

Índice Western Ontario Shoulder Instability (WOSI)

APÉNDICE A

VALIDACIÓN DE ESCALAS DE EVALUACIÓN DE HOMBRO

| | | |
|--------------------------------------|----------|--------|
| Nombre: | Edad: | Fecha: |
| Activ Laboral: | Deporte: | |
| Hombro (marque con un circulo): Der. | | Izq. |

Prueba simple de hombro (SST)

Marque con un círculo SÍ o NO si puede realizar o piense que puede realizar lo siguiente:

| | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Siente molestias en el hombro cuando en brazo descansa al costado se su cuerpo? | SI | NO |
| 2. ¿Le permite su hombro dormir cómodamente? | SI | NO |
| 3. ¿Puede meter la camisa adentro de su pantalón con la mano por detrás? | SI | NO |
| 4. ¿Puede colocar su mano detrás de su cabeza con el codo hacia fuera del cuerpo? | SI | NO |
| 5. ¿Puede colocar una moneda en un estante a nivel del hombro con el codo recto? | SI | NO |
| 6. ¿Puede levantar un recipiente de mermelada (medio kilo) lleno, hasta el nivel del hombro sin doblar el codo? | SI | NO |
| 7. ¿Puede levantar un recipiente de 4 kilos (un balde con Agua)lleno, hasta el nivel del hombro sin doblar el codo? | SI | NO |
| 8. ¿Puede llevar un pack de 6 gaseosas de 1,5 litros (9 kg) a su lado con la extremidad afectada? | SI | NO |
| 9. ¿Cree que puede tirar una pelota de tenis a 10 metros de distancia por encima del hombro, con la extremidad afectada? | SI | NO |
| 10. ¿Cree que puede arrojar una pelota de tenis por encima de la cabeza a 20 metros de distancia con la extremidad afectada? | SI | NO |
| 11. ¿Puede lavar la parte de atrás del hombro opuesto con la extremidad afectada? | SI | NO |
| 12. ¿El hombro le permite trabajar tiempo completo en su ocupación habitual? | SI | NO |

Sección A: Síntomas físicos

1. ¿Cuánto dolor siente en su hombro con las actividades que realiza por encima de la cabeza?

Nada de dolor _____ Máximo dolor

2. ¿Cuánto dolor agudo o punzante sufre en su hombro?

Nada de dolor _____ Máximo dolor

3. ¿Cuánta debilidad o falta de fuerza siente en su hombro?

Nada de debilidad _____ Máxima debilidad

4. ¿Cuánta fatiga o falta de energía siente en su hombro?

Nada de fatiga _____ Máxima fatiga

5. ¿Cuántos chasquidos o crujidos siente en su hombro?

Nada de chasquidos _____ Máxima chasquidos

6. ¿Cuánta rigidez sufre en su hombro?

Nada de rigidez _____ Máxima rigidez

7. ¿Cuánta molestia sufre en los músculos de su cuello como consecuencia de su hombro?

Nada de molestia _____ Máxima molestia

8. ¿Cuánta sensación de inestabilidad siente en su hombro?.

Nada de inestabilidad _____ Máxima inestabilidad

9. ¿Cuanto compensa su hombro con otros músculos?

Nada _____ Todo

Asda

10. ¿Cuánta disminución de rango de movimiento tiene en el hombro?

Nada _____ Máxima pérdida

11. ¿En qué grado su hombro ha limitado su participación en la práctica de deportes o en actividades recreativas?

Nada _____ Máxima limitación

12. ¿En qué grado su hombro ha afectado su capacidad para desempeñar habilidades específicas requeridas por su deporte o trabajo? (Si el hombro afecta tanto a los deportes como al trabajo, considere el área más afectada).

Nada _____ Máxima afectación

13. ¿En qué grado siente necesidad de proteger el brazo mientras realiza actividades?

Nada _____ Máximo

14. ¿Cuánta dificultad tiene para levantar objetos pesados debajo del nivel del hombro?

Nada de dificultad _____ Extrema dificultad

15. ¿Cuánto temor tiene de caer sobre el su hombro?

Nada de miedo _____ Máximo miedo

16. ¿Cuánta dificultad tiene para mantener el nivel de estado físico deseado?

Nada de dificultad _____ Extrema dificultad

17. ¿Cuánta dificultad tiene para “entretenerse o hacer bromas” con familiares o amigos?

Nada de dificultad _____ Extrema dificultad

18. ¿Cuánta dificultad tiene para dormir a causa de su hombro?

Nada de dificultad _____ Extrema dificultad

Sección D: Sentimientos

19. ¿Cuan consciente es de su hombro?

No soy consciente _____ Extremadamente consciente

20. ¿Qué tan preocupado se siente de que su hombro empeore?

No estoy preocupado _____ Extremadamente preocupado

21. ¿Cuánta frustración siente a causa de su hombro?

Nada de frustración _____ Extremadamente frustrado