

Algoritmo diagnóstico del segmento lumbar

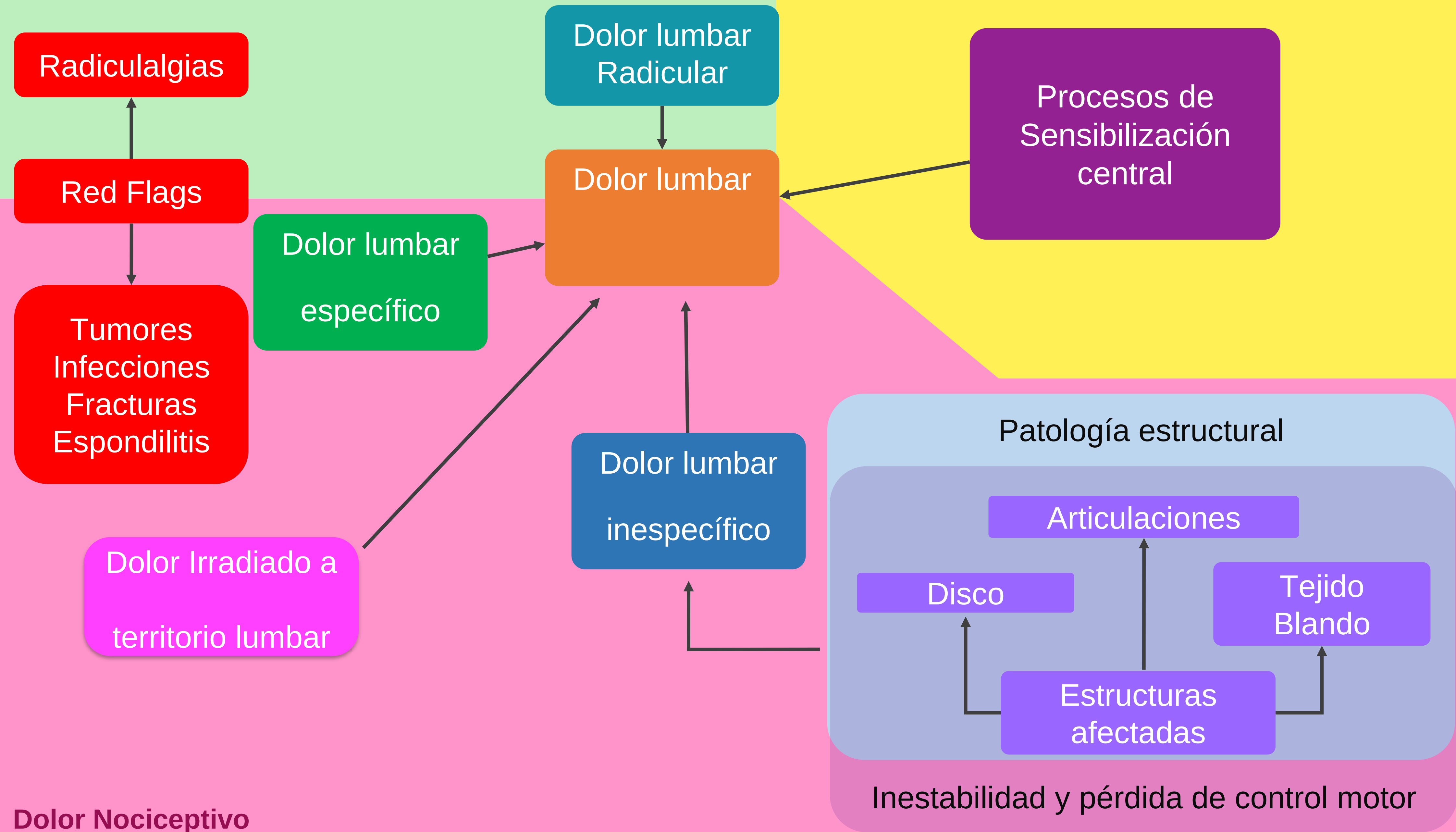
Joaquín Zambrano Martín

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



Dolor Neuropático

Dolor Nociplástico



Dolor Neuropático

Dolor Nociplástico

Radiculalgias

Dolor lumbar
Radicular

Procesos de
degeneración

Red Flags

Dolor lumbar
específico

Tumores
Infecciones
Fracturas
Espondilitis

Dependiente de los sistemas
moduladores de respuesta
(mediación mediante HRV)

Dolor Irrradiado a
territorio lumbar

Dolor
agudo

Dolor
agudo

Estructuras
afectadas

Inestabilidad y pérdida de control motor

Dolor Nociceptivo

Paso 1 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene
mi paciente?

¿Qué buscamos?



Estructura que puede estar sufriendo



Diferentes tipo de dolor lumbar



Paso 1 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia

¿Qué buscamos?



Estructura que puede estar sufriendo

Dolor neuropático

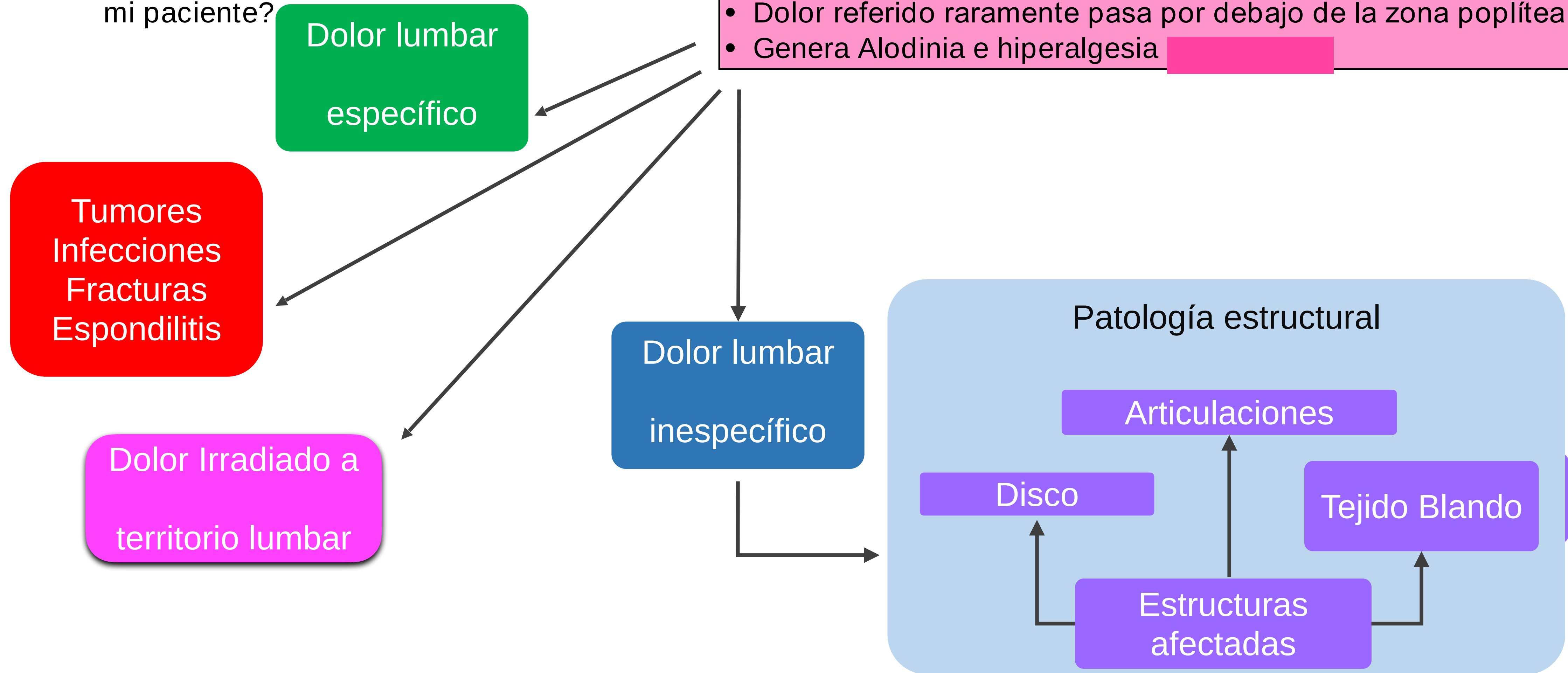
- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución "neuroanatómicamente lógico"
- Dolor proyectado en el territorio de una raíz
- Dolor se describe como ardor, punzante.
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción (lumbar)
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Paso 2.1. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?



Inestabilidad y pérdida de control motor

Paso 2.1.1. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Tumores
Infecciones
Fracturas
Espondilitis

Tumores

- Edad mayor de 50 años
- Sin mejoría después de 1 mes de tratamiento
- Pérdida de peso inexplicable
- Historia previa de cáncer

Infecciones

- Fiebre
- Historial de uso de drogas intravenosas
- Infección de la piel o tracto urinario

Traumatismos

- Personas Mayores de 50 años
- Antecedentes de traumatismos
- Historia de uso de corticosteroides fueron los mejores predictores

Reumatológicas

- Aparición antes de los 40 años
- Comienzo crónico
- Duración >3 meses
- Dolor matinal
- Mejora con el ejercicio

Dolor Nociceptivo

Paso 2.1.2. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor lumbar
específico

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia

- Patologías, como las artritis inflamatorias, también pueden, potencialmente, producir sintomatología que puede confundirse con alteraciones funcionales. Estas condiciones pueden diferenciarse de las causas funcionales y degenerativas a través de la anamnesis e historia clínica.



Paso 2.1.3. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Dolor Irradiado a territorio lumbar

- Disfunciones de la esfera visceral probablemente tendría una repercusión difusa en varios segmentos, en lugar de estar localizados en un solo segmento, debido a la convergencia de aferentes viscerales en el asta dorsal.
- Realizar una correcta anamnesis focalizada en la búsqueda de signos síntomas en relación con la zona visceral, principalmente en aquellas que reciben inervación del segmento toraco-lumbar

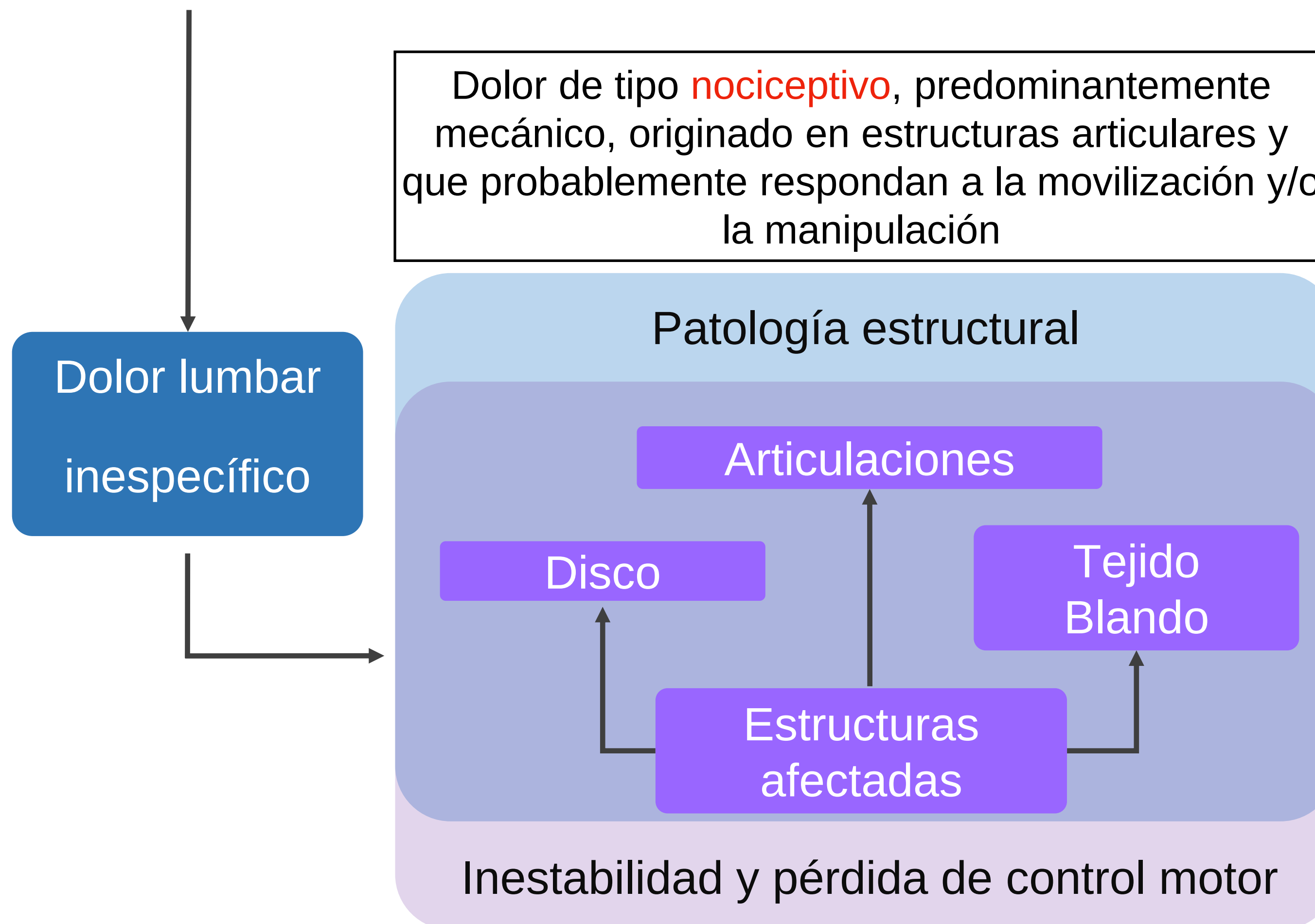
Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Dolor de tipo **nociceptivo**, predominantemente mecánico, originado en estructuras articulares y que probablemente respondan a la movilización y/o la manipulación



Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Es la fuente de dolor de origen articular?

Dolor Discal

- Dolor fijo lumbar, central, algunas veces en glúteos
- Se agrava siempre con los movimientos o posiciones de flexión del tronco
- Es cintante o intermitente
- Puede haber dolor irradiado hacia la pierna pero es menos relevante.
- Se instala lentamente y se mantiene semanas (unas 3 semanas dolor importante, otras 3 semanas mejorando). Puede ser incapacitante durante este plazo. En unos pocos casos puede comenzar bruscamente y cursar en el tiempo como un patrón facetario lumbar, pero la localización y el agravamiento con la flexión permanecen invariables.
- Puede haber bloqueo lumbar y es doloroso el intento de movilización, presentando un Lasègue lumbar o Goldthwaith (+) en el que no hay dolor radicular (Lasègue verdadero) al elevar la pierna estirada.
- Al paciente le cuesta coger una postura de reposo en la que disminuya el dolor, que vuelve al moverse

Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Dolor lumbar inespecífico

Carillas Articulares

Tejido Periarticular

Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Es la fuente de dolor de origen articular?

Dolor Facetario

- Dolor fijo lumbar y/o glúteo a veces con irradiación no metamérica: dolor referido a glúteo, ingle, cresta iliaca, cara anterior del muslo, trocánter
- Se agrava con la extensión del tronco y aumenta con su repetición.
- Siempre intermitente.
- Nunca empeora con los movimientos o posiciones de flexión del tronco.
- La irradiación no sobrepasa la rodilla. Se instaura rápidamente y desaparece en días.
- Recidivante.
- Es más acusado por las mañanas al levantarse de la cama disminuyendo a lo largo del día
- Se alivia paseando, se agrava al permanecer quieto de pie, están mejor en la cama acostados de lado o boca arriba con las rodillas flexionadas y en las posturas que disminuyen la lordosis lumbar y se acentúa cuando están mucho tiempo en decúbito supino con las extremidades extendidas (fin de semana) y al permanecer tiempo sentado y levantarse (conducir).
- Desaparece a lo largo del día para volver al finalizar la jornada
- En unos pocos casos su cronología puede ser como la del patrón de dolor discogénico manteniendo la clínica descrita.



Paso 2.1.4 Anamnesis

¿Es la fuente de dolor de origen articular?

Dolor tejido periarticular

- Dolor fijo lumbar y/o glúteo a veces con irradiación no metamérica: dolor referido a glúteo, ingle, cresta iliaca, cara anterior del muslo, trocánter
- Se agrava con la flexión del tronco y aumenta con su repetición.
- Nunca empeora con los movimientos o posiciones de extensión del tronco.
- La irradiación no sobrepasa la rodilla.
- Se alivia paseando y en las posturas que aumentan la lordosis lumbar Desaparece a lo largo del día para volver al finalizar la jornada

Paso 2.2.1. Exploración

Síntomas Palpables



Anomalías en la textura del tejido.

TEST DE PINZADO RODADO



Asimetría posicional

PALPACIÓN TEJIDO PARAVERTEBRAL



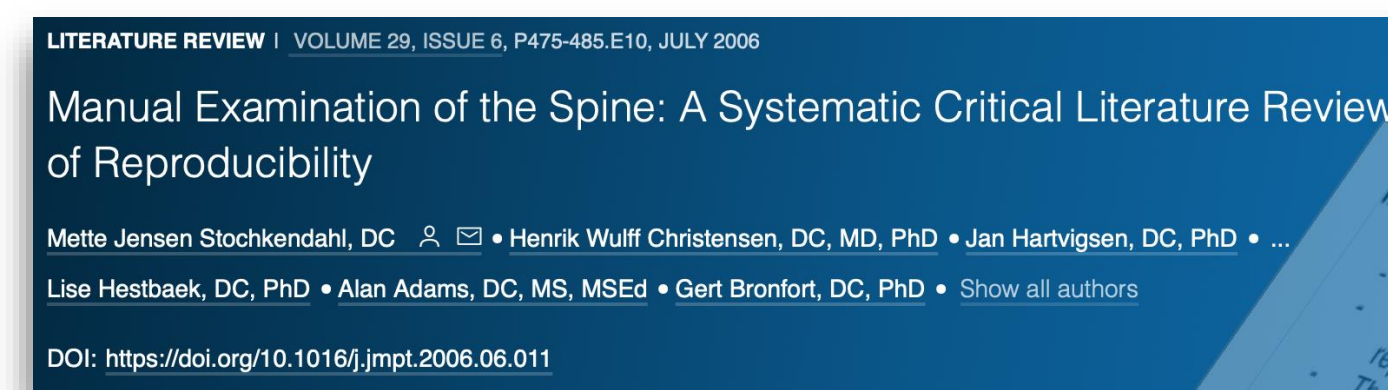
Rango de movimiento restringido.

TEST DE ESPINOSAS CONTRARIADAS



Sensibilización

PALPACIÓN DE LAS APÓFISIS ESPINOSAS



La confiabilidad diagnóstica de los test palpatorios es pobre. Se debe añadir test de movilidad y provocación



Paso 2.2. Exploración

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Dolor lumbar inespecífico

Carillas Articulares

Tejido Periarticular

Test Convergente

Test Divergente

Paso 2.2.2. Exploración

Test de provocación



Columna Lumbar			
		Patrón Convergente	Patrón divergente
Examen subjetivo	Sensación de bloqueo	Sí	No
	Restricción de movilidad	Sí	Sí al final del movimiento
	Distensión dolorosa	A veces (rotación contralateral)	Sí (rotación homolateral)
	Compresión Dolorosa	Sí (Homolateral)	No
	Postura antiálgica	Casos Agudos	Inusual
Examen físico	Test activos-pasivos de movimientos combinados	Movimientos limitados y reproduce signos comparables con los del paciente	Movimientos limitados y reproduce signos comparables con los del paciente
	Componente primario	Extensión	Flexión
	Lateroflexión	Homolateral (dolorosa)	Contralateral (dolorosa)
	Rotación	Contralateral (dolorosa)	Homolateral (dolorosa)
Examen Articular	Test de Provocación (Spring)	Positivo en los segmentos afectados	Positivo en los segmentos afectados
	Test de movimientos intervertebrales reducidos Lateroflexión	Homolateral	Contralateral
	Test de movimientos intervertebrales reducidos Rotación	Contralateral	Homolateral

El diagnóstico diferencial debe considerar la distensión muscular.

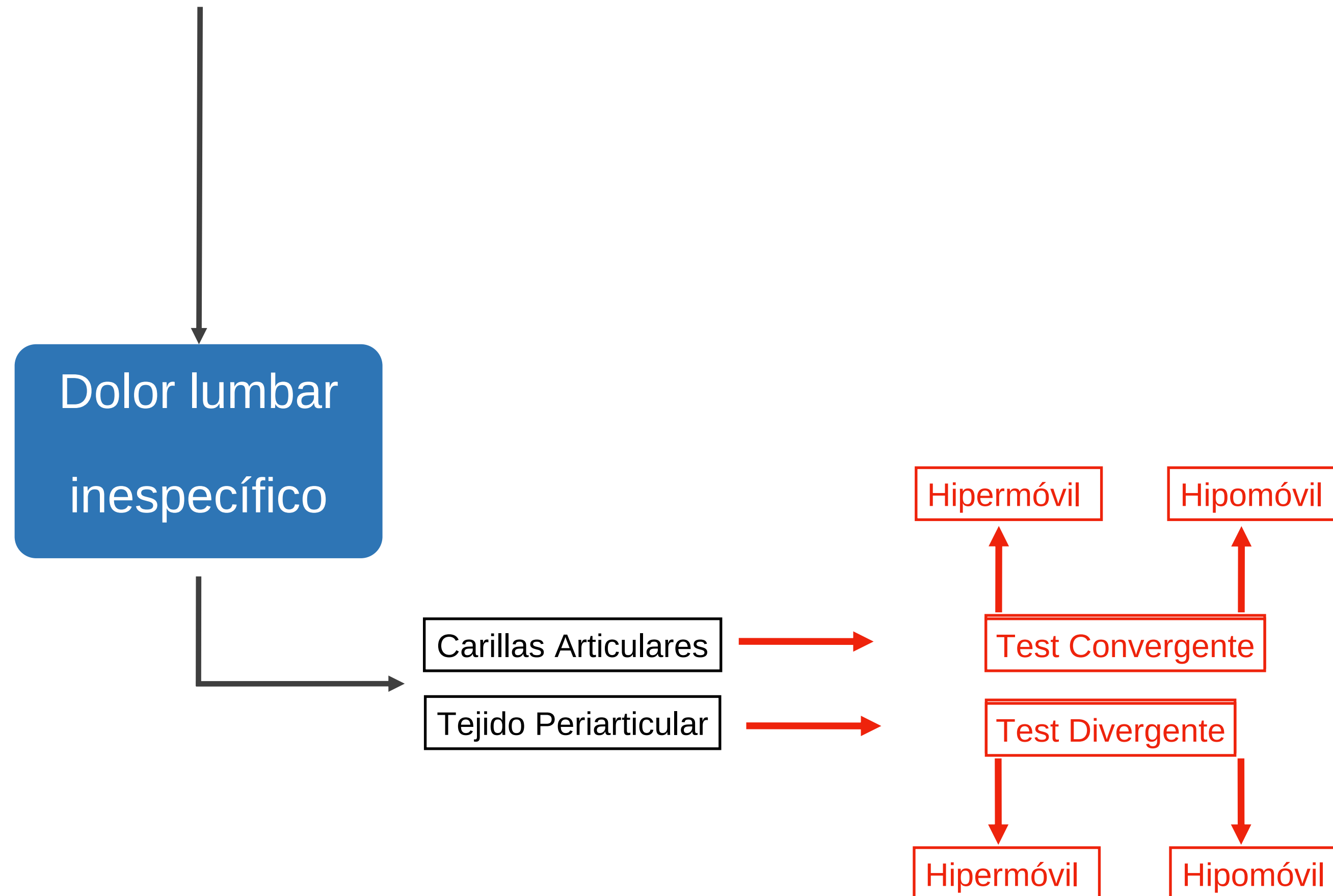
Descartar

Paso 2.2.3. Exploración

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

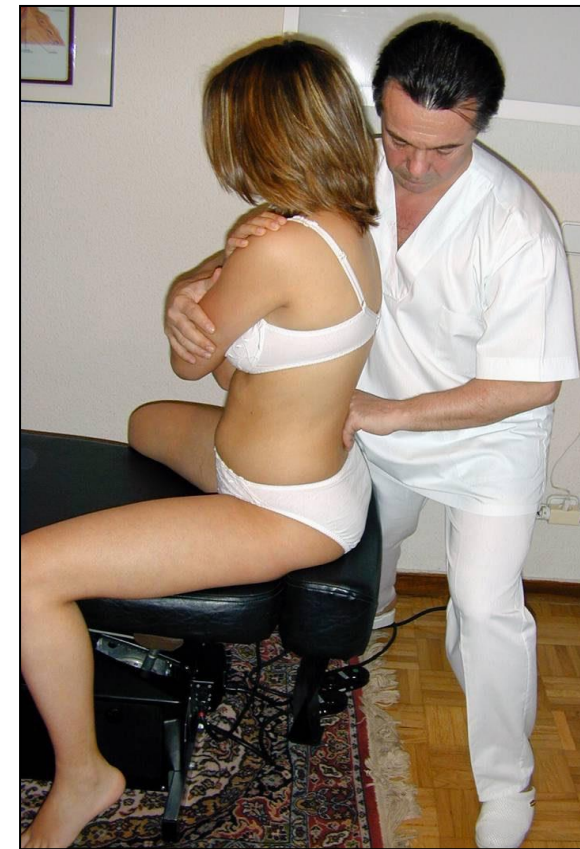
Dolor nociceptivo

- Daño tejido conectivo
- Existe una lesión que explica la localización del dolor y su intensidad
- Dolor proporcional a la entrada nociceptiva
- Dolor referido a un territorio que no es neuroanatómicamente perfecto
- Dolor referido raramente pasa por debajo de la zona poplítea
- Genera Alodinia e hiperalgesia



Paso 2.2.3. Exploración

Test de movilidad



QUICK SCANNING DE LA REGIÓN LUMBAR



TESTS DE MOVILIDAD ANALÍTICOS



SPRING TEST

Las pruebas de movimiento intervertebral pueden brindar información adicional sobre la calidad y cantidad del juego articular segmentario, ya que el movimiento intervertebral reducido se asocia muy a menudo con ambos patrones de disfunción articular.



Paso 2.2.4. Exploración

Test de Inestabilidad lumbar



El paciente también puede presentar dolor de tipo nocicpetivo por un problema de inestabilidad lumbar o una pérdida de control motor

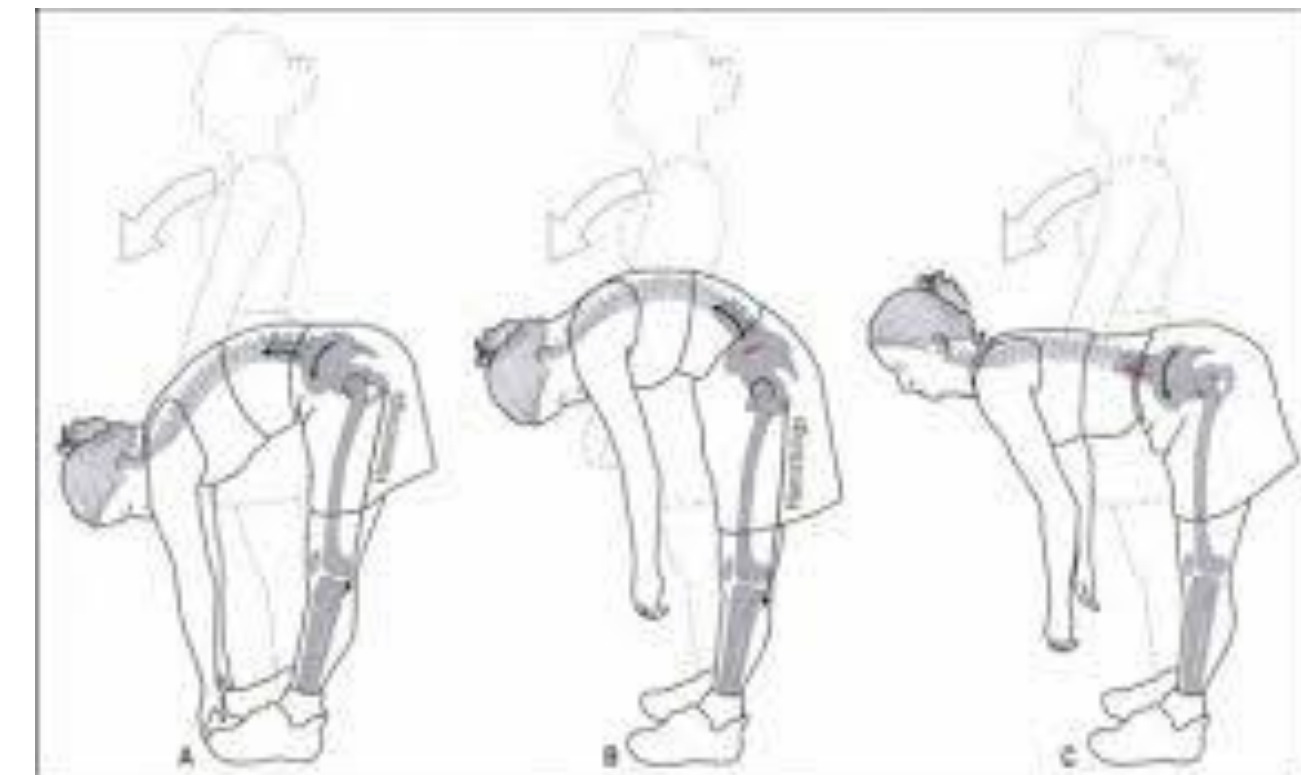
Passive lumbar extension test



Prone instability test



Lumbopelvic rhythm test



Paso 2.2.5. Exploración

Test de control motor

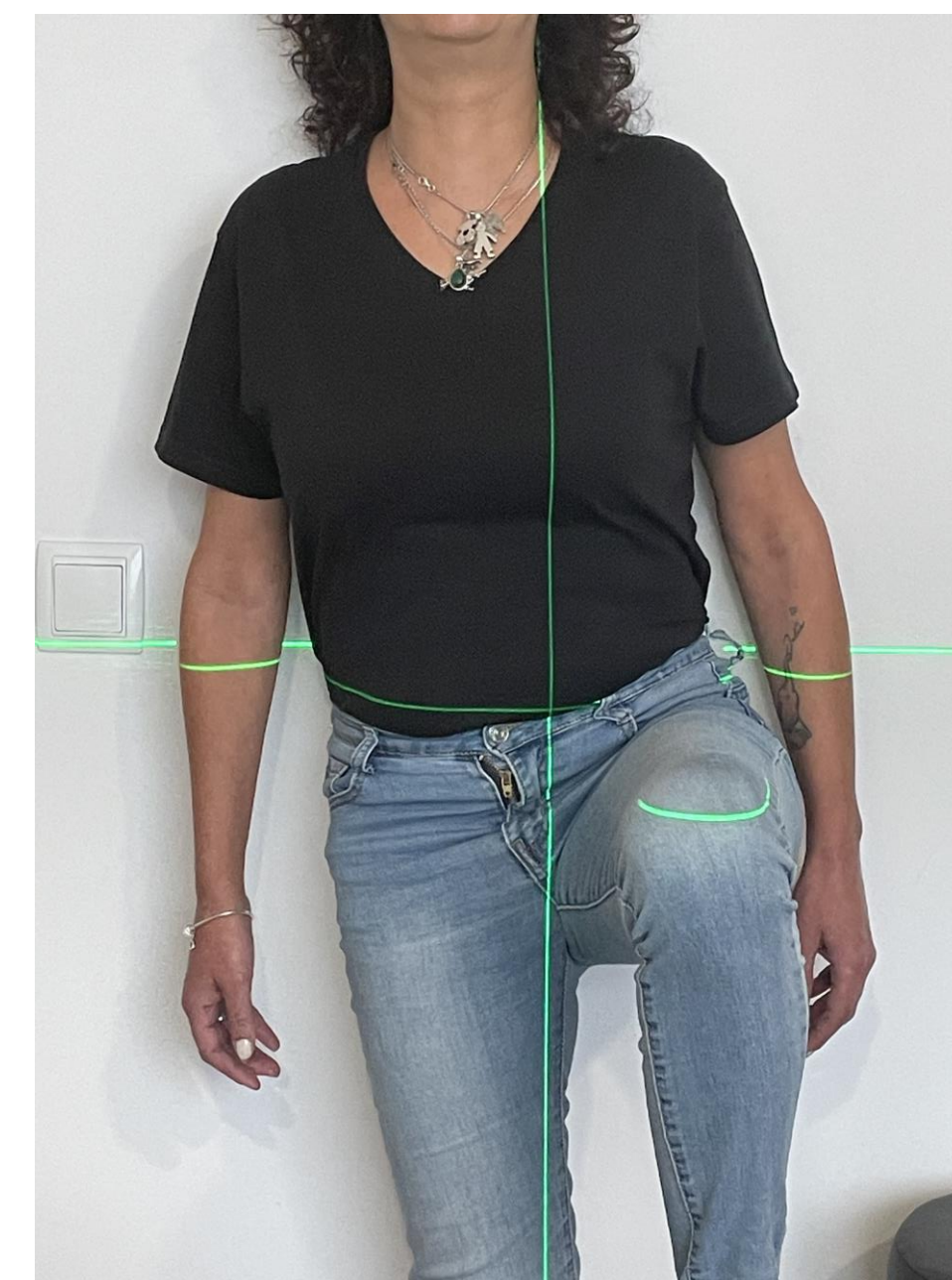


El paciente también puede presentar dolor de tipo nociceptivo por un problema de inestabilidad lumbar o una pérdida de control motor

Prueba de Elevación Activa de la Pierna Recta (ASLR):



prueba de Posición de Apoyo a una Pierna (OLS)



Paso 2.2.5. Exploración

Test de control motor



El paciente también puede presentar dolor de tipo nocicpetivo por un problema de inestabilidad lumbar o una pérdida de control motor

La prueba de Flexión Activa de Rodilla en Decúbito Prono (PAKF)

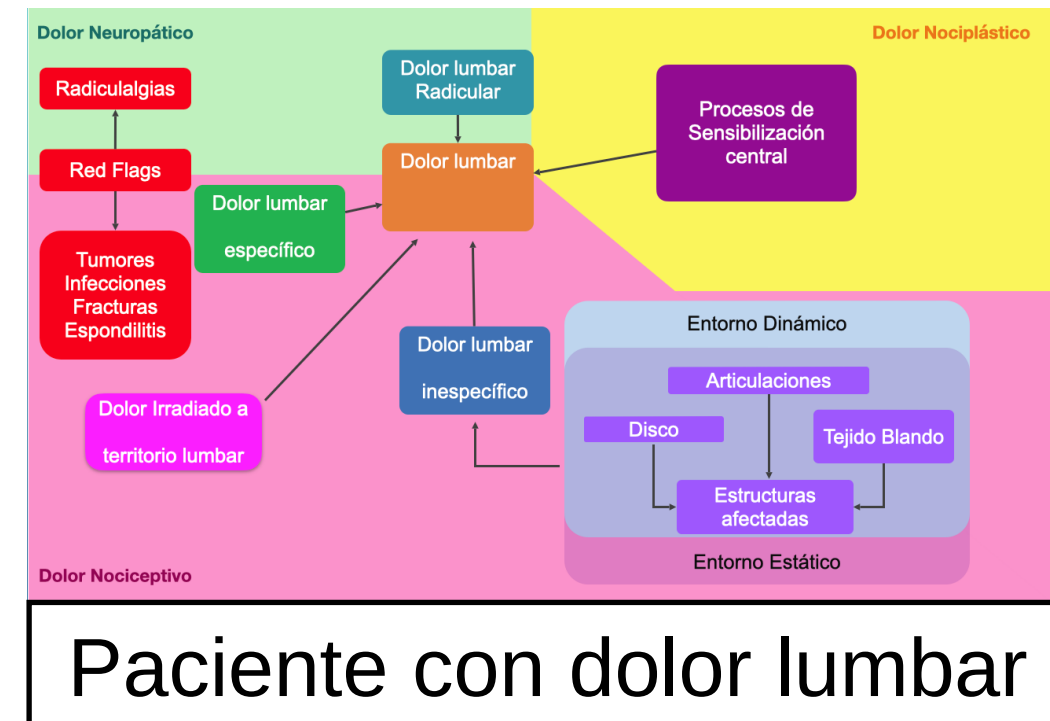


La Prueba de Extensión de Rodilla en Sedestación (SKE)



Paso 2.3.

Árbol de decisiones



Dolor Neuropático

Tipo de dolor

Dolor Nociceptivo

Dolor Nociplástico

Banderas Rojas

Disco

Lesión disco

Carillas Articulares

Test Convergente

Tejido Periarticular

Test Divergente

Enfermedades no funcionales

Test Hipomovilidad

Test Hiper movilidad

Test Hipomovilidad

Adaptación

Lesión 1ª vertebral

Es posible que pueda deberse a un problema de inestabilidad del segmento o de control motor. Este hecho debe ser descartado



Paso 3 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene
mi paciente?

Dolor neuropático

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución “neuroanatómicamente lógico”
- Dolor proyectado en el territorio de una raíz
- Dolor se describe como ardor, punzante.
- Genera Alodinia e hiperalgesia



Una lesión “menor” o “secundaria” del sistema nervioso periférico es susceptible de generar
dolor de tipo nociceptivo



Paso 3.1. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Radiculalgias

Red Flags

Cauda Equina

Estenosis canal foraminal

Dolor neuropático

- Lasague (S: 0,91 E: 0,26)
- Lasague Cruzado (S:0.29 E: 0.88).
- La especificidad de los déficits neurológicos consistentes con la compresión de la raíz nerviosa varía de modesta a alta (nivel de evidencia: regular).

- Edad Anestesia en silla de montar
- Disfunción Vesical
- Retención Urinaria
- Aumento frecuencia de micción
- Incontinencia
- Compromiso neurológico de MMI

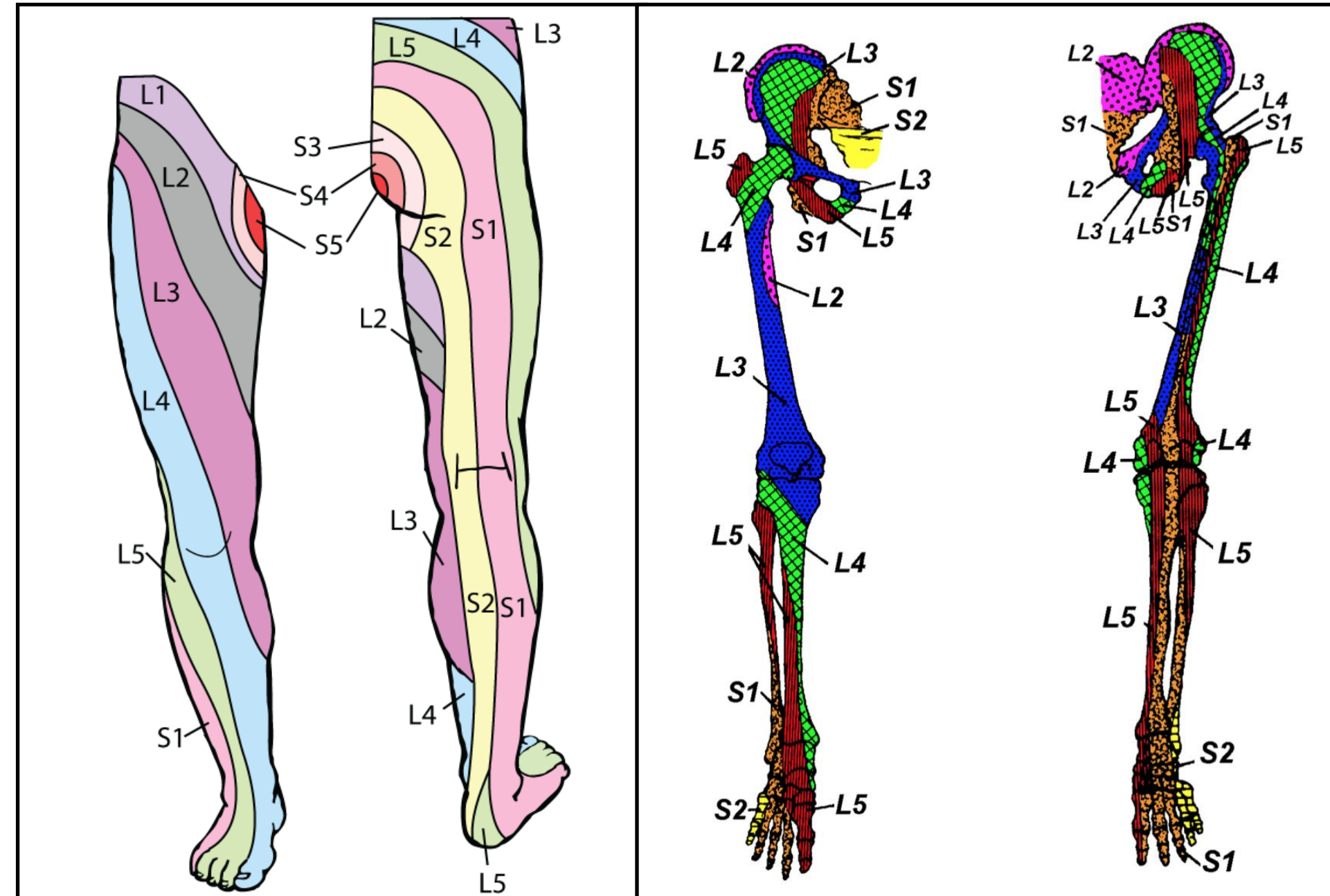
- Dolor irradiado a la pierna (bilateral)
- Dolor al descender caminos
- Edad Superior a 48 años
- Recuperación de los síntomas en posición sedante

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución "neuroanatómicamente lógico"
- Dolor proyectado en el territorio de una raíz
- Dolor se describe como ardor, punzante.
- Genera Alodinia e hiperalgesia



Paso 3.2. Anamnesis

Territorio de dolor



Dolor neuropático

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución “neuroanatómicamente lógico”
- Dolor proyectado en el territorio de una raíz
- Dolor se describe como ardor, punzante.
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Paso 3.2. Anamnesis

Territorio de dolor

Síntomas y signos asociados de las radiculopatías				
Raiz	Distribución del dolor	Distribución del dermatoma	Debilidad	Reflejo afectado

Dolor neuropático

- Causado por una lesión o en el sistema nervioso
- Distribución “neuroanatómica”
- Dolor proyectado en el territorio de la raíz
- Dolor se describe como ardor, quemadura, etc.
- Genera Alodinia e hiperalgesia

primaria del
ico"
raiz
e.

Paso 3.3. Exploración

Territorio de dolor

Compromiso L2

Compromiso L3

Compromiso L4-S1

Hernia Discal Medial

Test Vasalva

Estiramiento Nachlas

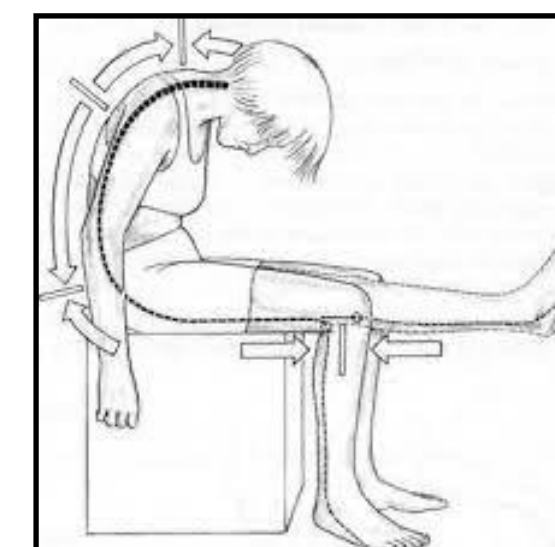
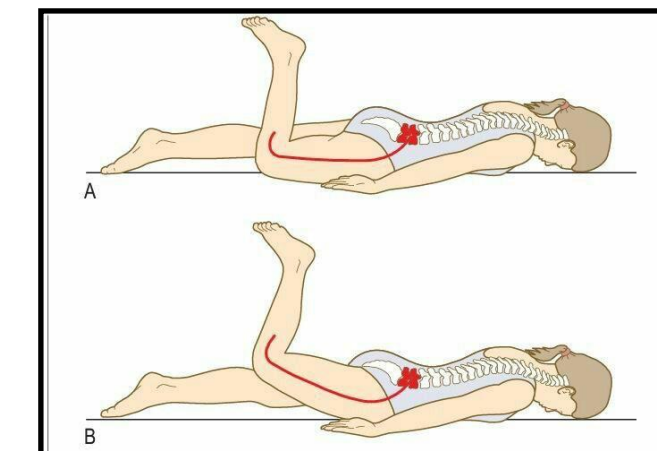
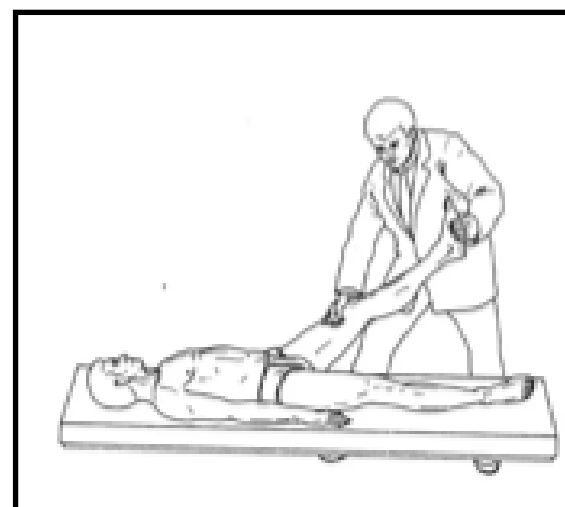
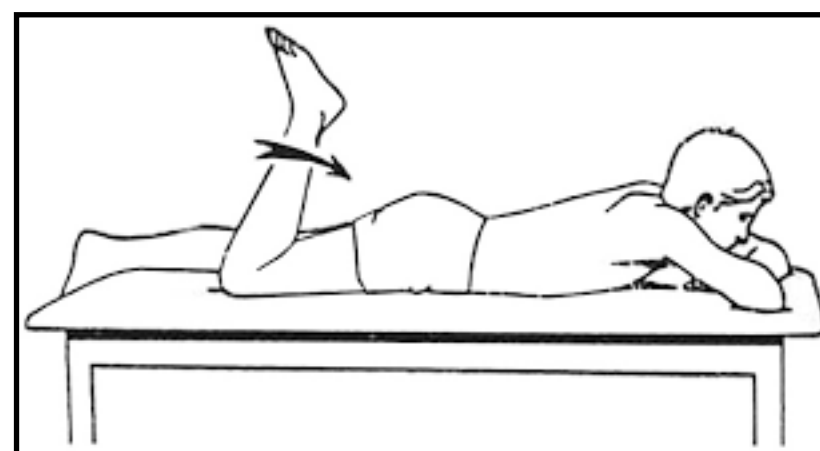
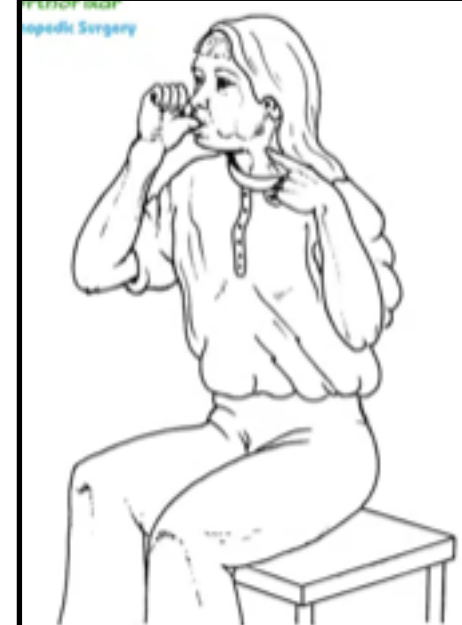
Prone Knee Bend
(Lasegue invertido) N. Femoral

Straight Leg Raise
(Lasegue)

Slump Test

Crossed straight Leg Raise
(Lasegue Cruzado)

Pruebas de
provocación

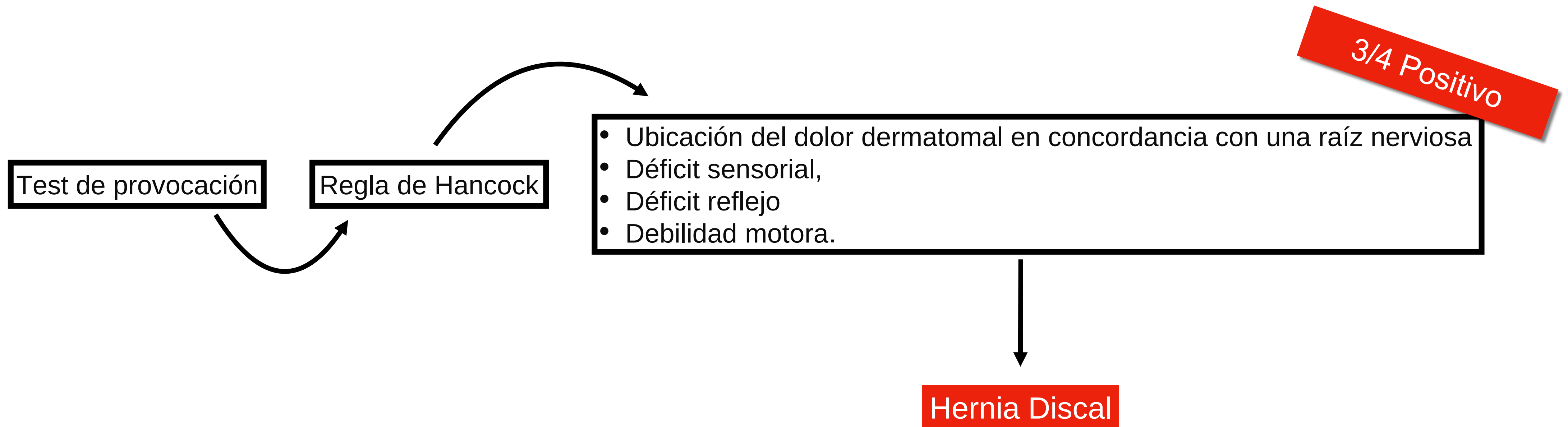


Dolor neuropático

- Causado por una lesión o enfermedad primaria del sistema nervioso
- Distribución "neuroanatómicamente lógico"
- Dolor proyectado en el territorio de una raíz
- Dolor se describe como ardor, punzante o punzante
- Genera Alodinia e hiperalgesia

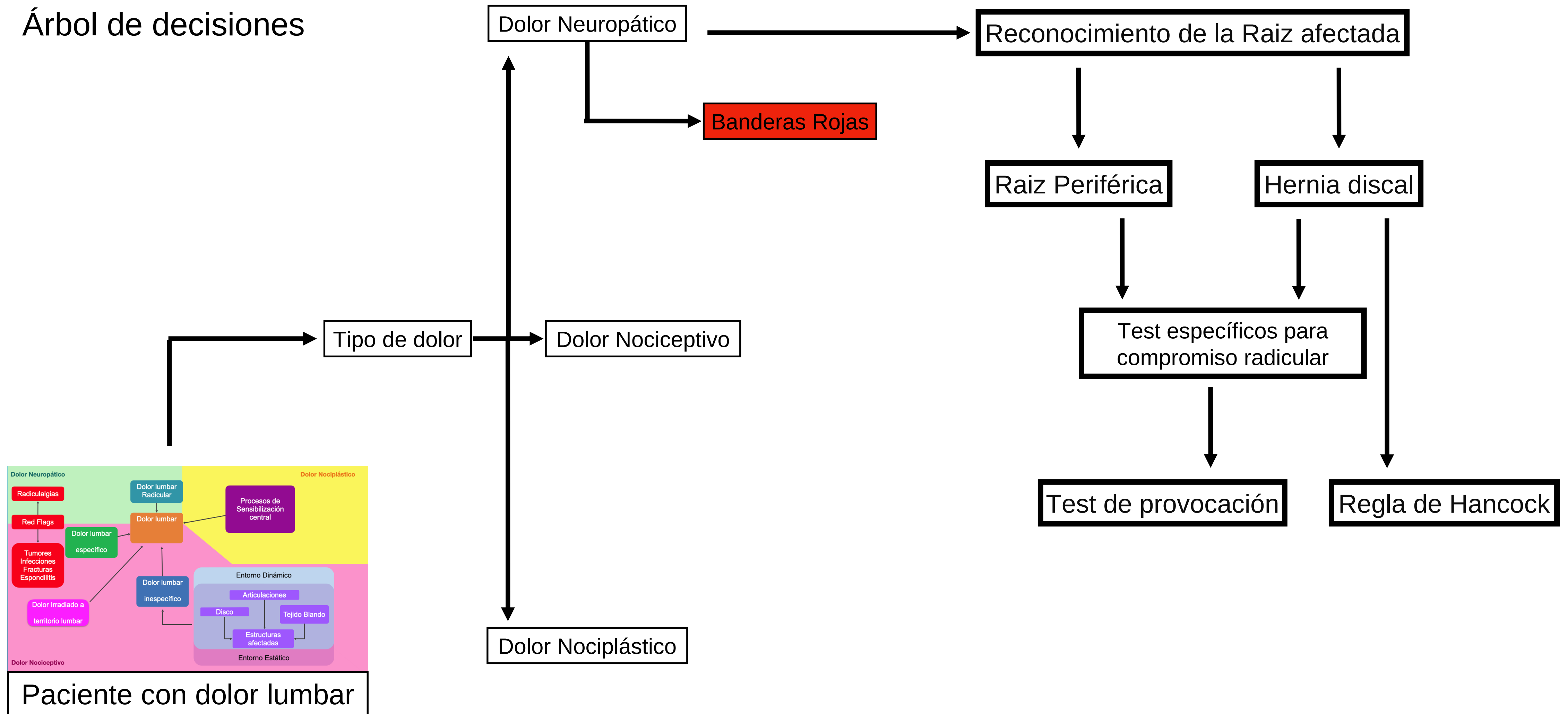
Paso 3.4. Exploración

El dolor es producido por una Hernia Discal



Paso 3.5.

Árbol de decisiones



Lesión 1ª vertebral



Paso 4 Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción (lumbar)
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Paso 4.1. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Criterio 1

Patrón desproporcionado, no mecánico



Evidencia de procesamiento
nociceptivo central alterado



Respuesta impredecible de provocación del dolor

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción (lumbar)
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Paso 4.2. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Criterio 2

Patrón de dolor neuroanatómicamente ilógico

Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción (lumbar)

Se requiere una evaluación e interpretación exhaustivas de la distribución del dolor autoinformado

- Dolor bilateral/dolor en espejo
- Dolor que varía en ubicación
- Grandes áreas de dolor con un patrón no segmentario
- Distribución, dolor generalizado
- Alodinia/hiperalgesia fuera del área segmentaria de (presunta) nocicepción primaria

Criterio 1

Patrón desproporcionado, no mecánico

Evidencia de procesamiento nociceptivo central alterado

Respuesta impredecible de provocación del dolor

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción (lumbar)
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera Alodinia e hiperalgesia

Paso 4.3. Anamnesis

¿Qué tipo de dolor tiene mi paciente?

Criterio 2

Patrón de dolor neuroanatómicamente ilógico

Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción (lumbar)

Se requiere una evaluación e interpretación exhaustivas de la distribución del dolor autoinformado

- Dolor bilateral/dolor en espejo
- Dolor que varía en ubicación
- Grandes áreas de dolor con un patrón no segmentario
- Distribución, dolor generalizado
- Alodinia/hiperalgesia fuera del área segmentaria de (presunta) nocicepción primaria

Criterio 3

Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético

Mayor capacidad de respuesta a una variedad de estímulos

Frío

Presión mecánica

Calor

Los estímulos pueden ser locales o generalizados

Criterio 1

Patrón desproporcionado, no mecánico

Evidencia de procesamiento nociceptivo central alterado

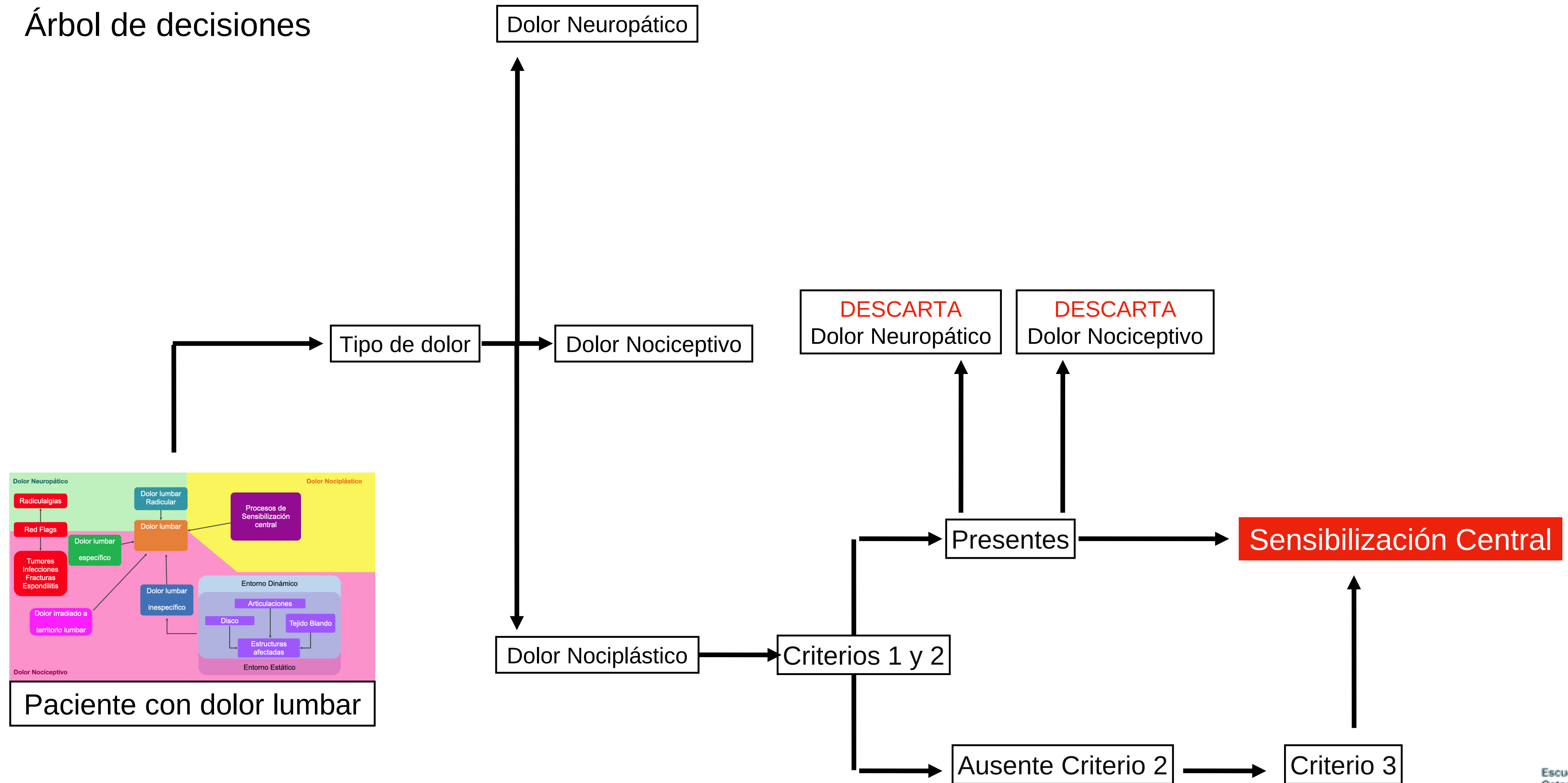
Respuesta impredecible de provocación del dolor

Dolor nociplástico

- Desproporcionado con respecto a la naturaleza y extensión de la lesión o patología, no mecánico
- Respuesta impredecible de provocación del dolor
- No hay evidencia de lesión, patología o disfunciones objetivas capaces de causar dolor de espalda
- Dolor que no es neuroanatómicamente plausible para las supuestas fuentes de nocicepción (lumbar)
- Hipersensibilidad de los sentidos no relacionada con el sistema musculoesquelético
- Genera Alodinia e hiperalgesia

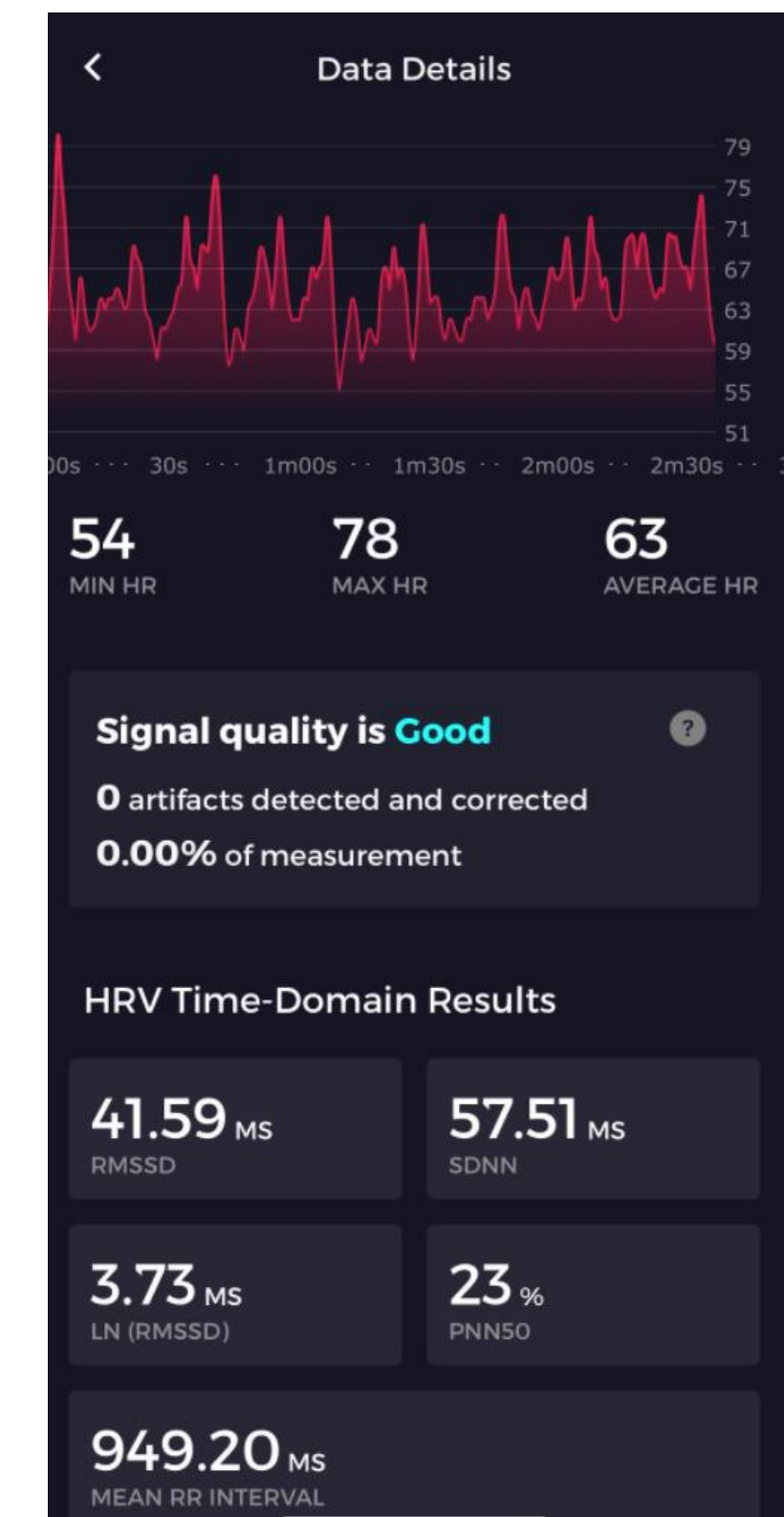
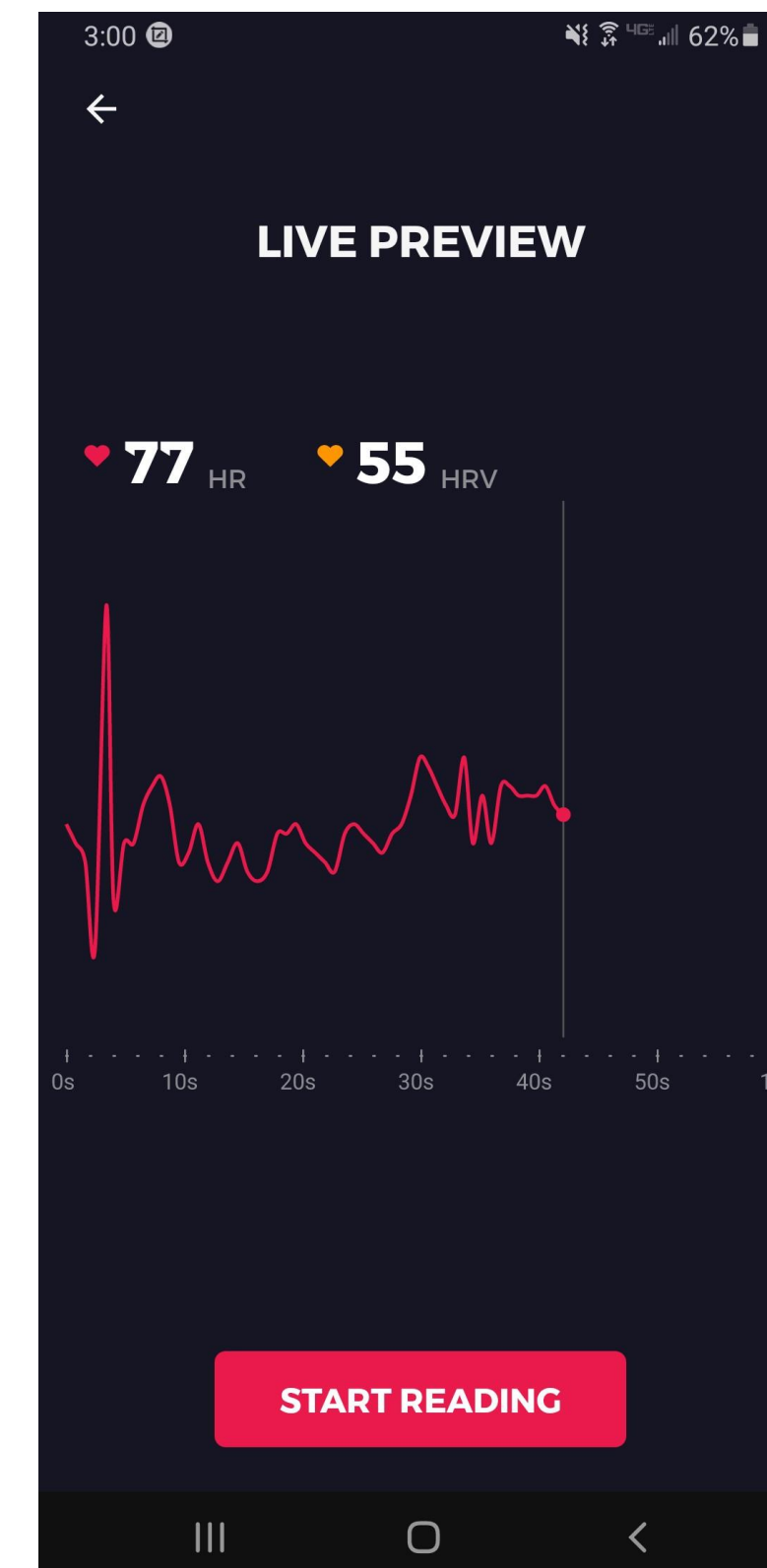
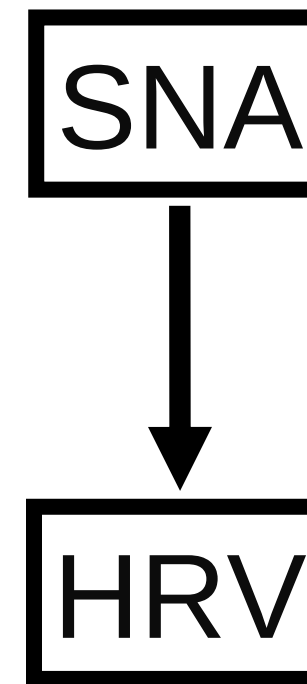
Paso 4.4.

Árbol de decisiones



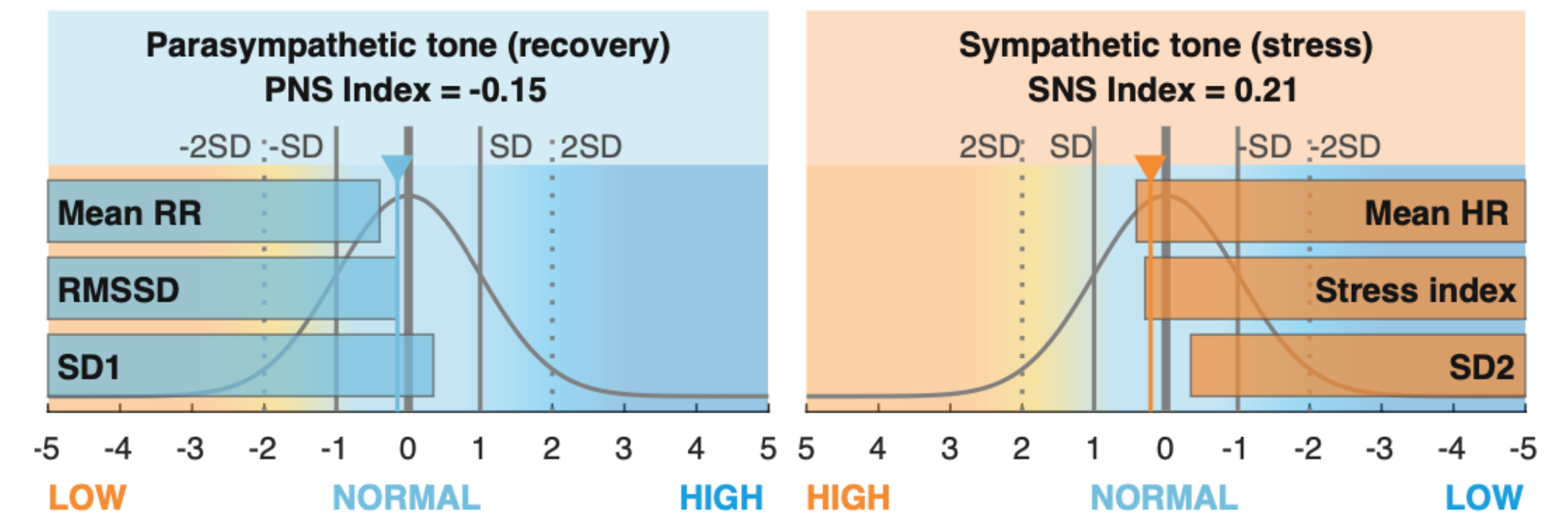
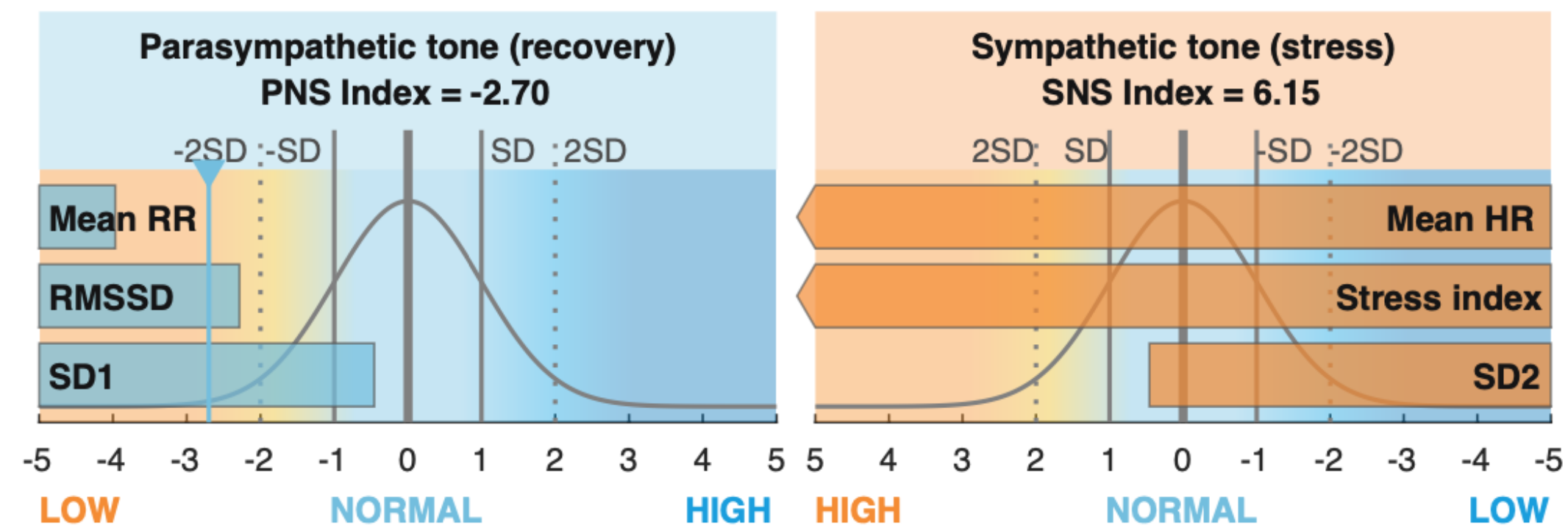
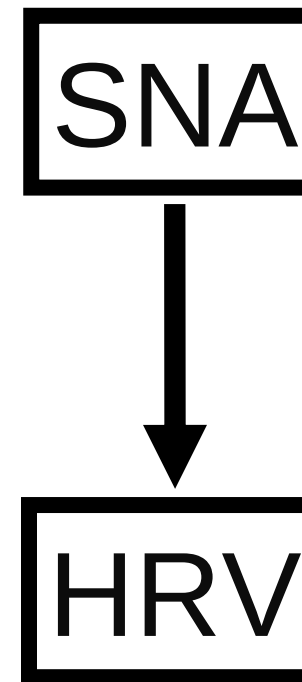
Paso 5.

Sistemas moduladores
de respuesta



Paso 5.

Sistemas moduladores
de respuesta



Paso 6.
Escalas de Valoración
del Dolor Lumbar

The Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)

Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire

Paso 6.1.

Escalas de Valoración
del Dolor Lumbar

The Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)

The Quebec Back Pain Disability Scale

This questionnaire is about the way your back pain is affecting your daily life. People with back problems may find it difficult to perform some of their daily activities. We would like to know if you find it difficult to perform any of the activities listed below, because of your back. For each activity there is a scale of 0 to 5. Please choose one response option for each activity (do not skip any activities) and circle the corresponding number.

Today, do you find it difficult to perform the following activities because of your back?

		0 Not difficult at all	1 Minimally difficult	2 Somewhat difficult	3 Fairly difficult	4 Very difficult	5 Unable to do
1	Get out of bed	0	1	2	3	4	5
2	Sleep through the night	0	1	2	3	4	5
3	Turn over in bed	0	1	2	3	4	5
4	Ride in a car	0	1	2	3	4	5
5	Stand up for 20-30 minutes	0	1	2	3	4	5
6	Sit in a chair for several hours	0	1	2	3	4	5
7	Climb one flight of stairs	0	1	2	3	4	5
8	Walk a few blocks (300-400 m)	0	1	2	3	4	5
9	Walk several kilometres	0	1	2	3	4	5
10	Reach up to high shelves	0	1	2	3	4	5
11	Throw a ball	0	1	2	3	4	5
12	Run one block (about 100m)	0	1	2	3	4	5
13	Take food out of the refrigerator	0	1	2	3	4	5
14	Make your bed	0	1	2	3	4	5
15	Put on socks (pantyhose)	0	1	2	3	4	5
16	Bend over to clean the bathtub	0	1	2	3	4	5
17	Move a chair	0	1	2	3	4	5
18	Pull or push heavy doors	0	1	2	3	4	5
19	Carry two bags of groceries	0	1	2	3	4	5
20	Lift and carry a heavy suitcase	0	1	2	3	4	5



Paso 6.2. Escalas de Valoración del Dolor Lumbar

Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire

Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire

Instructions

This questionnaire has been designed to give us information as to how your back or leg pain is affecting your ability to manage in everyday life. Please answer by checking ONE box in each section for the statement which best applies to you. We realise you may consider that two or more statements in any one section apply but please just shade out the spot that indicates the statement which most clearly describes your problem.

Section 1 – Pain intensity

- ☐ I have no pain at the moment
- ☐ The pain is very mild at the moment
- ☐ The pain is moderate at the moment
- ☐ The pain is fairly severe at the moment
- ☐ The pain is very severe at the moment
- ☐ The pain is the worst imaginable at the moment

Section 2 – Personal care (washing, dressing etc)

- ☐ I can look after myself normally without causing extra pain
- ☐ I can look after myself normally but it causes extra pain
- ☐ It is painful to look after myself and I am slow and careful
- ☐ I need some help but manage most of my personal care
- ☐ I need help every day in most aspects of self-care
- ☐ I do not get dressed, I wash with difficulty and stay in bed

Section 3 – Lifting

- ☐ I can lift heavy weights without extra pain
- ☐ I can lift heavy weights but it gives extra pain
- ☐ Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage if they are conveniently placed eg. on a table
- ☐ Pain prevents me from lifting heavy weights, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned
- ☐ I can lift very light weights
- ☐ I cannot lift or carry anything at all

Section 4 – Walking*

- ☐ Pain does not prevent me walking any distance
- ☐ Pain prevents me from walking more than 2 kilometres
- ☐ Pain prevents me from walking more than 1 kilometre
- ☐ Pain prevents me from walking more than 500 metres
- ☐ I can only walk using a stick or crutches
- ☐ I am in bed most of the time

Section 5 – Sitting

- ☐ I can sit in any chair as long as I like
- ☐ I can only sit in my favourite chair as long as I like
- ☐ Pain prevents me sitting more than one hour
- ☐ Pain prevents me from sitting more than 30 minutes
- ☐ Pain prevents me from sitting more than 10 minutes
- ☐ Pain prevents me from sitting at all

Section 6 – Standing

- ☐ I can stand as long as I want without extra pain
- ☐ I can stand as long as I want but it gives me extra pain
- ☐ Pain prevents me from standing for more than 1 hour
- ☐ Pain prevents me from standing for more than 3 minutes
- ☐ Pain prevents me from standing for more than 10 minutes
- ☐ Pain prevents me from standing at all

Section 7 – Sleeping

- ☐ My sleep is never disturbed by pain
- ☐ My sleep is occasionally disturbed by pain
- ☐ Because of pain I have less than 6 hours sleep
- ☐ Because of pain I have less than 4 hours sleep
- ☐ Because of pain I have less than 2 hours sleep
- ☐ Pain prevents me from sleeping at all

Section 8 – Sex life (if applicable)

- ☐ My sex life is normal and causes no extra pain
- ☐ My sex life is normal but causes some extra pain
- ☐ My sex life is nearly normal but is very painful
- ☐ My sex life is severely restricted by pain
- ☐ My sex life is nearly absent because of pain
- ☐ Pain prevents any sex life at all

Section 9 – Social life

- ☐ My social life is normal and gives me no extra pain
- ☐ My social life is normal but increases the degree of pain
- ☐ Pain has no significant effect on my social life apart from limiting my more energetic interests eg. sport
- ☐ Pain has restricted my social life and I do not go out as often
- ☐ Pain has restricted my social life to my home
- ☐ I have no social life because of pain

Section 10 – Travelling

- ☐ I can travel anywhere without pain
- ☐ I can travel anywhere but it gives me extra pain
- ☐ Pain is bad but I manage journeys over two hours
- ☐ Pain restricts me to journeys of less than one hour
- ☐ Pain restricts me to short necessary journeys under 30 minutes
- ☐ Pain prevents me from travelling except to receive treatment

