

## ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Estamos interesados en saber si esta teniendo alguna dificultad al realizar las actividades enumeradas a continuación debido al problema en su pierna  
Por favor de una respuesta por cada una de las actividades.

En el día de hoy, tiene o tendría alguna dificultad realizando alguna de las siguientes actividades:

|    | Actividades  | Dificultad extrema o incapaz de realizar la actividad | Mucha dificultad | Dificultad Moderada | Un poco de Dificultad | Ninguna Dificultad |
|----|--|---|------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|
| 1  | Alguna parte de su trabajo habitual, quehaceres domésticos, o actividades escolares. | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 2  | Sus pasatiempos usuales, actividades recreativas o deportivas.                       | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 3  | Entrando o saliendo de la tina.  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 4  | Caminando de una habitación a otra.  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 5  | Poniéndose los zapatos o medias.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 6  | Poniéndose en cucillas.  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 7  | Levantando un objeto, por ejemplo, una bolsa de compras de supermercado del piso.    | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 8  | Realizando actividades ligeras en su casa.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 9  | Realizando actividades pesadas en su casa.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 10 | Subiéndose o bajándose de un carro.  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 11 | Caminando dos cuadras.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 12 | Caminando una milla.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 13 | Subiendo o bajando 10 peldaños de una escalera.                                      | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 14 | Estando parado por una hora.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 15 | Estando sentado por una hora.  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 16 | Corriendo sobre terreno plano.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 17 | Corriendo sobre terreno irregular.   | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 18 | Haciendo vueltas agudas mientras corre rápidamente.                                  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 19 | Saltando.  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
| 20 | Volteándose en la cama.  | 0   | 1                | 2                   | 3                     | 4                  |
|    | Column Totals:   |   |                  |                     |                       |                    |

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence):9 points

SCORE: \_\_\_\_\_ /80  
Please submit the sum of responses.

Reprinted from Binkley, J., Stratford, P., Lott, S., Riddle, D., & The North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network, The Lower Extremity Functional Scale: Scale development, measurement properties, and clinical application, Physical Therapy, 1999, 79, 4371-383, with permission of the American Physical Therapy Association.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Quick DASH (Spanish)

Por favor evalúe su capacidad de ejecutar las siguientes actividades durante la última semana.  
Indíquelo con hacer un círculo alrededor del número que le corresponda a su respuesta.

|   | Ninguna<br>Dificultad | Dificultad<br>Leve | Dificultad<br>Moderada | Dificultad<br>Severa | No lo<br>puedo<br>ejecutar |
|---|-----------------------|--------------------|------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. Abrir un pomo nuevo o apretado   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                    | 5                          |
| 2. Hacer quehaceres domésticos pesados<br>(p. ej. lavar paredes, ventanas o el piso)  | 1                     | 2                  | 3                      | 4                    | 5                          |
| 3. Cargar una bolsa de mercado o un portafolio  | 1                     | 2                  | 3                      | 4                    | 5                          |
| 4. Lavarse la espalda   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                    | 5                          |
| 5. Usar cuchillo para cortar la comida  | 1                     | 2                  | 3                      | 4                    | 5                          |
| 6. Participar en actividades recreativas en las cual usted tome alguna fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o mano (p. ej. jugar al béisbol, boliche, o martillar) | 1                     | 2                  | 3                      | 4                    | 5                          |

|  | Para<br>Nada | Un<br>Poco | Moderado | Bastante | Incapaz |
|--|--------------|------------|----------|----------|---------|
| 7. Durante la última semana, ¿hasta qué punto le ha dificultado su problema de brazo, mano u hombro como para limitar o prevenir su participación en actividades sociales normales con la familia o conocidos? | 1            | 2          | 3        | 4        | 5       |

|   | Para<br>Nada | Un<br>Poco | Con<br>Moderación | Bastante<br>Limitado/a | Limitado/a<br>Totalmente |
|---|--------------|------------|-------------------|------------------------|--------------------------|
| 8. Durante la semana pasada, ¿estuvo limitado/a en su trabajo u otras actividades diarias por causa del problema con su brazo, hombro o mano? | 1            | 2          | 3                 | 4                      | 5                        |

| <b>Por favor califique la gravedad de los síntomas siguientes durante la última semana</b> | Ningún<br>Síntoma | Leve | Moderado | Severo | Extremo |
|--|-------------------|------|----------|--------|---------|
| 9. Dolor de brazo, hombro o mano   | 1                 | 2    | 3        | 4      | 5       |
| 10. Hormigueo (pinchazos) en el brazo, hombro o mano                                       | 1                 | 2    | 3        | 4      | 5       |

|  | Ninguna<br>Dificultad | Dificultad<br>Leve | Dificultad<br>Moderada | Dificultad<br>Severa | Tanto, que<br>no puedo<br>dormir |
|--|-----------------------|--------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 11. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano? | 1                     | 2                  | 3                      | 4                    | 5                                |

# INDICE DE LA ESPALDA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases in una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

## Intensidad del Dolor

- 0. El dolor va y viene y es muy suave.
- 1. El dolor es suave y no varía mucho.
- 2. El dolor va y viene y es moderado.
- 3. El dolor es moderado y no varía mucho.
- 4. El dolor va y viene y es muy severo.
- 5. El dolor es muy severo y no varía mucho.

## Al Dormir

- 0. No tengo dolor cuando estoy acostado.
- 1. Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien.
- 2. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
- 3. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
- 4. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
- 5. El dolor no me deja dormir.

## Al Sentarse

- 0. Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
- 1. Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
- 2. El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
- 3. El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
- 4. El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
- 5. Evito sentarme porque esto aumenta el dolor inmediatamente.

## Al Estar De Pie

- 0. Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
- 1. Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
- 2. No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
- 5. Evito estar parado porque esto incrementa el dolor inmediatamente.

## Al Caminar

- 0. No tengo dolor mientras que camino.
- 1. Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
- 2. No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- 3. No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
- 4. No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
- 5. No puedo caminar sin que el dolor aumente.

## Cuidado Personal

- 0. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- 1. No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque esto causa algo de dolor.
- 2. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
- 3. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- 4. Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
- 5. Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

## Al Levantar Objetos

- 0. Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
- 1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
- 2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
- 3. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
- 4. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
- 5. Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.

## Al Viajar

- 0. No tengo dolor al viajar.
- 1. Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
- 2. Tengo más dolor al viajar pero esto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 3. Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
- 4. El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
- 5. El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

## Vida Social

- 0. Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
- 1. Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
- 2. El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
- 3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
- 4. El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- 5. Dificilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

## Cambio en el Grado de Dolor

- 0. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
- 1. Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
- 2. Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
- 3. Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
- 4. Mi dolor está empeorando gradualmente.
- 5. Mi dolor está empeorando rápidamente.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Back Index Score \_\_\_\_\_

## INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

**Intensidad del Dolor**

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

**Al Dormir**

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

**Lectura**

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

**Concentración**

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

**Trabajo**

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

**Cuidado Personal**

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

**Al Levantar Objetos**

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

**Al Conducir**

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

**Recreación**

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

**Dolor de Cabeza**

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score \_\_\_\_\_