

Cuestionario Oswestry Para La Incapacitación Lumbar

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor Lea: Conteste todas las secciones y marque SOLO UNA ORACION de cada sección.

Intensidad del Dolor:

- A. Puedo tolerar el dolor sin recurrir a remedios para el dolor.
- B. El dolor es intenso pero puedo soportarlo sin recurrir a remedios para el dolor.
- C. Los medicamentos para el dolor me alivian completamente.
- D. Los medicamentos para el dolor me alivian mediamente.
- E. Los medicamentos para el dolor casi no me alivian.
- F. Los medicamentos para el dolor no surten efecto y no los uso.

Cuidado Personal:

- A. Puedo encargarme de mi cuidado personal sin causarme dolor adicional.
- B. Normalmente puedo encargarme de mi cuidado personal, pero me causa dolor adicional.
- C. Me causa dolor encargarme de mi cuidado personal y lo hago despacio y cuidadosamente.
- D. Puedo encargarme de la mayoría de mí cuidado personal pero necesito un poco de ayuda.
- E. Necesito ayuda todos los días en casi todos los aspectos de mi cuidado personal.
- F. No me visto, me baño con dificultad y me quedo en cama.

Levantar Pesos:

- A. Puedo levantar mucho peso sin dolor adicional.
- B. Puedo levantar mucho peso pero con dolor adicional.
- C. El dolor no permite que levante mucho peso del suelo, pero logro levantarlo cuando está en un lugar conveniente, como por ejemplo una mesa.
- D. El dolor no permite que levante mucho peso, pero logro levantar pesos medianos si están en un lugar conveniente.
- E. Puedo levantar solo pesos livianos.
- F. No puedo levantar o acarrear ningún peso.

Caminar:

- A. El dolor no me impide que camine cualquier distancia.
- B. El dolor me impide que camine más de 1 milla.
- C. El dolor me impide que camine más de ½ milla.
- D. El dolor me impide caminar más de ¼ milla.
- E. Puedo caminar solo usando bastón o muletas.
- F. Me mantengo en cama la mayoría del tiempo y tengo que arrastrare para ir al baño.

Sentarse:

- A. Puedo sentarme en cualquier silla por cuánto tiempo quiera.
- B. Puedo sentarme solo en una silla favorita por cuánto tiempo quiera.
- C. El dolor me impide que me sienta por más de 1 hora
- D. El dolor me impide que me sienta por más de 30 minutos.
- E. El dolor me impide que me sienta por más de 10 minutos.
- F. El dolor me impide que me sienta de todo.

Pararse:

- A. Puedo permanecer de pie por cuanto quiera sin dolor adicional.
- B. Puedo permanecer de pie por cuanto quiera, pero me produce dolor adicional.
- C. El dolor me impide que permanezca de pie por más de 1 hora.
- D. El dolor me impide que permanezca de pie por más de 30 minutos.
- E. El dolor me impide que permanezca de pie por más de 10 minutos.
- F. El dolor me impide que permanezca de pie del todo.

Dormir:

- A. El dolor no me impide dormir bien.
- B. Puedo dormir bien solamente tomando pastillas.
- C. Aun cuando tomo pastillas duermo menos de 6 horas.
- D. Aun cuando tomo pastillas duermo menos de 4 horas.
- E. Aun cuando tomo pastillas duermo menos de 2 horas.
- F. El dolor me impide que duerma del todo.

Vida Social:

- A. Mi vida social es normal y no me causa dolor adicional.
- B. Mi vida social es normal pero aumenta la intensidad del dolor.
- C. El dolor no tiene un impacto significado en mi vida social, aparte de impedirme que gaga mis intereses mas enérgicos (por ejemplo: bailar, etc.)
- D. El dolor ha limitado mi vida social y ya no salgo tan frecuentemente como antes.
- E. El dolor ha limitado mi vida social a la casa.
- F. No tengo una vida social a causa del dolor.

Viajar:

- A. Puedo viajar donde quiera sin dolor adicional.
- B. Puedo viajar donde quiera pero me causa dolor adicional.
- C. El dolor es fuerte, pero puedo tolerar viajes de más de 2 horas.
- D. El dolor me limita a hacer solo viajes de menos de 1 hora.
- E. El dolor me limita a hacer solo viajes necesarios y de menos de 30 minutos.
- F. El dolor me previene que viaje del todo, excepto cuando voy al doctor u hospital

Firma: _____

Fecha: _____