

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**  
**CURSO 2014/2015**



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**“Dolor lumbar: calidad de  
vida.”**

**Autor/a: Ricardo San José Fernández**

**Tutor/a: Isabel Guerra Cuesta**

## RESUMEN

El dolor lumbar se ha constituido en uno de los problemas de salud más graves de la actualidad. Esta patología causa un gran impacto en las personas que la padecen, ya que provoca una discapacidad a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria afectando en la calidad de vida.

Tan reconocida es la frecuencia de las lumbalgias a nivel mundial, que se dice, que el 80% de la población ha padecido en algún momento de su vida dolor lumbar, generando un gran gasto socio sanitario, aunque no haya acudido a un servicio médico.

Por eso se ha realizado una revisión bibliográfica, para conocer y valorar las alteraciones que produce el dolor en la calidad de vida de las personas con una patología lumbar, y posteriormente establecer los mecanismos más actuales y reconocidos para afrontar el dolor en este tipo de pacientes y con ello una mejora de la calidad de vida.

La situación que más afecta en la calidad de vida el dolor lumbar es la incapacidad laboral temporal, seguidas de otras no menos importantes (síndrome de desacomodamiento motor, desconocimiento de su problema, afecciones en la vida social...).

El principal mecanismo para afrontar esta patología debe ser la prevención desde la adolescencia.

**PALABRAS CLAVE:** dolor, lumbalgia, calidad de vida.

## **ABSTRACT**

Low back pain has become one of the most serious health problems nowadays. This pathology causes a vast impact on people who suffer it due to it causes a disability in basic daily activities affecting the quality of life.

The frequency of low back pain is so relevant in the world that it is said that 80 per cent of population has suffered it ever producing a large health expenditure.

That is why a bibliographic review has been realized in order to assess and know how this low back pain affects on the quality of life of these patients, and subsequently establish the most current and recognized mechanisms to treat the pain in these patients and consequently improve their quality of life.

The main situation affected by low back pain in the quality of life of the patient is the working temporary disability. It is followed in frequency by other situations as the inadaptability move syndrome, ignorance of their affection, another disorders in their lives...

The main mechanism to confront this disease must be the prevention of it since the adolescence.

**KEYWORDS:** pain, low back pain, quality of life.

## ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	2-11
2. OBJETIVO	12
3. METODOLOGÍA	12
4. RESULTADOS	13-19
5. DISCUSIÓN	20
6. BIBLIOGRAFÍA	21-23
7. ANEXOS	24-34

## 1. INTRODUCCIÓN

Se puede definir el “dolor” como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial del tejido, o descrita en términos de dicho daño. Podemos diferenciar dos tipos de dolor; el dolor agudo, de corta duración, normalmente originado en el sistema nervioso periférico causado por la respuesta fisiológica normal del organismo a un estímulo perjudicial, ya sea mecánico, térmico o químico; o el dolor crónico, constante o intermitente, mantenido aunque la causa del dolor haya desaparecido.

La experiencia del dolor corporal provoca una sensación de amenaza que se asocia con efectos psicológicos como ansiedad y depresión. Esta vivencia está relacionada en gran medida con la edad del paciente, experiencias previas de dolor, ambiente social, nivel cultural y características personales del propio paciente (lo que cada persona pueda aguantar ese dolor).

Como estamos viendo, el dolor produce una gran cantidad de efectos fisiológicos y psicológicos del dolor, sería necesario establecer una manera precisa para su cuantificación con la finalidad de realizar tanto estudios clínicos o tratamientos adecuados, esta es una tarea complicada ya que la propia naturaleza subjetiva del dolor hace imposible una valoración objetiva del mismo. Como ya lo decían las palabras de Melzack: *“dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona”*.<sup>1</sup>

En el momento actual, para poder cuantificar en la medida de lo posible el dolor que sufre cada paciente se han diseñado diferentes escalas que permiten evaluar el grado de dolor y comparar diferentes mediciones.

La Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Calificación Numérica (ECN o EN), Escala Verbal (ECV) y la Escala Facial del Dolor son las más comúnmente utilizadas en la práctica clínica y en estudios de investigación.

El método de evaluación del dolor preferido por antonomasia en pacientes con dolor lumbar es la Escala Visual Analógica de Scott-Huskinson en la que se suele representar como una línea horizontal de 10 cm de longitud, con anclajes en ambos extremos, donde

## Dolo lumbar: calidad de vida.

0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable. El paciente debe marcar sobre esa línea la intensidad de su dolor.

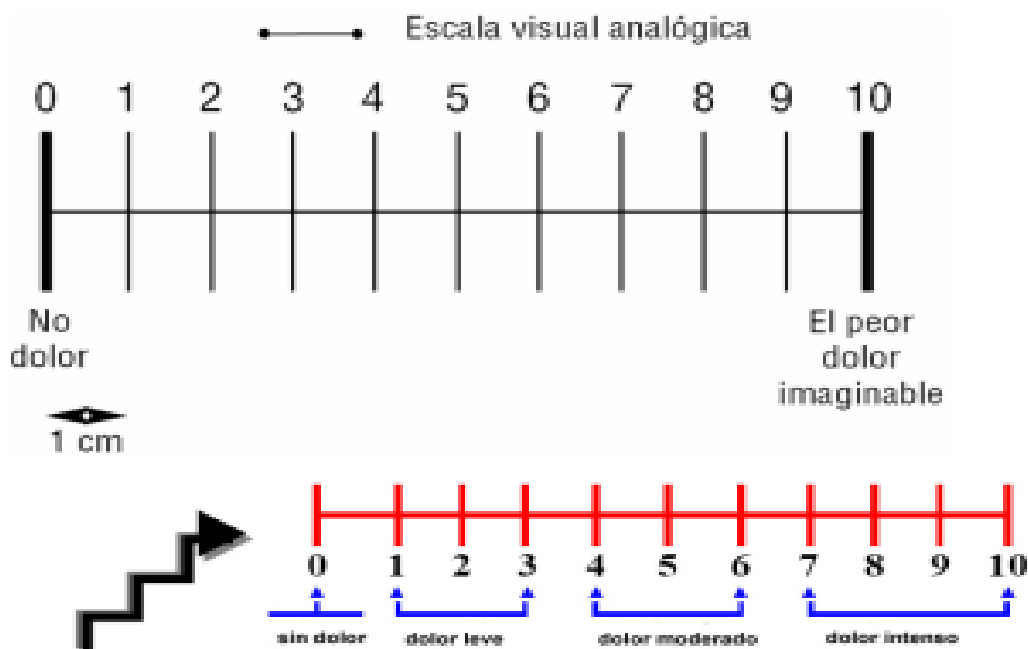


Ilustración 1: Escala Visual Analógica de Scott-Huskinson. (Extraído de Valoración y control de síntomas al final de la vida. Cuidados de enfermería en paliativos. Conexión interniveles. 1 de junio 2013. Guías de práctica clínica en el SNS.

Una vez visto la evaluación del dolor según las diferentes escalas vamos a centrarnos en las características del dolor lumbar, ya que, dentro del dolor musculo esquelético, representa la fracción más importante y genera un impacto en la prestación de servicios de salud, ausentismo laboral por incapacidad médica y afecta a la productividad de un país en desarrollo.<sup>2</sup>

La lumbalgia se podría definir como la sensación dolorosa circunscrita al área de la columna lumbar, es el área afectada más común, debido a que soporta la mayor parte del peso corporal, teniendo como efecto final una repercusión en la movilidad normal de la zona debido a la sensación de dolor.<sup>3,4</sup>

El abordaje de esta patología es complejo, ya que tanto en el origen como en la respuesta al tratamiento y al pronóstico, intervienen algunos factores físicos, psicológicos, sociales y laborales difíciles de valorar.<sup>3</sup>

Para poder realizar un abordaje completo sobre las lumbalgias, debemos tener en cuenta las diferentes clasificaciones que se pueden llevar a cabo según su duración, punto de vista descriptivo y forma de la lumbalgia.

Autores coinciden en hacer tres grupos para clasificar la evolución de las lumbalgias, aun que se siga en debate la duración de cada uno de estos periodos. Así mismo, se podrían diferenciar:<sup>4,5</sup>

- Lumbalgia aguda: con un tiempo de evolución inferior a 4 semanas.
- Lumbalgia subaguda: presentando un tiempo de evolución comprendido entre las 4 y las 12 semanas.
- Lumbalgia crónica: en la mayoría de los casos delimitada a partir de los 3 meses de evolución.

Según la International Paris TaskForce (Equipo de trabajo internacional que realiza estudios sobre diferentes enfermedades, en este caso la lumbalgia) desde el punto de vista descriptivo, las lumbalgias se pueden clasificar en cuatro grupos:<sup>4-6</sup>

- 1- Lumbalgias sin irradiación.
- 2- Lumbalgias con dolor irradiado hasta la rodilla.
- 3- Lumbalgias con dolor irradiado por debajo de la rodilla, pero sin déficit neurológico.
- 4- Lumbalgias irradiadas a la pierna con o sin síntomas neurológicos.

El dolor lumbar ocurre en su mayoría de situaciones por una afectación de la columna vertebral en este tramo, músculos o nervios, generando un dolor sordo o agudo con sensaciones de quemazón, picor, presión, hormigueo molesto, etc.

Existen diversas formas, movimientos y posturas forzadas de tener una afectación lumbar que genere dolor en esta zona, según las conclusiones del NIOSH (Institute for Occupational Health and Safety), los principales movimientos generadores de lumbalgia son:<sup>4</sup>

- Flexión anterior.
- Flexión con torsión.
- Trabajo físico duro con repetición.

- Trabajo en un medio con vibraciones.
- Trabajo en posturas estáticas.

Existe otra manera de diferenciar las lumbalgias según la etiología de la afectación que provoca esa lumbalgia, de esta manera se pueden distinguir:

- Lumbalgia inespecífica: se definen como aquellas que no han sido causadas por fracturas, traumatismos directos o enfermedades sistémicas, en el que no existe una compresión o radicular demostrada, en otras palabras, no existe una patología vertebral lumbar potencial para estudio radiodiagnóstico. Son las lumbalgias descritas por contracturas de la musculatura, debilitamiento o lesiones por posturas inadecuadas o por soportar pesos excesivos.
- Lumbalgia específica: son aquellas en las que existe un diagnóstico “preciso”, una lesión demostrable basándose en pruebas de imagen, de la patología que provoca el dolor lumbar. Son causadas por traumatismos, fracturas o enfermedades sistémicas. Se incluyen en esta clase todo tipo de patologías discales lumbares (hernia discal, radiculopatías, protrusiones, extrusiones y degeneraciones discales), deformidades como las escoliosis, fracturas vertebrales, aplastamientos, etc.

Una de las patologías lumbares específicas más acusadas en la población es la hernia discal. En torno a un 10 o 15% de las personas que sufren dolor lumbar, es provocado por una de estas afectaciones en los discos intervertebrales, siendo en una gran parte de estos casos diagnosticados mucho tiempo después de comenzar la sintomatología ya que no solo se requiere de una valoración médica, sino que son necesarias otras pruebas diagnósticas como son la RMN o una placa RX de la zona lumbar.<sup>7</sup>

Existen varios factores de riesgo que predisponen la aparición de cualquiera de estas patologías a nivel lumbar como son el tabaquismo, carga mecánica continuada en el tiempo, factores genéticos, vibración, adoptar malas posturas o movimientos extremos de la columna lumbar o la disminución de aporte de nutrientes a los discos en general por la propia degeneración del organismo causada por el envejecimiento.

Estadísticamente, se dice que entre un 80 y un 85% de la población ha tenido un episodio de dolor lumbar al menos una vez en la vida, aunque en el 90% de los casos no



## Dolor lumbar: calidad de vida.

presenten algún tipo de lesión demostrable, por lo que se cataloga como lumbalgia inespecífica.<sup>4,6-15</sup>

El dolor lumbar aparece como causa principal de limitación de la actividad en personas menores de 45 años y como tercera causa en mayores de 45 años, siendo los primeros episodios de lumbalgias entre los 20 y los 40 años; respecto al sexo con más incidencia de lumbalgias no existen evidencias estadísticas en trabajos realizados que digan que exista una mayor prevalencia en ninguno de los dos sexos, que afecta por igual.<sup>1,4</sup>

El dolor de espalda es el problema de salud crónico más frecuente, seguido de la hipertensión y las alergias.<sup>16</sup>

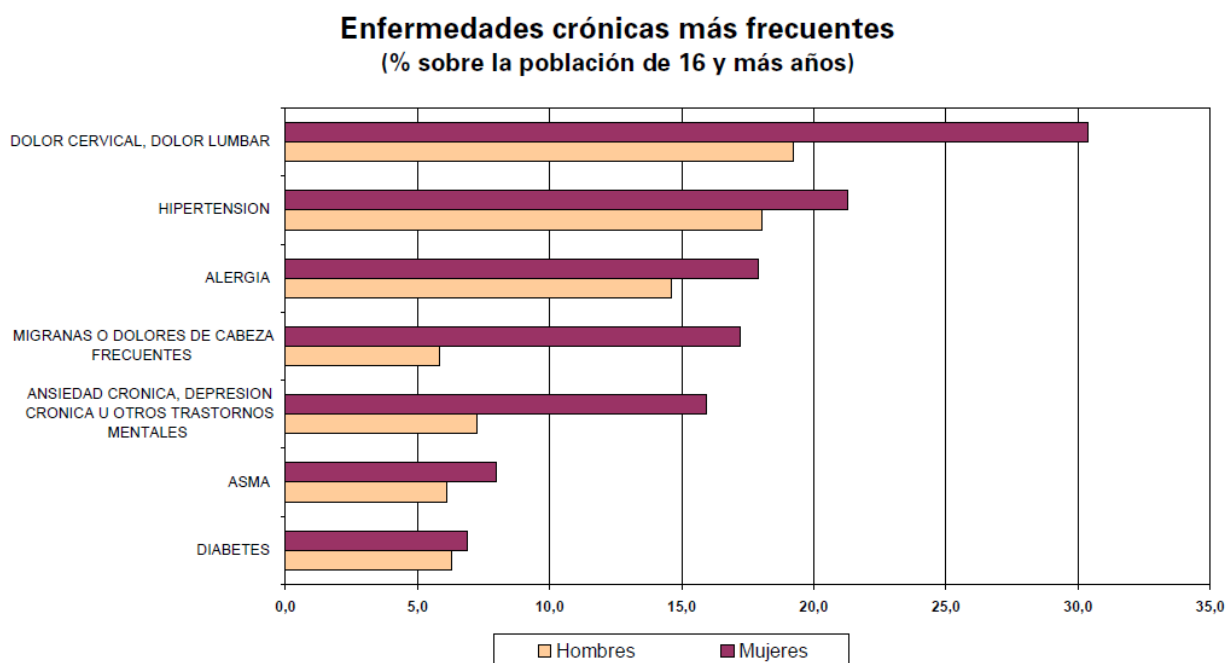


Ilustración 2: Enfermedades crónicas más frecuentes. (Extraído de la Encuesta Europea de Salud en España. Instituto Nacional de Estadística. 2009).

Según la SER (Sociedad Española de Reumatología) en su estudio realizado en el año 2014 sobre la incidencia de enfermedades reumatológicas en España, tomando una población de 41.152.842 personas (Población mayor de 20 años en España en el año 2014), 6.085.293 fueron afectados por lumbalgia al menos en una ocasión durante ese año, siendo un 14,79% de la población total mayor de 20 años. Siendo todos estos datos valores estimados.<sup>17</sup>

Es un problema que se caracteriza por la alta prevalencia en la población y por sus grandes repercusiones económicas y sociales, ya que se ha convertido en una de las primeras causas de ausentismo laboral, la segunda en frecuencia de visitas médicas, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera en intervención quirúrgica.<sup>4</sup>

Según la Dra. Juana Sánchez, *“sólo el resfriado común supera a la lumbalgia como causa de consulta en Atención Primaria”*.<sup>18</sup>

En España, este problema provoca un 11,4% de las bajas laborales, con una media de duración estimada de 17,6 días, lo que supone un gasto tanto asistencial como laboral, para la Seguridad Social de 16 millones de euros.<sup>19</sup>

Se dice que el 90-95% de las lumbalgias remiten en 1-2 meses; el 5-10% restante, aquellas que se cronifican, son las responsables del 85-90% del gasto total originado por esta patología.

La Dra. Pérez, en el IV Simposio ESTEVE de Analgesia celebrado en Barcelona y Córdoba en 2014, afirma que *“cuando un paciente está de baja por lumbalgia crónica más de seis meses, su reincorporación al puesto laboral es menor del 50% y sólo del 25% cuando la baja es mayor de un año.”*<sup>18</sup>

Dada la gran prevalencia que supone la afectación lumbar en la población en general, resulta interesante conocer las características con las que esto incide en las personas.

El dolor lumbar es un síntoma frecuente del ser humano, que produce sufrimiento, afectando su estado de ánimo, personalidad y relaciones sociales, discapacidad y disminución de la función física en general, provocando una disminución en la calidad de vida.<sup>2,20</sup>

Siendo este el siguiente punto que se trata en el trabajo, la calidad de vida de las personas que sufren dolor lumbar, deberemos hacer una descripción de lo que significa la calidad de vida en el ámbito que estamos estudiando, sus características, cuestionarios para poder medir de la forma más precisa la calidad de vida y como afecta el dolor lumbar a las personas.

Por lo tanto, nos apoyamos en la descripción que realiza la Organización Mundial de la Salud, la cual define la calidad de vida como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que*

*vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno“.*<sup>21</sup>

Debido a la definición tan amplia del contexto que recoge, tenemos que hacer hincapié en cómo se evalúa; ya que abarca todas las áreas que implica el concepto de calidad de vida que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el bienestar individual. De los últimos, esos se pueden agruparse en 5 dominios principales: el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión). Sin embargo, es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud.

La calidad de vida para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como su situación económica. El trabajo se basa en el ámbito que centra la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.<sup>21</sup>

Existen varias escalas y cuestionarios para evaluar y valorar la calidad de vida de las personas en el momento actual y después de sufrir una patología, realizando una comparación para determinar el grado en que afecta esa patología en la vida de las personas.

Como escala para valorar la calidad de vida se elige el SF-36 (ANEXO 2) por ser la más utilizada en los distintos estudios y trabajos revisados y validados. Es un test que detecta cambios en la “calidad de vida” de las personas, tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de los ítems se centra en el estado funcional y en el bienestar emocional.<sup>20</sup>

## Dolo lumbar: calidad de vida.

---

Consta de 36 ítems que abarcan 8 dimensiones de la salud percibida: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general.<sup>9</sup>

Ocupándonos más del tema que estamos tratando reconocemos, después de revisar toda la bibliografía obtenida, 2 cuestionarios o escalas que definen la discapacidad y el grado de intensidad de dolor en las personas que sufren lumbalgia, tratando también la afectación en la calidad de vida de manera más específica que el cuestionario antes mencionado.

Para la evaluación de la discapacidad, el más utilizado, es el cuestionario de discapacidad de Roland Morris según el modelo validado en castellano, que sirve para determinar de manera fiable el grado de incapacidad física derivado de la lumbalgia inespecífica, respondiendo a la limitación de la realización de las actividades cotidianas a causa de esto.<sup>4,10, 11</sup>

## Dolo lumbar: calidad de vida.

---

Debido a su dolor de espalda:			
1.	Se queda en casa la mayor parte del tiempo.	SÍ	NO
2.	Se cambia de posición frecuentemente, para ponerse más cómodo.	SÍ	NO
3.	Camina más lentamente que lo habitual.	SÍ	NO
4.	Ya no hace ninguno de los trabajos que típicamente hacía en la casa.	SÍ	NO
5.	Se apoya en la baranda u otra cosa para subir las escaleras.	SÍ	NO
6.	Se tiende más a menudo durante el día para descansar.	SÍ	NO
7.	Tiene que afirmarse de algo para levantarse de una silla.	SÍ	NO
8.	Trata de que otras personas hagan cosas por usted.	SÍ	NO
9.	Se viste solo, pero lo hace muy lentamente.	SÍ	NO
10.	Sólo está de pie por periodos corto de tiempo.	SÍ	NO
11.	Trata de no agacharse o arrodillarse.	SÍ	NO
12.	Encuentra difícil levantarse de una silla.	SÍ	NO
13.	La espalda le duele casi todo el tiempo.	SÍ	NO
14.	Encuentra difícil darse vuelta en la cama.	SÍ	NO
15.	Su apetito no es muy bueno.	SÍ	NO
16.	Le cuesta colocarse los calcetines o las medias.	SÍ	NO
17.	Sólo camina distancias cortas.	SÍ	NO
18.	Duerme peor que de costumbre.	SÍ	NO
19.	Necesita ayuda de alguien para vestirse.	SÍ	NO
20.	Pasa sentado la mayor parte del día.	SÍ	NO
21.	Evita hacer trabajos pesados en la casa.	SÍ	NO
22.	Está más irritable y de peor ánimo con las demás personas.	SÍ	NO
23.	Sube escalas más lentamente que lo habitual.	SÍ	NO
24.	Permanece en cama la mayor parte del tiempo.	SÍ	NO

Ilustración 3: Cuestionario o escala de Roland-Morris. (Extraído del artículo: Guic, E., Galdames, S., Rebolledo, P. Adaptación cultural y validación de la versión chilena del Cuestionario de Discapacidad Roland-Morris. Rev Med Chile 2014; 142: 716-722)

Es importante señalar que la escala de Roland-Morris no se utiliza para medir la intensidad del dolor, puesto que éste y la incapacidad no se correlacionan entre sí.

Para establecer el grado de incapacidad con este cuestionario, basta con contar el número de frases señaladas por el paciente y ese será el resultado, obteniendo puntuaciones en un intervalo de 0 (ausencia de incapacidad por lumbalgia) a 24 (máximo grado de incapacidad). Por debajo de 4 puntos se catalogaría como una incapacidad leve, y en el seguimiento de la evolución de estos pacientes, un cambio en la variación de la puntuación tendrá relevancia si es de 2 o más puntos.

A diferencia de la Escala de Roland-Morris, el cuestionario de Oswestry sirve para medir el grado de lumbalgia, es decir, el grado de intensidad del dolor que experimenta el paciente, y determina el porcentaje de incapacidad producida por ese dolor.<sup>4</sup>(ANEXO 1)

## JUSTIFICACIÓN

El dolor lumbar es una de las patologías más acusada a nivel mundial teniendo una gran incidencia en la edad adulta. Por eso se propone este tema, es necesario darle la importancia que se merece, a cómo tratar ese dolor que en tantas ocasiones incapacitan gravemente a las personas que lo padecen. Por ello, se debería tener en cuenta que las personas que sufren este tipo de patología tienen que aprender y acomodarse en la medida de lo posible a vivir con el dolor, utilizando los recursos disponibles en la actualidad para poder sobrellevarlo.

## **2. OBJETIVOS**

- Conocer las alteraciones en la calidad de vida producidas por el dolor en las personas con patología lumbar.
- Establecer los mecanismos para afrontar el dolor en este tipo de pacientes y con ello mejorar su calidad de vida

## **3. METODOLOGÍA**

Durante los meses de febrero, marzo y abril de 2015 Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando las palabras “dolor”, “lumbalgia” y “calidad de vida” en diferentes bases de datos como son SCIELO, PUBMED-MEDLINE, CSIC y CUIDEN plus, junto con una búsqueda exhaustiva con el buscador “Google académico”. Se han encontrado 74 reseñas bibliográficas tanto en español como en inglés de las cuales se escogieron 30 para la realización de la revisión bibliográfica. Los artículos elegidos están publicados entre el año 2001 y 2014 siendo estos los más renovados y validados y que se ajustaban más al objetivo del trabajo.

En esta revisión bibliográfica no se han encontrado más que 2 artículos con objetivos similares siendo así una revisión muy amplia sobre temas relacionados al trabajo.<sup>2,4</sup>

## 4. RESULTADOS

En el ámbito que se estudia, el dolor lumbar, genera una gran controversia a la hora de determinar el dolor que experimenta cada persona, ya que puede cursar de varias maneras, como dolor punzante, opresivo, quemazón, hormigueo, etc. Pudiendo llegar a ser incluso un dolor irradiado a las extremidades inferiores como en las afecciones discales provocando el cuadro de dolor en diferentes zonas anatómicas de las piernas y glúteos llegando a los dedos de los pies dependiendo las raíces nerviosas que estén afectadas y a qué nivel de la columna lumbar. Por lo tanto, esto hace que el estudio sea muy general y amplio.

Después de revisar toda la bibliografía consultada, se puede llegar a la conclusión que las situaciones que más afecta en la calidad de vida de las personas con dolor lumbar son:

- 1) **La incapacidad temporal en el ámbito laboral.**<sup>3,5,7,12,13,15,22,23</sup> Se puede afirmar que los factores que predicen un retraso a la incorporación al trabajo son: alteración de la marcha, alta percepción propia de su discapacidad y existencia de comorbilidad siendo este el que guarda más relación.<sup>4</sup> Estadísticamente el 90% de los pacientes con dolor de espalda pueden ser controlados por el médico de atención primaria, quien es el responsable de la valoración de la intensidad de dolor de cada paciente y la persona que prescriba la baja laboral según su criterio.
- 2) **Síndrome de desacomodamiento motor:** Pérdida de flexibilidad y movilidad, debilidad muscular, disminución de resistencia.<sup>5,12</sup> El dolor se hace más intenso con la movilidad extrema, por lo que las personas aquejadas de lumbalgia pierden musculatura y flexibilidad al no realizar ningún tipo de ejercicio a causa del aumento del dolor.
- 3) **Desconocimiento de los aspectos fundamentales de su problema,** que llevan conceptos erróneos o falsos (distorsión cognitiva) que dan lugar a conductas inapropiadas (consumo excesivo de medicamentos, quejas, cambios de conducta) y estados ansiosodepresivos.<sup>5</sup> En los pacientes aquejados de lumbalgia se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión abuso de



sustancias, ansiedad y somatizaciones si se compara con la población general. Así, la depresión está presente en el 40-65% de los afectados de lumbalgia, mientras que este porcentaje se reduce al 5-17% en la población general. Algo parecido ocurre con el abuso de sustancias y la ansiedad.

- 4) **Afecciones en la vida social:** No desean visitas, el dolor les impide leer, ver la televisión o realizar actividades fuera de casa.<sup>3</sup> Estas situaciones que se producen por causa del dolor, son provocadas también por el concepto erróneo de la patología que sufren, ya que en ocasiones a causa del dolor se quedan en la cama o no realizan ningún tipo de actividad lo que es contraproducente para la mejora de esa patología.
- 5) **Reposo y descanso.** Estas personas pueden dormir, pero el dolor les despierta y no se encuentran descansados.<sup>3,5</sup> Les es complicado encontrar la postura adecuada para tener menos dolor y acomodarse para el sueño, o el propio dolor en ocasiones punzante o quemante les despierta. Una consecuencia de este trastorno del sueño conlleva que estas personas reciban algún tipo de tratamiento para el insomnio o la toma inadecuada de fármacos para poder dormir.
- 6) **La vida sexual** de las personas que padecen dolor por patología lumbar se ve también afectada, ya que se refiere que a causa del dolor no pueden realizar una buena actividad sexual, o que se puede, pero no se disfruta a consecuencia del dolor.<sup>3</sup>

Después de conocer la manera en que afecta el dolor lumbar en la calidad de vida de las personas que lo padecen, para desarrollar el segundo objetivo que propone el trabajo, se realiza una búsqueda de mecanismos o tratamientos convencionales para conseguir disminuir ese dolor y con ello una mejora de la calidad de vida. Según la bibliografía consultada se han encontrado diversos métodos que se describen a continuación, priorizando:

- 1.) **La “higiene postural”**, como base de la prevención<sup>15</sup> para la aparición de estas afecciones lumbares. Se reconoce que Adoptar malas posturas desde la edad joven, en la realización de determinadas actividades, incluso permanecer sentados o de pie durante un tiempo determinado, va a provocar la aparición de esta patología en la edad adulta. Normas posturales (**ANEXO 3**).

Esto se combina con la educación que realiza la figura de la enfermera escolar (instaurada en algunos centros de España) desde edades muy tempranas.

Tomando como ejemplo la provincia de Valladolid, los centros que cuentan con Enfermería Escolar son los siguientes:

- CEE Educación Espacial Nº1
- CEIP M<sup>a</sup> Teresa Íñigo de Toro
- CEIP Francisco Pino
- CEIP Antonio García Quintana
- CEIP Pedro Gómez Bosque
- CEIP Obispo Barrientos

La enfermera escolar tiene como objetivo contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de la comunidad, debiendo estar integrada en la misma, y en consecuencia, presente en el centro educativo durante todo el horario escolar. Por lo tanto y atendiendo a lo que nos interesa para el trabajo, la enfermera escolar tiene una gran responsabilidad en la educación postural del escolar, realizando actividades de promoción y prevención, enseñando ejercicios posturales de espalda, haciendo hincapié en no cargar excesivo peso en las mochilas del colegio; y también teniendo charlas y clases con los padres de los alumnos para dar consejo de cómo deben adoptar estas posturas los niños en sus casas.<sup>24,25</sup>

2.) **La Escuela de Columna** iniciada en Suecia en 1969, se encuentra dentro de los programas de prevención del dolor lumbar, el más extensamente utilizado, con todas sus variantes y con una gran efectividad según estudios realizados por la Sociedad Española del Dolor en 2001.<sup>5,12</sup>

La escuela de columna es un programa que consiste en clases teórico-prácticas que tienen como objetivo dar información adecuada sobre el correcto uso de su columna, llegando a las personas, concienciándoles de la importancia de mantener una columna sana para evitar la aparición de la patología o ayudar a manejarla. Cabe destacar que la EC no sustituye a los tratamientos médicos o fisioterapéuticos habituales, sino que los complementa.<sup>3</sup>

Los beneficios de este programa se valoraron en términos de reinserción laboral, uso del sistema sanitario, grado de dolor lumbar según la escala de Oswestry,

nivel de discapacidad (cuestionario de Roland-Morris), actividad física y disminución del uso de analgésicos.<sup>12</sup>

En la actualidad, y siendo lo más cercano, este programa se ha llevado a cabo en el mes de abril de 2015 (realizándose 1 vez cada 2 meses) en el Centro de Salud de Circunvalación en la sala de matronas, Valladolid, a cargo del Fisioterapeuta Alberto Simarro quien ha estructurado el programa en 6 sesiones de hora y media con el objetivo de hacer conscientes sobre el cuidado de la espalda de los pacientes que acuden a este programa. Esta Escuela de Espalda está enfocada a pacientes con dolor crónico de espalda con ciertos criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyen en el programa pacientes con patología crónica de dolor de espalda, que puedan realizar ejercicios y puedan asistir a las sesiones en el horario que se determina.

Se excluyen de realizar la escuela de espalda pacientes muy envejecidos, reagudizados y sin disponibilidad para acudir a las sesiones en el horario descrito.

El tipo de población que acude a la Escuela de Espalda es variada abarcando pacientes entre 35 a 65 años, aunque cada vez se encuentran pacientes más jóvenes con problemas crónicos, no pueden acudir al programa por temas de horarios y trabajos.

Los pacientes que acuden a este programa son captados en las consultas médicas de atención primaria en los Centros de Salud de Magdalena, Tórtola y Circunvalación en Valladolid y derivados directamente desde los estos. En ocasiones se busca una mayor afluencia de gente publicando una inscripción en los centros de salud.

Las sesiones se imparten los martes y jueves de 11.30 a 13, y según la estructura del programa, las sesiones van encaminadas a:

1ª sesión: Explicar el objetivo de la Escuela de Espalda. Realizar un recuerdo anatómico de la espalda. Hablar a los pacientes e introducirlos en lo que se refiere a la Ergonomía y la higiene postural.

2ª sesión: Tratará la importancia de la nutrición en relación con el dolor crónico. Una buena alimentación con una adecuada ingesta de líquidos ayuda a mitigar, en parte, el dolor crónico.

3ª, 4ª y 5ª sesión: Se les dará una tabla de ejercicios que deberán realizar durante estas sesiones con la supervisión del Fisioterapeuta, aclarando las dudas sobre alguna de estas actividades, ya que serán los ejercicios que se deberán realizar en sus casas para continuar con el cuidado de su espalda.

6ª sesión: Consiste en una charla sobre el estrés y relajación, tratando de concienciar que una actitud positiva ante el dolor y un buen estado mental mejora mucho esta patología. Se realizará para finalizar esta última sesión un taller de relajación.

Para terminar con el programa de Escuela de Espalda, Alberto Simarro propone otra sesión que se imparte al mes, con el objetivo de comprobar si este método ha mejorado el dolor que padecían, aclarar dudas sobre alguno de los ejercicios propuestos o de alimentación, y saber si estas actividades propuestas se continúan llevando a cabo por los pacientes en sus casas.<sup>26</sup>

Según la propia experiencia de Alberto Simarro, observa que las tablas de ejercicios no se continúan en casa, a la última sesión de valoración del programa acuden apenas el 50% de los pacientes que realizaron la escuela. Como aspecto positivo y conclusión, los pacientes que continúan con su cuidado en casa, siguiendo las recomendaciones y haciendo ejercicio, notan una mayor mejoría al producirse una disminución del dolor.

Según estudios realizados en 2005 por la unidad del Dolor de Espalda con el departamento de Rehabilitación del hospital Virgen del Rocío (Sevilla), los resultados coinciden en que las Escuelas de Espalda disminuyen el dolor, mejoran la función y aceleran el retorno al trabajo a corto y medio plazo, en comparación con otros tipos de intervenciones, en los casos de dolor lumbar crónico o recurrente. Se observa una mejora de la sintomatología, una disminución de toma de fármacos y disminuye las visitas médicas de atención primaria.<sup>27</sup>

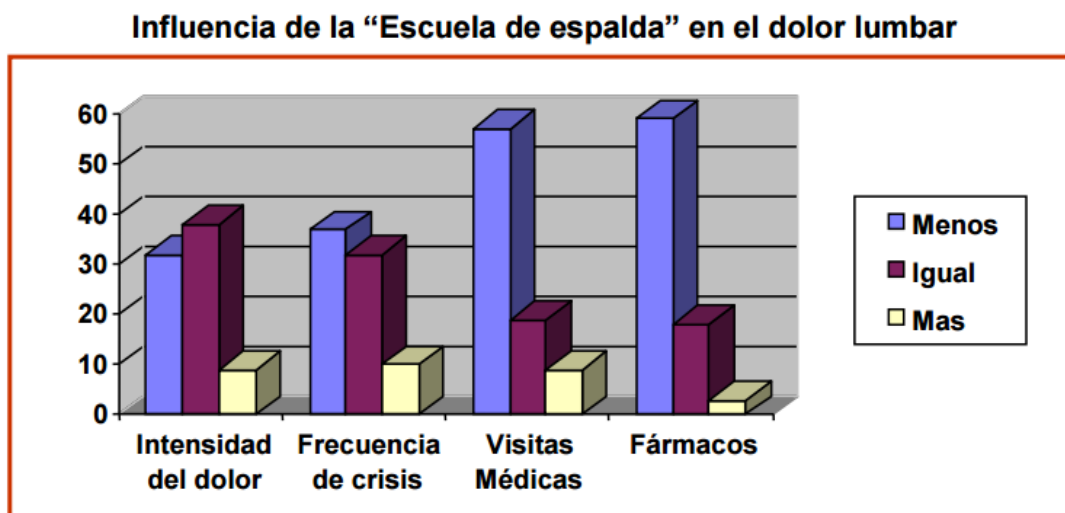


Ilustración 4: Resultados de la Escuela de Espalda. (Extraído del artículo: Escuela de espalda. Prevención de trastornos músculoesqueléticos en la vida cotidiana. Buenas prácticas. Rosa Hueso Calvo Médico Rehabilitador.)

La lógica observa que si el paciente sabe qué le ocurre podrá participar activamente en su curación, evitar factores de riesgo y tomar medidas para prevenir la reaparición del dolor. Además, cuanto mayor sea su conocimiento sobre el dolor de espalda y su pronóstico, menor será su ansiedad, y por lo tanto, mejor su calidad de vida.<sup>27,28</sup>

- 3.) **El reposo absoluto está contraindicado**, como norma general, ya que prolonga el estado de lumbalgia y la incapacidad laboral. Una recomendación a tener en cuenta, aunque resulta realizar un gran esfuerzo para estas personas, es mantener el mayor grado de actividad física que el dolor lo permita. Si en algún caso fuera necesario el reposo en cama, no debe durar más de dos días ya que se estima que por cada día encamado se pierde un 2% de la potencia muscular.<sup>4,15</sup>
- 4.) **La fisioterapia y rehabilitación** se encuentran dentro del arsenal terapéutico probadamente eficaz para el manejo de las personas con dolor lumbar, cuyos objetivos se centran en disminuir el dolor, evitar las contracturas, mejorar la coordinación de movimientos, aumentar la movilidad de las articulaciones y mantener la fuerza y resistencia corporal y enseñar la forma correcta de rehabilitación en el hogar.<sup>7</sup>

Una de las terapias dentro de la fisioterapia se centra en la manipulación vertebral, capaz de producir un gran alivio del dolor de forma inmediata.

Se define un movimiento forzado y pasivo que lleva bruscamente las articulaciones más allá de su juego fisiológico habitual sin pasar los límites anatómicos. Se produce lo que llamamos el “chasquido” articular.<sup>5</sup>

Otro de los métodos más tradicionales para “aliviar” el dolor se centra en las ortesis. Los corsés producen una inmovilización de la zona lumbar, realizando una reducción de la carga a la que se somete esta zona de la espalda, limitando los movimientos perjudiciales y recuperar posturas y movimientos correctos.<sup>5,7</sup>

Otro tipo de métodos con menos evidencia de contrarrestar el dolor o disminuirlo en gran medida, pero que si son comúnmente utilizados y recomendados por sus propiedades relajantes, como son las mantas eléctricas de calor (aplicándola en periodos no más extensos que 20-30 minutos) o los llamados TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) o electroterapia que consiste en sesiones de estimulación eléctrica en la zona afectada produciendo una relajación de la musculatura.<sup>5, 29</sup>

5.) **La hidroterapia, acupuntura, electroacupuntura, mesoterapia, quiropraxia, kinesiología, yoga o pilates** se instauran como nuevas tendencias para el alivio del dolor, que, según el juicio de las personas que las utilizan, les resultan beneficiosos para su patología.

## 5. DISCUSIÓN

Después de realizar la revisión bibliográfica, se llega a una serie de conclusiones, que dicen:

- El dolor producido por una patología lumbar afecta en la movilidad y provoca una discapacidad para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria a las personas que lo padecen. Según la bibliografía consultada las actividades más afectadas son: la incapacidad laboral, hacer las labores de la casa, calidad de sueño, caminar de prisa, realizar ejercicio fuera de casa, afecta de manera muy importante en el estado de ánimo de las personas, así como en la energía y vitalidad. Aun teniendo una estrecha relación, los problemas que provocan esta patología se debe abordar por separado, actuando de forma individual en el dolor, en la limitación de la movilidad y en la discapacidad.<sup>1,4,14,16,30,31</sup>
- El dolor lumbar es un problema sanitario de primera magnitud, destacado por la dificultad de su diagnóstico, la prevención de la cronicidad y un manejo multidisciplinar de la patología.<sup>3,4,7,13,18,27</sup>
- El manejo inadecuado del dolor, agrava la condición de salud y afecta la calidad de vida del paciente, que de manera añadida produce una mayor estancia hospitalaria generando un aumento del gasto sanitario.<sup>2,30</sup>
- Las espaldas con una resistencia muscular pobre incrementan el riesgo de lesiones ocupacionales, mientras que, por el contrario, una buena forma física es una importante defensa para la lumbalgia.<sup>4,26</sup>
- Las personas que acuden a consulta por procesos de dolor lumbar tienen su calidad de vida más deteriorada que las que consultan otro tipo de procesos, siendo la lumbalgia el segundo problema del que se quejan los pacientes en atención primaria.<sup>9,16</sup>

“El cuidado de la espalda es responsabilidad de cada persona.” Aun así, las entidades responsables de la sanidad tienen la capacidad y deberían poner a disposición de la población mecanismos y métodos de prevención del dolor lumbar desde la edad joven, ya que si cuidamos la espalda desde la adolescencia, tendrá una menor repercusión en la edad adulta con lo que conllevará a una reducción de costes sanitarios y población más sana.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Barra López M.E, López de Celis C, Villar Mateo E. Correlación entre dolor, discapacidad y rango de movilidad en pacientes con lumbalgia crónica. *Fisioterapia*. 2009; 31(5): 177-182.
2. Camargo D.M, Bibiana Jiménez J, Archila E, Villamizar M.S. El dolor: Una perspectiva epidemiológica. *Salud UIS*. 2004; 36: 2-13.
3. Valdés Lara G, Scull Mederos Y, García delgado J.A, González U. Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica. *InvestMedicoquir*. 2013;5(1): 54-71.
4. Pérez Guisado Dr. J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop Traumatol*. 2006; 20(2).
5. Palomino Aguado B, Jiménez Cosmes L, Ferrero Méndez A. El dolor lumbar en el año 2009. *Rehabilitación*. 2010; 44(1): 69-81.
6. Peña Sagredo J.L, Humbría Mendiola A. Nuevos conceptos sobre las lumbalgias y guíasde práctica clínica. *Rev Esp Reumatol* 2002;29(10):489-93
7. Reyes Llorena Dr. Gil A, Perro Novo J, Hernández Martínez A. Dolor lumbar: Enfoque clínico-terapéutico y de la rehabilitación precoz. *Revista Cubana de Reumatología*. 2001; 3(1): 65-72.
8. Moix J, Cañellas M, Girvent F, Martos A, Ortigosa L, Sánchez C, Portell M. Equipo intedisciplinar para el tratamiento del dolor de espalda. Confirmación de la eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004; 11: 141-149.
9. López-Silva M.C, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández M.C, Vázquez-Seijas E. Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007; 1: 9-19.
10. Cuesta Vargas A.I, Rodríguez Moya A. Frecuencia de uso de escalas de dolor, incapacidad física y calidad de vida en el estudio de lumbalgia con intervenciones fisioterapéuticas. *Fisioterapia*. 2008; 30(4): 204-208.
11. Guic E, Galdames S, Rebolledo P. Adaptación cultural y validación dela versión chilena del Cuestionario deDiscapacidad Roland-Morris. *Rev Med Chile* 2014; 142: 716-722
12. Miralles I. Prevención del dolor lumbar. Efectividad de la Escuela de Columna. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001; 8: 14-21.



13. López-Pascual J, Peydro-de-Moya M.F, Garrido-Jaén J.D, Bausá-Peris R, Villadeamigo-Panchón M.J. Análisis del uso de herramientas de valoración funcional de las dolencias lumbares en el ámbito laboral. *Rehabilitación*. 2009; 43(1): 16-23.
14. Bravo P.A, González-Durán R. Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 48-69.
15. Ávila Arriaza M.A, Palomo Gómez J.M. Lumbalgia inespecífica: la enfermedad del siglo XXI. Abordaje terapéutico de enfermería. *Hyigia de enfermería*. 2010; 75(3): 5-9.
16. Encuesta Europea de Salud en España. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
17. Informe de prevalencia de enfermedades Reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. 2014. Disponible en: [http://www.ser.es/actualidad/Informes\\_Estadisticos.php](http://www.ser.es/actualidad/Informes_Estadisticos.php)
18. Pérez Dra. C, Sánchez Dra. J. Los pacientes con lumbalgia que pasan de seis meses de baja ya no se reincorporan al mercado laboral. IV Simposio ESTEVE en Analgesia, Barcelona y Córdoba. Noviembre 2014.
19. Rodríguez I. La lumbalgia es la enfermedad más incapacitante del mundo. Noticias ABCSalud. 2014. Disponible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/20140325/abci-lumbalgia-incapacidad-mundo-201403241919.html>
20. H. Pueyrredón Dr. J, Salvat Dr. F. Dolor crónico: Evaluación interdisciplinar. *Arch Neurol Neuroc Neuropsiquiatr*. 2007; 13(1): 25-32.
21. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44: 349-361.
22. Gómez Espinosa L.N. Lumbalgia o dolor de espalda baja. *Revista mexicana de Algología*. 2005.
23. Muñoz Poblete C, Vanegas López J, Marchetti Pareto N. Factores de riesgo ergonómico y su relación con dolor musculoesquelético de columna vertebral: basado en la primera encuesta nacional de condiciones de empleo, equidad, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS) 2009-2010. *Medicina y seguridad del trabajo (Internet)*. 2012; 58(228) 194-204.

24. Ortiz Vela M, Ávila Olivares J.A, Fernández Candela F, García-Caro Martín Y, Medina Moya J.L, Juárez Granados F. et al. Perfil profesional de la enfermera escolar. Sociedad Científica Española. Enfermería escolar. 2009.
25. San José Machí C. Enfermería Escolar. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería. Grado en enfermería. 2014.
26. Alberto Simarro, Fisioterapeuta de los centros de salud de Magdalena, Tórtola y Circunvalación (Valladolid) Guía presentación Escuela de Espalda. Abril 2015.
27. Hueso Calvo R. Escuela de espalda. Prevención de trastornos músculoesqueléticos en la vida cotidiana. Buenas prácticas. Sociedad Española del Dolor. 2005.
28. Uribe Cárdena R. Dolor lumbar: una aproximación general basada en la evidencia. Univ. Méd. Bogotá (Colombia). 2008; 49 (4): 509-520.
29. Fundación Kovacs. European Commission. Guía de práctica Clínica: Lumbalgia inespecífica. Versión española de la Guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13. Dic. 2005.
30. González-Rendón C, Moreno-Monsiváis M.G. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor. 2007; 6: 422-427.
31. Ruvalcaba Palacios G, Domínguez Trejo B. La terapia psicológica del dolor crónico. Psicología y salud. 2009; 19(2): 247-252.

## 7. ANEXOS

### **TABLA 1: Cuestionario o Escala de Oswestry.**

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.

## Dolo lumbar: calidad de vida.

---

(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 ni 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.

## Dolo lumbar: calidad de vida.

---

- (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.

O: 0 puntos; 1: 1 punto; 2: 2 puntos ; 3: 3 puntos; 4:4 puntos ; 5: 5 puntos.

Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar el resultado x 2 y obtendremos el resultado en % de incapacidad.

<b>0-4 puntos</b>	<b>0 - 8%</b>	<b>sin discapacidad</b>
<b>5-14 puntos</b>	<b>10 - 28%</b>	<b>discapacidad leve</b>
<b>15-24 puntos</b>	<b>30-48%</b>	<b>discapacidad moderada</b>
<b>25-34 puntos</b>	<b>50 - 64%</b>	<b>discapacidad severa</b>
<b>35-50 puntos</b>	<b>70-100%</b>	<b>incapacidad completa</b>

Ilustración 5: Puntuaciones y porcentajes del resultado de la Escala de Oswestry. (Extraído de la página web: <http://fisioterapiasinred.com/ndi/>).

## Tabla 2. Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1.) En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2.) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3.) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4.) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5.) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6.) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7.) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8.) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9.) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10.) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11.) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12.) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13.) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14.) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15.) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16.) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17.) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18.) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No



19.) Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20.) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21.) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22.) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

- 25.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca
- 26.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca
- 27.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca
- 28.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca
- 29.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca
- 30.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
- 31.) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

- 32.) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

- 33.) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

- 34.) Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

- 35.) Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

- 36.) Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa


## ANEXO 3. NORMAS POSTURALES.

# NORMAS POSTURALES

### SENTADO Y TUMBADO

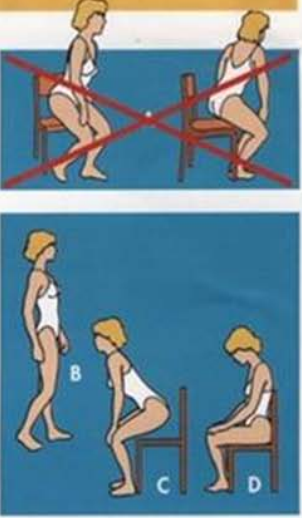
#### PARA TRABAJAR

- Evite inclinarse hacia adelante y arquear la espalda. (A)
- Evite echarse hacia atrás y exagerar la curvatura de la columna. (B)
- Evite sillas pequeñas, duras y no giratorias, ya que le obligan a girar la columna.
- La altura de la mesa debe quedar aproximadamente a la altura de los codos para evitar inclinar demasiado el cuerpo hacia adelante. (C)
- Una barra o soporte de madera para elevar los pies hace más cómoda la estancia y alivia al lumbálgico crónico.
- El asiento, almohadillado pero firme, debe ser horizontal y tener la altura adecuada para que los pies queden planos en el suelo.
- La silla ideal debe ser giratoria y con respaldo graduable para respetar la forma de la columna y no crear incomodidad.




#### SENTARSE Y LEVANTARSE

- Evite el gesto habitual de torsión de la columna al sentarse. (A)
- Para sentarse debe acercarse de frente hasta la silla y girar exclusivamente con los pies y rodillas. (B)
- A continuación debe agacharse lentamente flexionando las rodillas, con el cuerpo inclinado hacia adelante y la cabeza gacha. (C)
- Para levantarse coloque los pies al nivel del borde anterior del asiento o incluso un poco por debajo. Incline el cuerpo y la cabeza hacia adelante apoyando las manos en los muslos. Levántese lentamente por extensión de las rodillas. (D)



#### PARA DESCANSAR

- Evite las sillas y sillones que le hagan "resbalar" hasta adoptar una postura más horizontal ya que la columna lumbar se tensa. (A)
- Evite colocar una pierna sobre la otra.
- Evite las sillas y sillones con apoyabrazos demasiado altos o separados para que los hombros no queden muy elevados.
- El respaldo del asiento debe estar bien almohadillado e inclinado hacia atrás para facilitar el apoyo estable:
  - de 10° a 15° para la lectura
  - de 15° a 20° para el descanso. (B)
- La espalda debe descansar firmemente contra el respaldo.
- Las rodillas deben estar más altas que las caderas. Los pies deben apoyarse por completo en el suelo y en caso necesario utilice accesorios para apoyar y elevar los pies.



#### EN LA CAMA

- No duerma boca abajo. (A)
- Duerma de lado con las rodillas flexionadas o boca arriba con una almohada bajo las rodillas. (B)
- Evite dormir en colchones blandos. (C)
- Evite las almohadas blandas y muy altas. (C)
- Evite sentarse en la cama con las rodillas flexionadas. (D)
- Duerma en un colchón firme o con una tabla debajo. (E)
- Duerma con una almohada baja, de lana o plumas y antes de acostarse haga un hueco en el centro con las manos.
- Al sentarse en la cama estire las piernas (no flexione las rodillas). (F)



#### PARA CONDUCIR

- Evite tener que estirarse para llegar a los mandos del automóvil. (No coloque el asiento demasiado lejos del volante). (A)
- Evite manejar los pedales movilizandolos toda la extremidad inferior por medio de la cadera.
- La columna lumbar debe aplicarse contra el respaldo. El respaldo debe tener forma anatómica. En caso contrario debe corregirse con un suplemento especial o una almohadilla. (B)
- Las rodillas tienen que quedar más elevadas que las caderas.
- El volante debe mantenerse con los codos ligeramente flexionados.




Ilustración 6: Normas posturales. (Extraído de la página web: <http://www.championchip.cat/Iliga2008/medicina/LUMBALGIA.htm> de la Dra Yolanda Puentes Zamora).

# NORMAS POSTURALES

## DE PIE

### ESTÁTICA

- Evite flexionar el tronco hacia adelante.
- Evite girar el tronco bruscamente. (A)
- Evite los tacones altos y mantener los pies juntos. (B)
- Es aconsejable mantener un pie en alto cuando se realizan trabajos en bipedestación y alternarlo sucesivamente con el otro. (C)
- Inclínese por las rodillas y conserve la espalda recta. (D)
- Si hay que realizar giros o torsiones llévelas a cabo con movimientos de caderas y rodillas en vez de la columna lumbar.
- Evite permanecer de pie en la misma postura durante mucho tiempo. (E)
- Evite mantener los pies juntos y los tacones altos. (E)
- Evite andar con la espalda encorvada. (F)
- Ande con la espalda erguida. (G)
- Separe los pies para aumentar la base de sustentación.
- Interrumpa la bipedestación estática, de vez en cuando, con algunos pasos o apóyese en una pared.

### TRASLADAR OBJETOS

- Evite arrastrar objetos, ya que resulta muy peligrosa por la gran sobrecarga lumbar que ocasiona. (A)
- Para trasladar objetos es mejor empujar con los pies separados, uno adelantado, contrayendo activamente los abdominales y aprovechando el propio peso del cuerpo hacia adelante como fuerza adicional. (B)
- Todavía es mejor apoyarse de espaldas al objeto y empujar con las piernas, con lo que la columna apenas interviene. (C)
- Evite llevar objetos pesados que le obliguen a inclinar y/o girar la columna vertebral. (D)
- Sustituya un paquete pesado por dos paquetes más pequeños dispuestos asimétricamente. (E)
- Siempre que sea posible, use bandas o tirantes que distribuyan el peso entre los hombros y la pelvis. (F)
- Procure no alcanzar objetos que estén por encima de la altura de sus hombros. (G)
- Evite hiperextender el tronco ya que la mínima oscilación corporal multiplica su sobrecarga aumentando notablemente el riesgo de lesiones. (G)
- Utilice taburetes para ponerse al mismo nivel que el objeto. (H)
- Mantenga el objeto lo más cerca posible del cuerpo. (I)
- No se incline nunca con las piernas estiradas ni gire mientras mantenga un peso en alto.

### LEVANTAR OBJETOS

- Evite la flexión completa de la espalda al recoger objetos pequeños del suelo. (A)
- Para recoger objetos pequeños del suelo, agáchese y apóyese con una mano en la rodilla. (B)
- Evite la flexión completa de la espalda y elevar un gran peso mediante un gesto brusco, con el fin de eliminar una sobrecarga de la columna. (C)
- Evite poner los pies juntos y paralelos, ya que proporciona una reducida base de sustentación que dificulta el mantenimiento del equilibrio a costa de la columna.
- Coloque el objeto lo más cerca posible del cuerpo, con el fin de evitar una sobrecarga de la columna. (D)
- Mantenga los pies separados para aumentar la base de sustentación y mejorar el equilibrio.
- Eleve el objeto utilizando preferentemente movimientos de rodillas y caderas o de extremidades superiores y siempre con la mínima participación posible de la columna.

Ilustración 7: Normas posturales. (Extraído de la página web: <http://www.championchip.cat/lliga2008/medicina/LUMBALGIA.htm> de la Dra Yolanda Puentes Zamora).