

ANEXO 1. TEST DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DE OSWESTRY	
ÍTEM	PUNTUACIÓN
<p>1.-Intensidad del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualmente no tengo dolor ni de columna ni de pierna - Mi dolor de columna o pierna es muy leve en este momento - Mi dolor de columna o pierna es moderado en este momento - Mi dolor de columna o pierna es intenso en este momento - Mi dolor de columna o pierna es muy intenso en este momento - Mi dolor es el peor imaginable en este momento 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>2.-Actividades de la vida cotidiana (lavarse, vestirse, etc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las hago sin ningún dolor - Puedo hacer de todo solo y en forma normal, pero con dolor - Las hago en forma más lenta y cuidadosa por el dolor - Ocasionalmente requiero ayuda - Requiero ayuda a diario - Necesito ayuda para todo, estoy en cama 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>3.- Levantar objetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puedo levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor - Puedo levantar objetos pesados desde el suelo pero con dolor - No puedo levantar objetos pesados desde el suelo debido al dolor, pero si cargar un objeto pesado desde una mayor altura, ej. desde una mesa 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

<ul style="list-style-type: none"> - Solo puedo levantar desde el suelo objetos de peso mediano - Solo puedo levantar desde el suelo cosas muy ligeras - No puedo levantar ni cargar nada 	
<p>4.- Caminar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Camino todo lo que quiero sin dolor - No puedo caminar más de 1-2 km debido al dolor - No puedo caminar más de 500-1000 m debido al dolor - Solo puedo caminar apoyado por uno o dos bastones - Estoy prácticamente en cama, me cuesta mucho hasta ir al baño 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>5.- Sentarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Me puedo sentar en cualquier silla todo el rato que quiera sin dolor - Solo en un asiento especial puedo sentarme sin dolor - No puedo estar sentado más de una hora sin dolor - No puedo estar sentado más de 30 minutos sin dolor - No puedo estar sentado más de 10 minutos sin dolor - No puedo permanecer ningún instante sentado sin que sienta dolor 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>6.- Pararse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puedo permanecer de pie lo que quiero sin dolor - Puedo permanecer de pie lo que quiero, pero con dolor - No puedo estar más de una hora parado libre de dolor - No puedo estar parado más de 30 minutos sin dolor - No puedo estar parado más de 10 minutos sin dolor - No puedo permanecer ningún instante de pie sin dolor 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>7.- Dormir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puedo dormir bien, libre de dolor 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

<ul style="list-style-type: none"> - Ocasionalmente el dolor me altera el sueño - Por el dolor no logro dormir más de 6 horas seguidas - Por el dolor no logro dormir más de 4 horas seguidas - Por el dolor no logro dormir más de 2 horas seguidas - No puedo dormir nada sin dolor 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>8.-Actividad sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal, sin dolor de columna - Normal, aunque con dolor ocasional de columna - Casi normal, pero con importante dolor de columna - Seriamente limitada por el dolor de columna - Casi sin actividad por el dolor de columna - Sin actividad, debido a los dolores de columna 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>9.-Actividades sociales (fiestas, deportes, etc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin restricciones, libres de dolor - Mi actividad es normal, pero aumenta el dolor - Mi dolor tiene poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas más enérgicas (ej. deportes) - Debido al dolor salgo muy poco - Debido al dolor no salgo nunca - No hago nada debido al dolor 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>10.-Viajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin problemas, libre de dolor - Sin problemas, pero me produce dolor - El dolor es severo, pero logro viajes de hasta 2 horas - Puedo viajar menos de 1 hora por el dolor - Puedo viajar menos de 30 minutos por el dolor - Solo viajo para ir al médico o al hospital 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Modificado de: Flórez García MT et al. Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación (Madr)*. 1995;29:138-45.