



MECHANICAL AND INFLAMMATORY LOW BACK PAIN (MIL) INDEX

Nombre: _____

Fecha: _____

Todas estas preguntas son pensando en el dolor que siente ahora en la espalda. Marque las que sean afirmativas:

- 1. ¿Ha sentido dolor al despertarse por la mañana?
- 2. ¿Ha sentido dolor intermitente durante el día?
- 3. ¿Ha sentido dolor al final del día?
- 4. ¿Siente dolor al elevar la pierna recta?
- 5. ¿Le despierta el dolor?
- 6. ¿Le duele al estar sentado durante un tiempo?
- 7. ¿Le duele al estar de pie durante un tiempo?
- 8. ¿Le duele al levantarse?
- 9. ¿Le duele al inclinarse un poco hacia delante?
- 10. ¿Tiene dolor abrasador?
- 11. ¿Tiene dolor pesado?
- 12. ¿Tiene dolor punzante?
- 13. ¿Tiene dolor constante?
- 14. ¿Tiene dolor a la flexión del tronco?
- 15. ¿Tiene dolor a la extensión del tronco?
- 16. ¿Tiene dolor a la flexión del lateral del tronco?
- 17. ¿Tiene dolor a la palpación de los músculos?
- 18. ¿Tiene dolor a la palpación de las apófisis espinosas?
- 19. ¿Tiene rigidez después de descansar? (incluso estando sentado)
- 20. ¿Tiene dolor por la mañana y por la tarde?
- 21. ¿Es doloroso hacer una sentadilla?
- 22. ¿Tiene dolor al conducir distancias largas?
- 23. ¿Tiene dolor al caminar más de 50 metros?
- 24. ¿Tiene dolor al correr?
- 25. ¿Tiene dolor a la flexión repetida?
- 26. ¿Tiene dolor al levantarse de la silla?
- 27. ¿Tiene dolor al toser o estornudar?

The mechanical and inflammatory low back pain (MIL) index: development and validation. Cuesta-Vargas A, Farasyn A, Gabel CP, Luciano JV. BMC Musculoskelet Disord. 2014 Jan 9;15:12. doi: 10.1186/1471-2474-15-12.

