

ESCALA OXFORD DE CADERA

1. Describa el dolor que ha notado en la cadera durante las últimas 4 semanas.

A Ninguno

B Muy leve

C Leve

D Moderado

E Fuerte

2. Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido problemas o dolor para lavarse o secarse por su cuenta (todo el cuerpo) debido a la cadera?

A Ningún problema

B Muy pocos problemas

C Algunos problemas

D Muchas dificultades

E Ha sido imposible hacerlo

3. Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún problema para entrar o salir del coche o para usar transporte público debido a su cadera?

A Ningún problema

B Muy pocos problemas

C Algunos problemas

D Muchas dificultades

E Ha sido imposible hacerlo

4. Durante las últimas 4 semanas ¿ha sido capaz de ponerse los zapatos, los calcetines o las medias?

A Sí, fácilmente

B Con poca dificultad

C Con alguna dificultad

D Con muchas dificultades

E No, ha sido imposible

5. Durante las últimas 4 semanas ¿ha podido realizar las compras domésticas por su cuenta?

- A Sí, fácilmente**
- B Con poca dificultad**
- C Con alguna dificultad**
- D Con muchas dificultades**
- E No, ha sido imposible**

6. Durante las últimas 4 semanas ¿durante cuánto tiempo ha sido capaz de caminar antes de que le empezara a dolor fuertemente la cadera?

- A He caminado sin dolor o durante más de 30 minutos**
- B De 16 a 30 minutos hasta que me ha empezado a doler**
- C De 5 a 15 minutos hasta que me ha empezado a doler**
- D Me ha empezado a doler al caminar un rato por casa**
- E Me duele al empezar a caminar**

7. Durante las últimas 4 semanas ¿ha sido capaz de subir y bajar escaleras?

- A Sí, fácilmente**
- B Con poca dificultad**
- C Con alguna dificultad**
- D Con muchas dificultades**
- E No, ha sido imposible**

8. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto dolor ha sentido al levantarse de la silla después de comer (sentado a la mesa) debido a su cadera?

- A Ningún dolor**
- B Dolor leve**
- C Dolor moderado**
- D Mucho dolor**
- E Insoportable**

9. Durante las últimas 4 semanas ¿ha cojeado al caminar debido a su cadera?

- A Rara vez/nunca**
- B Algunas veces o sólo al empezar a caminar**
- C A menudo, no sólo al principio**
- D La mayoría de las veces**
- E Todo el tiempo**

10. Durante las últimas 4 semanas ¿ha sufrido algún dolor repentino fuerte-agudo, punzante o espasmódico en la cadera afectada?

- A Ningún día**
- B Sólo 1 ó 2 días**
- C Algunos días**
- D La mayor parte de los días**
- E Todos los días**

11. Durante las últimas 4 semanas ¿en qué medida ha interferido el dolor de la cadera en su trabajo habitual (tareas domésticas incluidas)?

- A Nunca**
- B Un poco**
- C Moderadamente**
- D Bastante**
- E Totalmente**

12. Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido problemas para dormir por la noche a causa del dolor en la cadera?

- A Ninguna noche**
- B Sólo 1 ó 2 noches**
- C Algunas noches**
- D La mayoría de las noches**
- E Todas las noches**

RESULTADOS

A= 4 puntos. B= 3 puntos. C= 2 puntos. D= 1 punto. E= 0 puntos.