

OSWESTRY MODIFICADO DISCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR QUESTIONNAIRE1

Sección 1: A cumplimentar por el paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Ocupación: _____ Número de días de dolor de espalda: _____ (este episodio)

Sección 2: A cumplimentar por el paciente

Este cuestionario ha sido diseñado para darle a su terapeuta información sobre cómo su dolor de espalda ha afectado su capacidad para manejarse en la vida diaria. Responda a cada pregunta colocando una marca en la línea que mejor describa su condición hoy. Nos damos cuenta de que puede sentir que dos de las declaraciones pueden describir su condición, pero **marque solo la línea que más se acerque a su condición actual.**

Intensidad del dolor

- The dolor aparece y desaparece y es muy leve.
- The dolor es leve y no varía mucho.
- The dolor aparece y desaparece y es moderado.
- The dolor es moderado y no varía mucho.
- The dolor aparece y desaparece y es intenso.
- The dolor es intenso y no varía mucho.

Cuidado personal (lavar, vestirse, etc.)

- I tendría que cambiar mi forma de lavarme o vestirme para evitar el dolor.
- I normalmente no cambio mi forma de lavarme o vestirme aunque me cause algo de dolor.
- Washing y vendajes aumentan el dolor pero logro no cambiar mi forma de hacerlo.
- Washing y vendajes aumentan el dolor y me veo en la necesidad de cambiar mi forma de hacerlo.
- Because del dolor, no puedo lavarme y vestirme sin ayuda.
- Because del dolor, no puedo lavarme ni vestirme sin ayuda.

Levantamiento

- I puede levantar pesas pesadas sin dolor adicional.
- I puede levantar pesas pesadas, pero causa un dolor adicional.
- Pain me impide levantar pesos pesados del suelo.
- Pain me impide levantar pesos pesados del suelo, pero puedo arreglármelas si están convenientemente colocados, Ej.: sobre una mesa.
- Pain me impide levantar pesas pesadas, pero puedo manejar pesas ligeras a medianas si son convenientes Colocado.
- I solo puede levantar pesos muy ligeros como máximo.

Andante

- I no tienen dolor al caminar.
- I tener algo de dolor al caminar, pero no aumenta con la distancia.
- I no puede caminar más de 1 milla sin aumentar el dolor.
- I puede caminar más de 1/2 milla sin aumentar el dolor.
- I no puede caminar más de 1/4 de milla sin aumentar el dolor.
- I no puede caminar en absoluto sin aumentar el dolor.

Sentada

- I puedo sentar en cualquier silla todo el tiempo que quiera.
- I puedo sentarme solo en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- Pain me impide estar sentado más de 1 hora.
- Pain me impide estar sentado más de 1/2 hora.
- Pain me impide estar sentado más de 10 minutos.
- I evite sentarse porque aumenta el dolor de inmediato.

(No olvide llenar la parte posterior)

Sección 2 (con't): A cumplimentar por el paciente

En pie

- I puedo aguantar todo el tiempo que quiera sin dolor.
- I tienen algo de dolor al ponerse de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- I puede estar de pie durante más de 1 hora sin aumentar el dolor.
- No puedo estar de pie por más de 1/2 hora sin aumentar el dolor.
- No puedo estar de pie por más de 10 minutos sin aumentar el dolor.
- I evite estar de pie porque aumenta el dolor de inmediato.

Durmiente

- I no siente dolor en la cama.
- I me duele en la cama, pero eso no me impide dormir bien.
- Because de dolor, mi sueño nocturno normal se reduce en menos de una cuarta parte.
- Because de dolor, mi sueño normal de la noche se reduce a menos de la mitad.
- Because de dolor, mi sueño nocturno normal se reduce en menos de tres cuartas partes.
- Pain me impide dormir en absoluto.

Vida social

- My vida social es normal y no me da dolor.
- My vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- Pain no tiene ningún efecto significativo en mi vida social, aparte de limitar mis intereses más enérgicos, por ejemplo: bailar, etc.
- Pain ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.
- Pain ha restringido mi vida social a mi casa.
- I casi no tengo vida social debido a mi dolor.

De viaje

- I no siente dolor al viajar.
- I siento algo de dolor cuando viajo, pero ninguna de mis formas habituales de viajar lo empeora.
- I siento un dolor adicional mientras viajo, pero eso no me obliga a buscar formas alternativas de viajar.
- I siento un dolor adicional mientras viajo, lo que me obliga a buscar formas alternativas de viajar.
- Pain me restringe a viajes cortos y necesarios de menos de 1/2 hora.
- Pain restringe todas las formas de viaje.

Cambiar el grado de dolor

- My dolor está mejorando rápidamente.
- My dolor fluctúa, pero definitivamente está mejorando.
- My dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta.
- My dolor no mejora ni empeora.
- My dolor empeora gradualmente.
- My dolor empeora rápidamente.

Sección 3: A completar por el fisioterapeuta/proveedor

PUNTUACIÓN: _____ o _____ % (SEM 11, MDC 16) **Inicial** **FU** ____ **semanas Alta**

Número de sesiones de tratamiento: _____ **Género:** Masculino Femenino

Diagnóstico/Código CIE-9: _____