El dolor lumbar crónico es una afección común que afecta a un gran número de personas en todo el mundo. La prevalencia del dolor lumbar crónico varía según el país y la región geográfica. En los países desarrollados, se estima que la prevalencia oscila entre el 10% y el 50%. En los países en desarrollo, la

prevalencia también es significativa, con estimaciones alrededor del 18%[10],[15].

Se espera que se pueda describir una probable correlación entre los patrones de conducta médica y el impacto en la calidad de vida de los pacientes con dolor lumbar, con esto poder brindar recursos académicos y epidemiológicos a los cirujanos de columna y clínica de dolor para sustentar decisiones clínicas en el manejo de estos pacientes. Así mismo, el principal beneficiario serán los pacientes con un potencial aumento en la seguridad de la atención clínica.

Referencias

1. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021 Dec;396(10267):2006–17. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0) PMID:33275908
2. Safiri S, Kolahi AA, Cross M, Hill C, Smith E, Carson-Chahhoud K, et al. Prevalence, deaths, and disability-adjusted life years due to musculoskeletal disorders for 195 countries and territories 1990–2017. Arthritis Rheumatol. 2021 Apr;73(4):702–14. <https://doi.org/10.1002/art.41571> PMID:33150702
3. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al.; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018 Jun;391(10137):2356–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X) PMID:29573870
4. Dieleman JL, Cao J, Chapin A, Chen C, Li Z, Liu A, et al. US health care spending by payer and health condition, 1996–2016. JAMA. 2020 Mar;323(9):863–84. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0734> PMID:32125402
5. Kim LH, Vail D, Azad TD, Bentley JP, Zhang Y, Ho AL, et al. Expenditures and health care utilization among adults with newly diagnosed low back and lower extremity pain. JAMA Netw Open. 2019 May;2(5):e193676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3676> PMID:31074820
6. Steven z. George, steven z. George, sheri p. Silfies, et al. Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(11):CPG1-CPG60. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0304>.
7. Zadro J, O'Keeffe M, Maher C. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. BMJ Open. 2019 Oct;9(10):e032329. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032329> PMID:31591090
8. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al.; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018 Jun;391(10137):2356–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X) PMID:29573870
9. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al.; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Low back pain: a call for action. Lancet. 2018 Jun;391(10137):2384–8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4) PMID:29573871
10. A Vartiainen P, Heiskanen T, Sintonen H, et al. Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument. Pain. 2016;157:2269–2276.
11. Vlaeyen JW, Maher CG, Wiech K, Van Zundert J, Meloto CB, Diatchenko L, et al. Low back pain. Nat Rev Dis Primers. 2018 Dec;4(1):52. <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0052-1> PMID:30546064
12. Herdman M, Badia X y Berra S – El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria Aten Primaria 2001. 15 de octubre. 28 (6): 425-429
13. Chiarotto A, Maxwell LJ, Terwee CB, Wells GA, Tugwell P, Ostelo RW. Roland-Morris Disability Questionnaire and Oswestry Disability Index: Which Has Better Measurement Properties for Measuring Physical Functioning in Nonspecific Low Back Pain? Systematic Review and Meta-Analysis. Phys Ther. 2016 Oct;96(10):1620–37. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150420> PMID:27081203
14. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet (London, England), 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
15. Sá KN, Moreira L, Baptista AF, Yeng LT, Teixeira MJ, Galhardoni R, et al. Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. Pain Rep. 2019 Dec;4(6):e779. <https://doi.org/10.1089/pain.2019.0079> PMID:31984290

Anexo 1. Cuestionario EQ5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej.. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Fuente: Herdman M, Badia X y Berra S - El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria, Aten Primaria 2001. 15 de octubre. 28 (6): 425-429

Anexo 2. Escala Roland Morris

Cuando le duele la espalda, puede que le sea difícil hacer algunas de las cosas que habitualmente hace. Esta lista contiene algunas de las frases que la gente usa para explicar cómo se encuentra cuando le duele la espalda (o los niños). Cuando las lea, puede que encuentre algunas que describan su estado de hoy. Cuando lea la lista, piense en cómo se encuentra usted hoy. Cuando lea usted una frase que describa como se siente hoy, póngale una señal Si la frase no describe su estado de hoy, pase a la siguiente frase. Recuerde, tan solo señale la frase si está seguro de que describe cómo se encuentra usted hoy.

- 1.- Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por rm dolor de espalda.
- 2.- Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar la espalda.
- 3.- Debido a mi espalda, camino más lentamente de lo normal
- 4.- Debido a mi espalda, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa.
- 5.- Por mi espalda, uso el pasamanos para subir escaleras.
- 6.- A causa de mi espalda debo acostarme más a menudo para descansar
- 7.- Debido a mi espalda, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones o sofás.
- 8.- Por culpa de mi espalda, pido a los demás que me hagan las cosas.
- 9.- Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi espalda.
- 10.- A causa de mi espalda, sólo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo.
- 11.- A causa de mi espalda, procuro evitar inclinarme o arrodillarme
- 12.- Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi espalda.
- 13.- Me duele la espalda casi siempre.
- 14.- Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi espalda.
- 15.- Debido a mi dolor de espalda, no tengo mucho apetito
- 16.- Me cuesta ponerme los calcetines - o medias - por mi dolor de espalda.
- 17.- Debido a mi dolor de espalda, tan solo ando distancias cortas.
- 18.- Duermo peor debido a mi espalda.
- 19.- Por mi dolor de espalda, deben ayudarme a vestirme.
- 20.- Estoy casi todo el día sentado a causa de mi espalda.
- 21.- Eruto hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi espalda.
- 22.- Por mi dolor de espalda, estoy más irritable y de peor humor- de lo normal.
- 23.- A causa de mi espalda, subo las escaleras más lentamente de lo normal.
- 24.- Me quedo casi constantemente en la rama por mi espalda.

Fuente: Kovacs FM, Llobera J, Gil del Real MT, Abraira V, Gestoso M, Fernández C and the Kovacs-Atención Primaria Group. Validation of the Spanish version of the Roland Morris Questionnaire. Spine 2002;27:538-542.

Anexo 3. Instrumento recolección de datos

ID Paciente _____	Años _____	Sexo _____	Masculino _____	Femenino _____
Edad _____	Kilogramos _____	Talla _____	Centímetros _____	
Índice de masa corporal _____				
Lugar de residencia (Ciudad) _____				
Actividad laboral _____	Cesante _____	Activo _____		
Actividad física _____	Si _____	No _____	Casado/a. _____	Unión libre _____
Estado civil _____	Soltero/a. _____	Separado/Divorciado _____	Viudo/a. _____	
Nacionalidad _____	colombiano _____		Extranjero _____	
Creencia Religiosa _____	católico _____		Otras _____	
Diagnóstico según CIE-10				
<input type="checkbox"/> Otros Trastornos de los discos intervertebrales Incluye: trastornos de disco dorsal, dorsolumbar y lumbosacro <input type="checkbox"/> Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía <input type="checkbox"/> Ciática debida a trastorno de disco intervertebral Excluye: radiculitis lumbar <input type="checkbox"/> Otros desplazamientos especificados de disco intervertebral Lumbago debido a desplazamiento de disco intervertebral <input type="checkbox"/> Otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral <input type="checkbox"/> Radiculopatía <input type="checkbox"/> Ciática <input type="checkbox"/> Lumbago con ciática <input type="checkbox"/> Lumbago no especificado				
Tiempo de evolución _____		Días _____		
Tratamiento _____	definido _____	Tratamiento farmacológico o no farmacológico		
Intervencionismo _____	Cirugía _____			
Canal Lumbar estrecho _____		Sí _____	No _____	
Estado funcional _____		Sedentario _____	Poco activo _____	Activo _____
Intensidad del dolor _____	Leve _____	Moderado _____	Intenso _____	