

ESCALA DE OXFORD PARA ARTROPLASTIA DE RODILLA

Fecha:

Identificación:

Nombre:

Lado: Derecha / Izquierda

Durante las últimas 4 semanas:

1. ¿Cómo describiría el dolor que usualmente siente en la rodilla?

0. Todo el tiempo

1. La mayor parte del tiempo

2. A menudo

3. Algunas veces o sólo al empezar a caminar

4. Rara vez / nunca

2. ¿Ha tenido alguna dificultad para bañarse o secarse debido al problema de su rodilla?

0. Es imposible hacerlo

1. Dificultad severa

2. Dificultad moderada

3. Dificultad leve

4. Ninguna dificultad

3. ¿Ha tenido dificultad para subirse y bajarse del coche o para usar el transporte público debido a su rodilla? (de acuerdo al que usted utilice)

0. Es imposible hacerlo

1. Dificultad severa

2. Dificultad moderada

3. Dificultad leve

4. Ninguna dificultad

4. Cuánto puede caminar antes de que el dolor en la rodilla se vuelva severo?
(con o sin bastón)

0. Nada – siempre hay dolor al caminar

1. Sólo dentro de la casa

2. 5 a 15 minutos

3. 16 a 30 minutos

4. Sin dolor por más de 30 mins

5. ¿Después de una comida (sentado a la mesa), qué tan doloroso ha sido ponerse de pie debido al problema de su rodilla?

0. Es insoportable

1. Muy doloroso

2. Moderadamente doloroso

3. Ligeramente doloroso

4. No es doloroso

6. ¿Ha cojeado al caminar, debido al problema de su rodilla?

0. Todo el tiempo

1. La mayor parte del tiempo

2. A menudo

3. Algunas veces o sólo al empezar a caminar

4. Rara vez / nunca

7. ¿Ha podido arrodillarse y luego ponerse de pie fácilmente?

0. No, es imposible

1. Con dificultad extrema

2. Con dificultad moderada

3. Con un poco de dificultad

4. Si, fácilmente

8. ¿Ha tenido problemas en la noche al dormir, debido a su rodilla?

0. Todas las noches

1. La mayoría de las noches

2. Algunas noches

3. Sólo 1 o 2 noches

4. No

9. ¿Qué tanto ha interferido con su trabajo diario, el dolor de la rodilla?
(incluyendo las labores del hogar)

0. Por completo

1. Mucho

2. Moderadamente

3. Un poco

4. Para nada

10. ¿Ha sentido que su rodilla podría “flaquear” y dejarlo caer de repente?

0. Todo el tiempo

1. La mayor parte del tiempo

2. A menudo

3. Algunas veces o sólo al empezar a caminar

4. Rara vez / nunca

11. ¿Ha podido ir sólo/a a hacer las compras de la casa?

0. No, es imposible

1. Con dificultad extrema

2. Con dificultad moderada

3. Con un poco de dificultad

4. Si, fácilmente

12. ¿Ha podido bajar de un piso a otro por las escaleras?

0. No, es imposible

1. Con dificultad extrema

2. Con dificultad moderada

3. Con un poco de dificultad

4. Si, fácilmente