



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

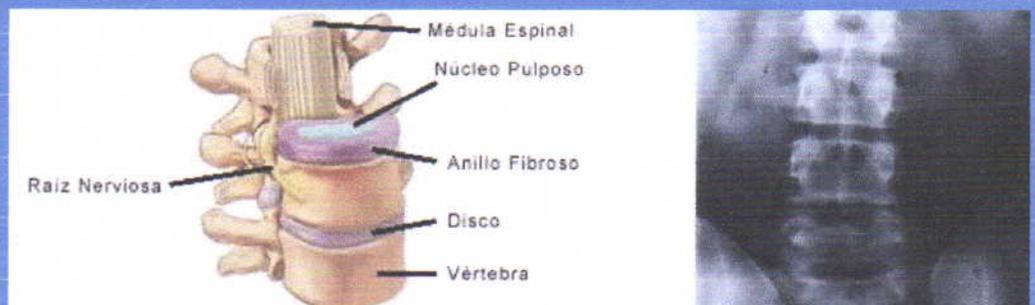
Instituto Nacional  
de Ciencias Neurológicas

## DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA

### DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA

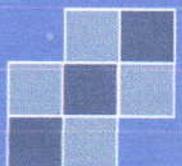


## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR



2020

Jr. Ancash N° 1271  
Barríos Altos, Lima 1 – Perú  
Central Telefónica N° 411-7700  
[www.incn.gob.pe](http://www.incn.gob.pe)





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

# INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

## DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA

### DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA



# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR





DIRECTORIO

**M.C. ESP. PILAR E. MAZZETTI SOLER**

DIRECTORA GENERAL

**M.C. ESP. ISABEL B. TAGLE LOSTAUNAU**

DIRECTORA ADJUNTA

**ING. HÉCTOR R. NÚÑEZ FLORES**

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

**MG. GLORIA A. VARGAS NÚÑEZ**

DIRECTORA EJECUTIVA DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

**M.C.ESP. JESÚS B. FELIX RAMIREZ**

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA

**M.C.ESP. JORGE E. MEDINA RUBIO**

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA

EQUIPO ELABORADOR

M.C.ESP. JESÚS B. FELIX RAMIREZ

MC. ESP. JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO

MC. ESP. LUIS ALBERTO ANTONIO TOLEDO

MC. ESP. CARLOS MAO TSE TUNG VÁSQUEZ PÉREZ

MC. ESP. JUAN ELÍAS LIRA MAMANI

MC. ESP. LUIS JAIME SAAVEDRA RAMÍREZ

MC. ESP. WILLIAM WILSON LINES AGUILAR

MC. ESP. EUTEMIO MEDINA MEZA

MC. ESP. YELIMER CAUCHA MORALES

APOYO

I. TAGLE L.

SR. JULIO A. CASTRO VILLARCORTA

JEFE DE LA UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

TEC. LUIS MIGUEL CRUZADO SALAZAR

ASISTENTE - UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

Lima, Perú  
2020

G. VARGAS





# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR



A. CARRASCO



G. VARGAS

ROL	ORGANO	FECHA	V° B°
ELABORADO	DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA		
	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN NEUROCIRUGÍA		
REVISADO POR	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (UNIDAD DE ORGANIZACIÓN)		
	ASESORÍA JURÍDICA		
APROBADO	DIRECCIÓN GENERAL		



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S.



## ÍNDICE

N°	CONTENIDO	PÁG.
	CUADRO DE CONTROL	04
I.	FINALIDAD	06
	1.1. DECLARACIÓN DE INTENSIÓN	06
II.	OBJETIVO	06
	2.1. OBJETIVO GENERAL	06
	2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	06
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	06
	3.1. USUARIOS DE LA PRESENTE GUÍA	06
	3.2. ESCENARIOS CLÍNICOS A LOS QUE SE REFIERE LA GUÍA	07
IV.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS	07
	4.1. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10	07
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	07
	5.1. DEFINICIÓN	07
	5.2. ETIOLOGÍA	07
	5.3. FISIOPATOLOGÍA	07
	5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	07
	5.5. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS	08
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	08
	6.1. CUADRO CLÍNICO	08
	6.2. DIAGNÓSTICO	10
	6.3. EXÁMENES AUXILIARES	10
	6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	12
	6.5. COMPLICACIONES	13
	6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	13
	6.7. FLUXOGRAMA	14
VII.	ANEXO	15
	7.1. ANEXO 1 - CUESTIONARIO DE CLAUDICACIÓN DE ZURICH	15
VIII.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	17



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR

## I. FINALIDAD

### 1.1. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN

- Todo paciente debe ser individualizado en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y en el momento de evaluar la condición de alta.
- La presente guía de hernia del núcleo pulposo lumbar no pretende establecer lineamientos estándares para el manejo de los pacientes.
- El manejo individualizado, con evaluación continua por parte del especialista es necesario.
- La toma de decisiones está basada en los recursos locales, así como en el equipo multidisciplinario con el que se cuente en el momento de la toma de decisiones.
- El seguir cabalmente la presente guía no garantiza la evolución favorable de los pacientes, pues la evolución, respuesta al tratamiento, complicaciones y reacciones adversas son multifactoriales.
- La incorporación de nuevas decisiones debe ser registrada adecuadamente en los registros médicos del paciente.
- Algunos aspectos tienen soporte basado en la evidencia de estudios clínicos, sin embargo, no todo lo obvio es posible de ser sometido a estudios rigurosos y es aceptado por la comunidad médica.

## II. OBJETIVO

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Optimizar el diagnóstico y tratamiento precoz de la HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR mediante las recomendaciones basadas en la evidencia actual disponible.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Optimizar el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR
- Disminuir la mortalidad y morbilidad (secuelas) HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR en el Perú.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

### 3.1. USUARIOS DE PRESENTE GUÍA

- Neurocirujanos.
- Neurólogos.
- Médicos residentes de neurología.
- Médicos residentes de neurocirugía.
- Médicos residentes de otras especialidades.
- Médicos generales.
- Médicos internistas.
- Médicos intensivistas.



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



- Médicos infectólogos.
- Médicos internistas.
- Médicos intensivistas.
- Médicos Emergenciólogos.

### 3.2. ESCENARIOS CLÍNICOS A LOS QUE SE REFIERE LA GUÍA

- HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR de diferentes etiologías.
- HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR DE DISTINTOS NIVELES.
- HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO LUMBAR AGUDOS Y CRONICOS.

## IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS

### 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

- Código CIE 10
- Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía M51.1
- Lumbalgia con ciática. M54.4
- Ciática M54.3
- Lumbago no especificado M54.5

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1. DEFINICIÓN

#### Hernia del núcleo pulposo lumbar

La hernia es una enfermedad en la que una parte del disco intervertebral, núcleo pulposo se desplaza o protruye a través del anillo fibroso sea por ruptura o desgarro, produciendo efecto de masa sobre las estructuras de la cana vertebral o radicular a nivel lumbar, presionando las raíces nerviosa respectiva según el nivel hacia la raíz nerviosa.

Existen diversos grados de hernia del disco intervertebral, lo cual tiene importancia desde el punto de vista clínico y terapéutico: Protrusión, Extrusión subligamentaria, Extrusión extraligamentaria y Migración.

### 5.2. ETIOLOGÍA

La hernia del núcleo pulposo lumbar tiene causa Degenerativa, traumática aguda y trauma crónico, microtrauma.

### 5.3. FISIOPATOLOGÍA

Las hernias discales lumbares se producen por mecanismo mecánicos de presión sobre la columna que ejercen presión sobre los discos intervertebrales, y por movimientos bruscos de hiperflexión y extensión que pueden desgarrar el anillo, y si dicho anillo está debilitado por factores propios degenerativos es más propenso a lesionarse con un mínimo trauma o la simple bipedestación.

### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia de las Hernias discales lumbares es de 1.5 por 100,000 por año y prevalencia 75 por 1000000 habitantes, y sus factores de riesgo son: Por degeneración o envejecimiento articular, con formación de osteofitos vertebrales., por microtraumatismos, por un mecanismo repetitivo de flexión - extensión del tronco cargando peso, por movimientos de rotación continuados en el tiempo (sillas giratorias - efecto cizallamiento), por exceso de peso corporal (hiperlordosis), Atrofia de la musculatura paravertebral dorso lumbar.





## 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 5.5.1. MEDIO AMBIENTE:

- Geografía accidentado del terreno.

### 5.5.2. ESTILOS DE VIDA:

- Trabajo.
- Pesado.
- Sobre peso.
- Micro traumas.

### 5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS:

- Degeneración genética.
- Atrofia muscular.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. CUADRO CLÍNICO

#### 6.1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

##### Exploración:

- Alteraciones de la estática vertebral.
- Pérdida de la lordosis lumbar fisiológica, condicionando la rigidez del eje vertebral.
- Escoliosis derecha o izquierda.
- Signos de RAMOND (contractura muscular para lumbar).

##### Alteraciones radiculares:

- La flexión del tronco provoca un dolor en la pierna.
- La presión muscular paravertebrales dolor en la pierna (Signo del timbre).

##### Alteraciones sensitivas:

- En la cara anterior del muslo (raíces, L1, L2 y L3).
- En la cara interna de la pierna (raíz L4).
- La cara externa de la pierna, la mitad interna del dorso del pie y dedo mayor (raíz L5).
- La mitad externa del dorso del pie incluyendo el dedo menor (raíz S1).
- En región perianal y cara posterior del muslo, pierna y plantar para las raíces S1, S2.

##### Alteraciones motoras:

- Se hará caminar de puntillas (S1) y de talones (L5).
- Oponerse al movimiento de flexión del pie (L5) y de extensión del pie (S1).
- En la fuerza del cuádriceps (L3 y L4).
- Se investigará la presencia de atrofia muscular y fasciculaciones.
- Se explorará el reflejo patelar o rotuliano (L3 y L4) y el aquillano para la raíz L5 y S1.

##### Alteraciones esfinterianas:

- Se explora la presencia de globo vesical.

##### Maniobras dolorosas radiculares

###### Específicas:

- Maniobras de Lasegue.



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

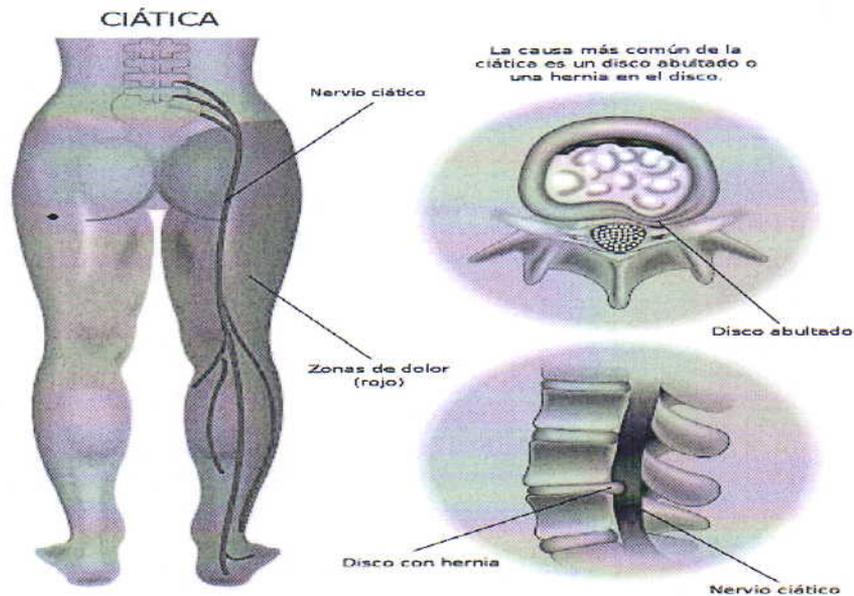


- Lasegue cruzado.
- Maniobra femoral o de Wassermann.
- Maniobra de Fernández.
- Inespecíficas:
  - Maniobra de Neri.
  - Maniobras dolorosas osteotendinosas.
  - Maniobra de Patrick Bonette.
  - Lasegue invertido.
  - Maniobra de Gaenslen.
  - Maniobra de Thomas.

### 6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICAS

La hernia del núcleo pulposo lumbar se presenta a cualquier edad, en personas jóvenes está muy relacionado con sobre esfuerzos, en personas adultas y mayores a degeneración del anillo fibroso y debilitado. Según su estado evolutivo en un inicio dolor localizado en la región lumbar, intermitente, luego irradiado a miembros inferiores, unilateral o bilateral, que limita la función, posteriormente alteraciones motoras, sensitivas o esfinterianas.

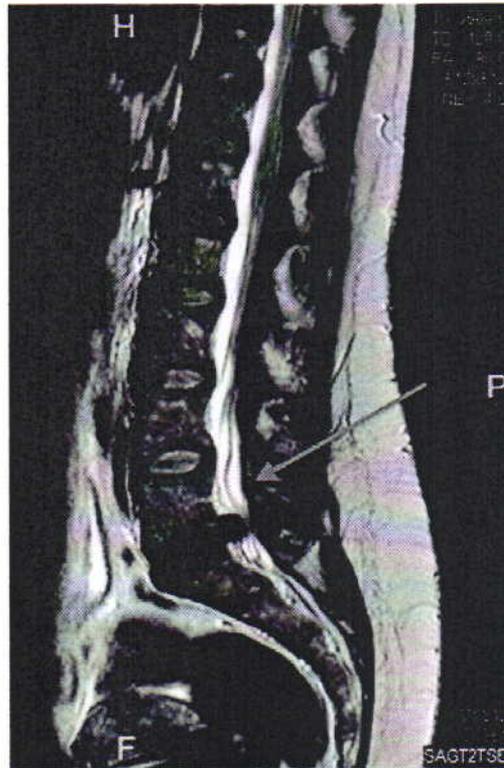
### 6.1.3. GRÁFICOS, DIAGRAMAS Y FOTOGRAFÍAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



## 6.2. DIAGNÓSTICO

### 6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Lumbalgia, Lumbociatalgia o Ciatalgia que aumenta con el esfuerzo y disminuye con el reposo.

Neuroimágenes:

Resonancia magnética de columna (primera elección).

Electromiografía y velocidad de conducción positiva a radiculopatía nos confirma el sufrimiento de la raíz respectiva, su ausencia no excluye la presencia de Hernia.

Tomografía de columna como opcional en algunos casos.

### 6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De Hernias discal lumbar incluyen las lumbalgias de origen muscular, tendinitis, bursitis, síndrome piriforme, miofascial; Dolor de origen visceral: renal, páncreas o suprarrenales, de localización retroperitoneal; Dolor lumbar vascular: aneurismas abdominales o procesos vasculares periféricos; Dolor neurogénico: quistes y afecciones en las raíces nerviosas de la región lumbar; Dolor vertebral: articulación entre el sacro y la pelvis o por alteraciones de los tejidos blandos; Dolor psicógeno: conflictos psicológicos.

## 6.3. EXÁMENES AUXILIARES

### 6.3.1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA

Exámenes hematológicos, bioquímicos e inmunológicos: hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen orina completa, perfil coagulación, HIV, aglutinaciones, RPR, grupo sanguíneo, Factor Rh, Velocidad de sedimentación, estudio anatómico patológico por muestra operatoria.



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S.



A. CARRASCO



G. VARGAS



### 6.3.2. DE IMÁGENES

Radiología Placa antero posterior de columna lumbosacra con el paciente en posición de pie y la proyección lateral pueden contribuir al diagnóstico etiológico y diferencial.

Evaluar la simetría pélvica, el estado de la articulación coxofemoral y sacroilíaca.

Radiografía lumbosacra funcional se solicita ante la sospecha de listesis y la posibilidad de artrodesis.

Se observa una prevalencia de 20% de anomalías radiológicas en la población asintomática. Imágenes de enfermedad discal degenerativa, espina bífida, espondilólisis y trastornos facetarios, pueden verse en pacientes con y sin dolor lumbar.

Resonancia nuclear magnética (RNM), Examen auxiliar de elección para decidir un posible tratamiento quirúrgico, permitiendo confirmar el diagnóstico de Hernia Discal lumbar y la zona a intervenir. La resonancia nuclear magnética tiene contraindicaciones absolutas en pacientes con marcapasos, con implantes ferromagnéticos y en los que tienen clips vasculares intracraneales. En los pacientes donde resulta contraindicada la RNM, se indicará Tomografía de columna.

El estudio del TAC se ha popularizado mucho en nuestro medio para pacientes con dolor lumbar y compromiso radicular, tal vez por las facilidades y menor costo para acceder a la ayuda diagnóstica. La información obtenida por el TAC es de menor ayuda si se compara con una resonancia nuclear magnética y también tiene una prevalencia significativa de hallazgos «anormales» en la población asintomática.

### 6.3.3. DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

Electromiografía

La electromiografía con velocidad de conducción nerviosa puede ser útil para identificar la metámera comprometida en pacientes con dolor en una extremidad. En la práctica nos puede ayudar a diferenciar una radiculopatía de una neuropatía. En paciente con dolor atípico en una extremidad y con hallazgos clínicos normales, el electro diagnóstico aclara si el origen es espinal o periférico.

Gammagrafía ósea

Ante la sospecha de infección vertebral o de tumores óseos primarios o metastásicos.

Un estudio gamagráfico positivo para enfermedad osteoblástica u osteolítica deberá complementarse con otros estudios para aproximarse a un diagnóstico.

Mielo tomografía vertebral.

Discografía lumbar





## 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

Educación para el paciente y su familia, cambios positivos en estilo de vida, como actividad física, alimentación balanceada, mantener buena postura y evitar sobrepeso y salud en el trabajo. En determinados deportes utilizar aparatos de protección. Si hay dolor agudo reposo. Utilizar Medios físicos como compresas húmedas en zona dolorosa. En trabajo evitar levantar excesivos pesos y utilizar equipos de protección.

### 6.4.2. TERAPÉUTICA

#### Manejo médico:

Analgésicos, relajantes musculares, vitaminas, regeneradores articulares.

Medicina física y rehabilitación.

Faja lumbar laboral.

Educación en posturas y actividades laborales.

#### Manejo quirúrgico:

1. Dolor incapacitante a pesar de medicación.
2. Déficit neurológico motor progresivo.

#### Técnica quirúrgica:

Previa anestesia general y determinado el nivel a intervenir, se procede al lavado quirúrgico de manos. Paciente en decúbito ventral con la región pectoral y pélvica protegida con rodetes y almohadillas. Se procede a la asepsia general del área a intervenir.

Se colocan los campos operatorios estériles, dejando libre la zona operatoria. Se incide linealmente la piel y el tejido sub cutáneo con bisturí N° 20, se coloca separador Weitlaner agudo recto para facilitar la disección del plano muscular con el electrobisturí monopolar hasta llegar a las respectivas láminas, desinsertando los músculos paravertebrales, concluyendo este acto con disección manual usando gasas y legra. Con la ayuda de la tijera de Mayo cursa se corta el ligamento interespinoso, permitiendo delimitar los espacios a intervenir.

Se coloca Separador Scoville con valvas, se procede a realizar hemostasia y confirmar nivel a intervenir. Se hace la Laminectomía respectiva y el retiro del ligamento amarillo expuesto protegiendo el saco dural y las raíces nerviosas con "estampillas" o "cotones". Se expone el disco dañado, se procede a retirar la hernia lumbar y se hace una revisión de la hemostasia. Se protege el saco dural con surgicell, hemocolágeno y/o sustituto de membrana dural. También puede emplearse gel especial para evitar fibrosis peri radicular.

En caso de desgarró dural, se procede a la corrección dural con seda 4/0 aguja punzante, con la posterior cobertura con surgicell, hemocolágeno y/o sustituto de membrana dural.

Finalmente se retiran los materiales de hemostasia (gasas o cotones) y de separación (Separador Scoville), para proceder al cierre. El plano de la fascia muscular se emplea Vicril 1, para el plano subcutáneo se emplea Vicril 2/0 y para el plano de piel se emplea Nylon 3/0.



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



Tanto el cirujano como el paciente deben comprender que la cirugía discal no constituye un método curativo, pero sí puede proporcionar alivio sintomático. No detiene el proceso patológico que permitió la herniación ni establece el estado de la región lumbar a su situación anterior. Tras la operación el paciente tendrá que cambiar su estilo de vida.

#### 6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

##### Tratamiento Médico:

- Alergias medicamentosas AINES

#### 6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

- Dolor radicular

#### 6.4.5. CRITERIO DE ALTA

- Los criterios de ALTA estarán dados por la evolución clínica del paciente al tercer día.

#### 6.4.6. PRONÓSTICO

- Buen pronóstico

### 6.5. COMPLICACIONES

- Lesión radicular nueva, persistencia o agravamiento de la existente (0,02%)
- Recidiva de hernia discal que necesite la reintervención (2,8-11%)
- Fístula del líquido cefalorraquídeo (0,1-0,9%)
- Infección de partes blandas (0,9-6,8%)
- Meningitis (0,2-0,3%)
- Discitis (0,4-3%)
- Mortalidad (0,02%)
- Complicaciones casuales:
  - Lesión de vasos abdominales (A. Aorta, V. Cava).
  - Lesión de uréter.

### 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

#### Referencia

Hernias complicadas.

#### Contrareferencia

A su establecimiento de origen.



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.

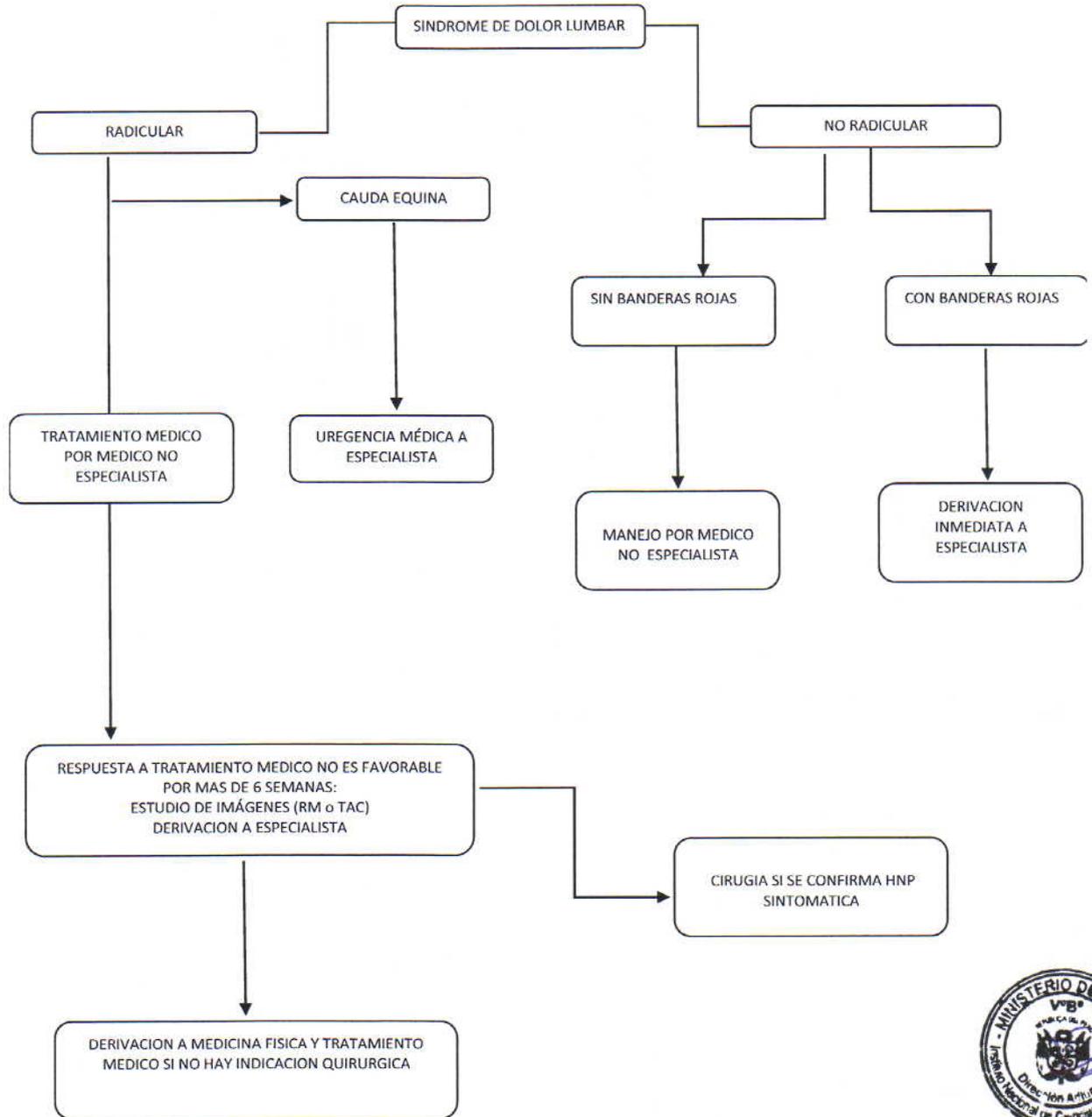


P. MAZZETTI S



### 6.7. FLUXOGRAMA

#### FLUXOGRAMA



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



## VII. ANEXOS

## 7.1. ANEXO 1 – CUESTIONARIO DE CLAUDICACIÓN DE ZURICH

Anexo 1  
Cuestionario de claudicación de Zurich

## Durante el último mes, ¿cómo describiría...

- 1) ... el dolor que ha experimentado, de media, teniendo en cuenta su dolor de espalda, glúteos y piernas?
  1. Ausente
  2. Leve
  3. Moderado
  4. Intenso
  5. Muy intenso
- 2) ... cuán a menudo ha experimentado dolor en la espalda, los glúteos o las piernas?
  1. Menos de una vez por semana
  2. Como mínimo una vez por semana
  3. Cada día, durante como mínimo unos minutos
  4. Cada día, durante la mayor parte del día
  5. Cada día, a todas horas
- 3) ... el dolor que ha sentido en la espalda o los glúteos?
  1. Ausente
  2. Leve
  3. Moderado
  4. Intenso
  5. Muy intenso
- 4) ... el dolor que ha sentido en las piernas o los pies?
  1. Ausente
  2. Leve
  3. Moderado
  4. Intenso
  5. Muy intenso
- 5) ... el entumecimiento u hormigueo que ha sentido en las piernas o pies?
  1. Ausente
  2. Leve
  3. Moderado
  4. Intenso
.
  5. Muy intenso
- 6) ... la debilidad que ha sentido en las piernas o pies?
  1. Ausente
  2. Leve
  3. Moderada
  4. Intensa
  5. Muy intensa
- 7) ... sus problemas de equilibrio?
  1. No, no he tenido problemas de equilibrio.
  2. Sí, a veces me falta el equilibrio o no me siento con paso firme.
  3. Sí, a menudo me falta el equilibrio o no me siento con paso firme.

## Durante el último mes, en un día normal...

- 8) ... ¿cuánto ha sido capaz de caminar?
  1. Más de 3 km o una hora
  2. Más de un par de manzanas, pero menos de 3 km o menos de una hora
  3. Más de 15 metros, pero menos de un par de manzanas
  4. Menos de 15 metros

- 9) ... ¿ha salido a pasear o ha ido a centros comerciales por placer?
  1. Sí, sin problemas
  2. Sí, aunque a veces con dolor
  3. Sí, pero siempre con dolor
  4. No
- 10) ... ¿ha ido a hacer la compra o de tiendas?
  1. Sí, sin problemas
  2. Sí, aunque a veces con dolor
  3. Sí, pero siempre con dolor
  4. No
- 11) ... ¿ha caminado por las diferentes habitaciones de su casa o apartamento?
  1. Sí, sin problemas
  2. Sí, aunque a veces con dolor
  3. Sí, pero siempre con dolor
  4. No
- 12) ... ¿ha caminado desde su dormitorio hasta el baño?
  1. Sí, sin problemas
  2. Sí, aunque a veces con dolor
  3. Sí, pero siempre con dolor
  4. No

## ¿Cómo está de satisfecho con...

- 13) ... el resultado global de su operación de espalda?
  1. Muy satisfecho/a
  2. Satisfecho/a
  3. Insatisfecho/a
  4. Muy insatisfecho/a
- 14) ... el alivio del dolor después de la operación?
  1. Muy satisfecho/a
  2. Satisfecho/a
  3. Insatisfecho/a
  4. Muy insatisfecho/a
- 15) ... su capacidad de caminar después de la operación?
  1. Muy satisfecho/a
  2. Satisfecho/a
  3. Insatisfecho/a
  4. Muy insatisfecho/a
- 16) ... su capacidad de realizar su trabajo habitual, tareas domésticas o trabajos de jardinería?
  1. Muy satisfecho/a
  2. Satisfecho/a
  3. Insatisfecho/a
  4. Muy insatisfecho/a
- 17) ... la fuerza de sus muslos, piernas y pies?
  1. Muy satisfecho/a
  2. Satisfecho/a
  3. Insatisfecho/a
  4. Muy insatisfecho/a
- 18) ... su equilibrio o la firmeza de su paso?
  1. Muy satisfecho/a
  2. Satisfecho/a
  3. Insatisfecho/a
  4. Muy insatisfecho/a



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



### ESCALA DE INCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR DE OSWESRY



#### Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry

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

#### Sección 1 – Intensidad de dolor

- ⓐ Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- ⓑ El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- ⓒ Los calmantes me alivian completamente el dolor
- ⓓ Los calmantes me alivian un poco el dolor
- ⓔ Los calmantes apenas me alivian el dolor
- ⓕ Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo

#### Sección 2 – Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

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

#### Sección 3 – Levantar peso

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

#### Sección 4 – Andar

- ⓐ El dolor no me impide andar
- ⓑ El dolor me impide andar más de una milla
- ⓒ El dolor me impide andar más de media milla
- ⓓ El dolor me impide andar más de cien metros
- ⓔ Sólo puedo andar con bastón o muletas
- ⓕ Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

#### Sección 5 – Estar sentado

- ⓐ Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- ⓑ Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- ⓒ El dolor me impide estar sentado más de una hora
- ⓓ El dolor me impide estar sentado más de media hora
- ⓔ El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
- ⓕ El dolor me impide estar sentado

#### Sección 6 – Estar de pie

- ⓐ Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- ⓑ Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- ⓒ El dolor me impide estar de pie más de una hora
- ⓓ El dolor me impide estar de pie más de media hora
- ⓔ El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- ⓕ El dolor me impide estar de pie

#### Sección 7 – Dormir

- ⓐ El dolor no me impide dormir bien
- ⓑ Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- ⓒ Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
- ⓓ Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
- ⓔ Incluso tomando pastillas duermo menos de dos hora
- ⓕ El dolor me impide totalmente dormir

#### Sección 8 – Actividad sexual (opcional)

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

#### Sección 9 – Vida social

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

#### Sección 10 – Viajar

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

$$\text{Index Score} = \frac{\text{Sum of all statements selected}}{\text{(\# of Sections with a statement selected} \times 5)} \times 100$$

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Back Index Score \_\_\_\_\_



I. TAGLE L.



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETTI S



## VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAREZ CAMBRAS, R Y ET AL. (1995) La discectomía percutánea en la hernia discal lumbar. Revista cubana de ortopedia y traumatología. V 9 n 1. enero – diciembre de 1995.
2. AYERBE, J. Y P. SOUSA. (2004). Evaluación de resultados en cirugía raquídea lumbar: la perspectiva del paciente. Neurocirugía, 15: 447 – 457.
3. BAUER, R Y ET AL. (2004) Cirugía ortopédica: Columna. Madrid: Marban.
4. BERMEJO, F. Y ET AL. (2001) Cien escalas de interés en neurología clínica. Barcelona: Proas Science.
5. CAMBIER, J. Y ET AL. (2002) Manual de neurología. Barcelona: Masson.
6. DELMAS, A. (2001). Vías y centros nerviosos. Barcelona: Ediciones Toray.
7. DENISSE CHAMPIN, M. (2004) Lumbalgia. Revista de la sociedad peruana de medicina interna v 17 n 2 julio / diciembre del 2004.
8. ESCARPANTER BULIES, J Y ET AL. (1998) Hernia discal lumbar: correlación diagnóstica y evolución postoperatoria. Revista cubana de ortopedia y traumatología. V 12 n 1-2. enero – diciembre de 1998.
9. FELIPE MORAN, A. Y ET AL. (1998) Estudio clínico, imagenológico y resultados quirúrgicos en 562 pacientes operados de hernia discal lumbar. Revista cubana de medicina militar, 27(2): 79-84.
10. FUSTINIONI, O. Y ET AL. (2001) Semiología del sistema nervioso. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
11. GONZALES HIDALGO, M. (2006) Indicaciones de los estudios neuro fisiológicos en el dolor lumbar. Revista de Neurología, 43(10):618-620.
12. GREENBERG, MARK. (2004) Manuel de neurocirugía. Buenos Aires: Ediciones Journal.
13. LACERDA GALLARDO, A Y ET AL. (1999) Tratamiento micro quirúrgico en la hernia discal lumbar. Revista cubana de ortopedia y traumatología. V 13 n 1-2. enero – diciembre de 1999.
14. MASLIASH, R Y ET AL. (1994) Hernia discal en accidentados de trabajo 729 casos operados. Revista médica de Uruguay, 10: 174-177.
15. ORTIZ CORREDOR, F. (2003) Examen clínico y anomalías electromiografías en los pacientes con dolor lumbar. Revista de Neurología, 37(2):106-111.
16. PULIDO RIVAS, P y ET AL. (2004) Cirugía de la columna lumbar en pacientes de edad avanzada. Revista de Neurología, 39(6):501-507.
17. UNMSM. (2002) Cirugía: Neurocirugía. Lima: Fondo editorial UNMSM.
18. NETTER, F. (2002) Colección Netter de ilustraciones médicas: sistema nervioso. Barcelona: Masson.
19. VELEZ A. Y ET AL. (2004) Fundamentos de medicina: Radiología e imágenes diagnósticas. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



- 20. RIVERO TORRES, R Y ALVAREZ FIALLO, R.. (2004) Hernia discal lumbar: algunos aspectos del diagnóstico. Revista cubana de medicina militar. V 33 n 2. abril – junio del 2004.
- 21. ROYO SALVADOR, M y ET AL. (1998) Hernia discal en el ámbito laboral. Resultado de un análisis retrospectivo de una serie de 189 pacientes consecutivos. Revista de Neurología, 27(158):574-576.
- 22. RUIZ P. Y ET AL. (2001) Análisis y evaluación de la calidad en la cirugía de la hernia discal lumbar. Neurocirugía, 12: 419 – 428.
- 23. VILLAREJO F. Y ET AL. (2003) Hernia discal lumbar en adolescentes. Revista de neurología, 36(6): 514 – 517.



A. CARRASCO



G. VARGAS



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S