

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

- El dolor aparece y desaparece y es muy leve.
- El dolor es leve y no varía mucho.
- El dolor aparece y desaparece y es moderado.
- El dolor es moderado y no varía mucho.
- El dolor aparece y desaparece y es muy severo.
- El dolor es muy severo y no varía mucho.

Cuidado personal (lavar, vestirse, etc.)

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

Levantamiento

- Puedo levantar pesas pesadas sin dolor adicional.
- Puedo levantar pesas pesadas, pero causa un dolor adicional.
- El dolor no me permite levantar pesos pesados del piso.
- El dolor no me permite levantar pesos pesados del piso, pero puedo arreglármelas si están convenientemente colocados, Ej.: sobre una mesa.
- El dolor no me permite levantar pesas pesadas, pero puedo manejar pesas ligeras a medianas si son convenientes Colocado.
- Puedo levantar solomante pesos muy ligeros como máximo.

Andante

- No tengo dolor al caminar.
- Tengo algún dolor al caminar, pero no aumenta con la distancia.
- No puedo caminar más de 1 milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de 1/2 milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de 1/4 de milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar en absoluto sin aumentar el dolor.

Sentada

- Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
- Puedo sentarme solo en mi silla favorita todo el tiempo como quiera.
- El dolor no me permite estar sentado más de 1 hora.
- El dolor no me permite estar sentado más de 1/2 hora.
- El dolor no me permite estar sentado más de 10 minutos.
- Evito sentarse porque aumenta el dolor de inmediato.

(No olvide llenar la parte posterior)

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

En pie

- Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor.
- Tengo algun dolor como estoy de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- No puedo estar de pie por 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.
- Evito estar de pie porque aumenta el dolor de inmediato.

Dormido

- No tengo dolor en la cama.
- Me duele en la cama, pero eso no me impide dormir bien.
- Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido en menos de una cuarta parte del 25%.
- Debido al dolor, mi sueño normal de la noche se ha reducido a menos de la mitad del 50%.
- Debido al dolor, mi sueño nocturno normal se ha reducido en menos de tres cuartas partes del 75%.
- El dolor impide dormir en absoluto.

Vida social

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

De viaje

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

Cambiar el grado de dolor

- Mi dolor está mejorando rápidamente.
- Mi dolor fluctúa, pero definitivamente está mejorando.
- Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta.
- Mi dolor no mejora ni empeora.
- Mi dolor esta empeorando gradualmente.
- Mi dolor esta empeorando 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: _____