

Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry

Este cuestionario fue diseñado para darle información a su terapeuta sobre cómo ha afectado su dolor de espalda su capacidad para manejar su vida cotidiana. Por favor conteste cada pregunta marcando **una** casilla que mejor describe su condición actual. Sabemos que es posible que usted crea que 2 de las declaraciones describen su condición, pero **por favor marque solamente la casilla que describe más cercanamente su condición actual.**

Intensidad del dolor

- Puedo aguantar el dolor sin usar medicamentos para el dolor.
- El dolor es malo, pero puedo arreglarme sin tomar medicamentos para el dolor.
- La medicación para el dolor me proporciona un alivio completo del dolor.
- La medicación para el dolor me proporciona un alivio moderado del dolor.
- La medicación para el dolor me proporciona un poco de alivio del dolor.
- La medicación para el dolor no tiene ningún efecto en mi dolor.

Cuidado personal (ej, lavarse, vestirse)

- Puedo cuidarme normalmente sin causar más dolor.
- Puedo cuidarme normalmente, pero aumenta el dolor.
- Es doloroso cuidarme, por eso lo hago lentamente y con cuidado.
- Necesito ayuda, pero puedo encargarme de la mayoría de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días con la mayoría de aspectos de mi cuidado personal.
- No me visto, me lavo con dificultad y, me quedo en la cama.

Levantar pesos

- Puedo levantar cosas pesadas sin aumentar el dolor.
- Puedo levantar cosas pesadas, pero aumenta el dolor.
- El dolor no me permite levantar cosas pesadas del piso, pero puedo lograrlo si las cosas están en una posición conveniente (ej, en una mesa).
- El dolor no me permite levantar cosas pesadas, pero puedo alzar cosas livianas a moderadas si están en una posición conveniente.
- Puedo levantar solamente cosas muy livianas.
- No puedo levantar o cargar ninguna cosa.

Caminar

- El dolor no me impide caminar a cualquiera distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1 milla.
- El dolor me impide caminar más de ½ milla.
- El dolor me impide caminar más de ¼ milla.
- Puedo caminar solamente con muletas o bastón.
- Guardo cama la mayoría del tiempo y tengo que gatear al baño.

Sentarse

- Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiera.
- Puedo sentarme solamente en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- El dolor me impide sentarme por más de 1 hora.
- El dolor me impide sentarme por más de ½ hora.
- El dolor me impide sentarme por más de 10 minutos.
- El dolor me impide sentarme en absoluto.

Nombre del paciente

Estar de pie

- Puedo estar de pie por todo el tiempo que quiera sin aumentar el dolor.
- Puedo estar de pie por todo el tiempo que quiera, pero aumenta el dolor.
- El dolor me impide estar de pie por más de 1 hora.
- El dolor me impide estar de pie por más de ½ hora.
- El dolor me impide estar de pie por más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar de pie del todo.

Dormir

- El dolor no me impide dormir bien.
- Puedo dormir bien solamente tomando medicamentos para el dolor.
- Incluso cuando tomo medicamentos para el dolor, duermo menos de 6 horas.
- Incluso cuando tomo medicamentos para el dolor, duermo menos de 4 horas.
- Incluso cuando tomo medicamentos para el dolor, duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide dormir en absoluto.

Vida social

- Mi vida social es normal y no aumenta mi dolor.
- Mi vida social es normal, pero aumenta mi nivel del dolor.
- El dolor me impide participar en actividades más enérgicas (ej. deportes, bailar)
- El dolor me impide salir de la casa a menudo.
- El dolor ha limitado mi vida social a la casa.
- Apenas tengo una vida social debido a mi dolor.

Viajar

- Puedo viajar a cualquier lugar sin aumentar el dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar, pero aumenta el dolor.
- Mi dolor me limita viajar más de 2 horas.
- Mi dolor me limita viajar más de 1 hora.
- Mi dolor me limita a viajes necesarios de menos de ½ hora.
- Mi dolor impide todos los viajes excepto las visitas al médico/terapeuta o al hospital.

Trabajo / Actividades domésticas

- Mis actividades del trabajo o de la casa no causan dolor.
- Mis actividades del trabajo o de casa aumentan mi dolor, pero todavía puedo llevar a cabo todo que se requiere de mí.
- Puedo realizar la mayoría de mis deberes del trabajo/de la casa, pero el dolor me impide realizar actividades más físicamente estresantes (ej, levantar, pasar la aspiradora).
- El dolor me impide hacer ninguna cosa excepto deberes ligeros.
- El dolor me impide hacer incluso deberes ligeros.
- El dolor me impide realizar cualquier trabajo o tarea doméstica.

Puntaje bruto _____ x 2 = PUNTAJE _____ % FECHA _____

Nombre del paciente

Modified from Fritz JM and Irrgang JJ. A Comparison of a Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Journal of Physical Therapy*. 2001;81:776-788 and The Chartered Society of Physiotherapy from Fairbanks JCT, Couper J, Davies JB, et al. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy*. 1980;66:271-271.