

Oswestry Cuestionario para la incapacitación lumbar - Low Back Pain Disability Index 2.1

Instrucciones

- Use lápiz nº2 para marcar
- Por favor marque solo una casilla en cada pregunta
- Marcar rellenando toda la casilla

Utilización interna solamente.
No leído por escaner.

Apellidos		Nombre		Sexo
Dirección			No. de paciente	
Código ciudad	Código postal	Ciudad		
Número de seguro social (no. AVS)			Fecha nacimiento (DD.MM.AAAA)	

Información requerida

Este cuestionario ha sido diseñado para darle al doctor información sobre cómo su dolor de espaldas le ha afectado la vida diaria. Por favor conteste todas las secciones y marque SOLO UNA ORACION de cada sección. Nos damos cuenta que podría considerar dos oraciones de la misma sección, pero por favor escoja la que más fielmente describe su condición.

Fecha del examen

Día 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Mes 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Año 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16

Intervalo del examen

ante la operación 6 semanas 3 meses 6 meses 9 meses
 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años 6 años
 7 años 8 años 9 años 10 años 11 años 12 años
 13 años 14 años 15 años > 15 años

Intensidad del dolor

- No tengo dolor en estos momentos.
- El dolor es leve en estos momentos.
- El dolor es moderado en estos momentos.
- El dolor es bastante fuerte en estos momentos.
- El dolor es muy fuerte en estos momentos.
- El dolor que tengo en estos momentos es el peor que pueda imaginarse.

Cuidado personal (banarse, vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme normalmente sin que ello me produzca más dolor.
- Puedo cuidarme normalmente pero me produce mucho dolor.
- Me resulta doloroso realizar mis cuidados personales, por lo que los hago despacio y con cuidado.
- Necesito un poco de ayuda pero puedo realizar la mayoría de mis cuidados personales.
- Necesito ayuda cada día para realizar la mayor parte de mis cuidados personales.
- No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

Caminar

- El dolor no me impide caminar en absoluto.
- El dolor me impide caminar más de 1-2 km (1 milla).
- El dolor me impide caminar más de 500 m (un cuarto de milla).
- El dolor me impide caminar más de 100 m (100 yards).
- Sólo puedo caminar si utilizo un bastón o muletas.
- Paso la mayor parte del tiempo en la cama y tengo que ir a gatas al lavabo.

Levantar pesos

- Puedo levantar objetos pesados sin que ello me produzca más dolor.
- Puedo levantar objetos pesados pero me produce más dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados desde el suelo pero puedo hacerlo si están convenientemente situados, por ejemplo, sobre una mesa.
- El dolor me impide levantar objetos pesados pero puedo levantar objetos de peso ligero y moderado si están convenientemente situados.
- Sólo puedo levantar pesos muy ligeros.
- No puedo levantar ni transportar absolutamente nada.

Sentarse

- Puedo permanecer sentado/a en una silla todo el tiempo que quiera.
- Puedo permanecer sentado/a todo el tiempo que quiera pero sólo en mi silla favorita.
- El dolor me impide permanecer sentado/a durante más de 1 hora.
- El dolor me impide permanecer sentado/a durante más de media hora.
- El dolor me impide permanecer sentado/a durante más de 10 minutos.
- El dolor me impide totalmente permanecer sentado/a.

Pararse

- Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiera sin que ello me produzca más dolor.
- Puedo permanecer de pie todo el tiempo que quiera pero me produce más dolor.
- El dolor me impide permanecer de pie durante más de 1 hora.
- El dolor me impide permanecer de pie durante más de media hora.
- El dolor me impide permanecer de pie durante más de 10 minutos.
- El dolor me impide totalmente permanecer de pie.

Dormir

- Mi sueño no se ve nunca afectado por el dolor.
- Mi sueño se ve a veces afectado por el dolor.
- Debido al dolor duermo menos de 6 horas.
- Debido al dolor duermo menos de 4 horas.
- Debido al dolor duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide totalmente dormir.

Vida sexual

- Mi vida sexual es normal y no me produce más dolor.
- Mi vida sexual es normal pero me produce algo más de dolor.
- Mi vida sexual es casi normal pero me resulta muy dolorosa.
- Mi vida sexual está severamente limitada por el dolor.
- Mi vida sexual es prácticamente inexistente debido al dolor.
- El dolor me impide totalmente tener una vida sexual.

Vida social

- Mi vida social es normal y no me produce más dolor al llevarla a cabo.
- Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no afecta de forma significativa a mi vida social pero limita las aficiones que requieren mucha energía, como practicar deportes, etc.
- El dolor limita mi vida social y no puedo salir con tanta frecuencia.
- El dolor limita mi vida social a mi hogar.
- No tengo vida social debido al dolor.

Viajar

- Puedo viajar a cualquier lugar sin que ello me produzca más dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar pero me produce más dolor.
- El dolor es fuerte pero puedo realizar viajes de más de 2 horas de duración.
- El dolor limita la duración de mis viajes a menos de 1 hora.
- El dolor limita mis viajes a desplazamientos cortos y necesarios de menos de media hora de duración.
- El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento.