

Índice del cuello

ACN Group, Inc. Formulario NI-100

Uso exclusivo de ACN Group, Inc. rev. 27/3/2003

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario proporcionará a su médico información sobre cómo afecta su enfermedad cervical su vida cotidiana. Responda cada sección marcando la afirmación que se aplique en su caso. Si se aplican dos o más afirmaciones de una sección, marque la que mejor describa su problema.

Intensidad del dolor

- ⓪ De momento no tengo dolor.
- ① De momento, el dolor es muy leve.
- ② El dolor va y viene y es moderado.
- ③ El dolor es bastante intenso en este momento.
- ④ El dolor es muy intenso en este momento.
- ⑤ El dolor es el peor imaginable en este momento.

Para dormir

- ⓪ No tengo problemas para dormir.
- ① Mi sueño está ligeramente alterado (menos de 1 hora sin dormir).
- ② Mi sueño está ligeramente alterado (1-2 horas sin dormir).
- ③ Mi sueño está moderadamente alterado (2-3 horas sin dormir).
- ④ Mi sueño está muy alterado (3-5 horas sin dormir).
- ⑤ Mi sueño está completamente alterado (5-7 horas sin dormir).

Lectura

- ⓪ Puedo leer todo lo que quiera sin dolor cervical.
- ① Puedo leer todo lo que quiera con un ligero dolor cervical.
- ② Puedo leer todo lo que quiero con un dolor cervical moderado.
- ③ No puedo leer tanto como quisiera debido a un dolor cervical moderado.
- ④ Apenas puedo leer debido a un fuerte dolor cervical.
- ⑤ No puedo leer en absoluto debido al dolor cervical.

Concentración

- ⓪ Puedo concentrarme plenamente cuando quiero sin ninguna dificultad.
- ① Puedo concentrarme plenamente cuando quiero con una leve dificultad.
- ② Tengo bastantes dificultades para concentrarme cuando quiero.
- ③ Tengo grandes dificultades para concentrarme cuando quiero.
- ④ Tengo dificultades extremas para concentrarme cuando quiero.
- ⑤ No puedo concentrarme en absoluto.

Trabajo

- ⓪ Puedo trabajar todo lo que quiera.
- ① Solo puedo hacer mi trabajo habitual, pero nada más.
- ② Solo puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero nada más.
- ③ No puedo hacer mi trabajo habitual.
- ④ Apenas puedo trabajar.
- ⑤ No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado personal

- ⓪ Puedo ocuparme de mi cuidado con normalidad sin causarme más dolor.
- ① Puedo ocuparme de mi cuidado con normalidad, pero me causa un dolor adicional.
- ② Es doloroso ocuparme de mi cuidado y lo hago con lentitud y cuidado.
- ③ Necesito algo de ayuda, pero me ocupo de la mayor parte de mi cuidado personal.
- ④ Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- ⑤ No me visto, me aseo con dificultad y me quedo en la cama.

Levantar objetos

- ⓪ Puedo levantar grandes pesos sin dolor adicional.
- ① Puedo levantar objetos pesados, pero me causa más dolor.
- ② El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están bien ubicados (por ejemplo, sobre una mesa).
- ③ El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos con poco peso o peso intermedio si están ubicados convenientemente.
- ④ Solo puedo levantar objetos muy livianos.
- ⑤ No puedo levantar ni cargar nada.

Conducir

- ⓪ Puedo conducir mi automóvil sin dolor cervical.
- ① Puedo conducir mi automóvil todo el tiempo que quiera con un ligero dolor cervical.
- ② Puedo conducir mi automóvil todo el tiempo que quiera con un dolor cervical moderado.
- ③ No puedo conducir mi automóvil todo el tiempo que quisiera debido a un dolor cervical moderado.
- ④ Apenas puedo conducir debido a un fuerte dolor cervical.
- ⑤ No puedo conducir mi automóvil en absoluto debido al dolor cervical.

Recreación

- ⓪ Puedo realizar todas mis actividades recreativas sin dolor cervical.
- ① Puedo realizar todas mis actividades recreativas habituales con algo de dolor cervical.
- ② Puedo realizar la mayoría de mis actividades recreativas habituales, pero no todas, debido al dolor cervical.
- ③ Solo puedo realizar algunas de mis actividades recreativas habituales debido al dolor cervical.
- ④ Apenas puedo realizar actividades recreativas debido al dolor cervical.
- ⑤ No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolores de cabeza

- ⓪ No tengo en absoluto dolor de cabeza.
- ① Tengo dolores de cabeza leves que aparecen con poca frecuencia.
- ② Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen con poca frecuencia.
- ③ Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen con frecuencia.
- ④ Tengo dolores de cabeza fuertes que aparecen con frecuencia.
- ⑤ Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Calificación del índice cervical

Calificación del índice = [Suma de todas las afirmaciones seleccionadas / (no. de secciones con una afirmación seleccionada × 5)] × 100

Índice de la espalda

ACN Group, Inc. Formulario BI-100

Uso exclusivo de ACN Group, Inc. rev. 27/3/2003

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario proporcionará a su proveedor información sobre cómo se ve afectada su vida cotidiana por su dolencia de espalda. Responda cada sección marcando la afirmación que se aplique en su caso. Si se aplican dos o más afirmaciones de una sección, marque la que mejor describa su problema.

Intensidad del dolor

- ⓪ El dolor aparece y desaparece y es muy leve.
- ① El dolor es leve 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 intenso.
- ⑤ El dolor es muy intenso y no varía mucho.

Para dormir

- ⓪ No tengo dolor en la cama.
- ① Me duele en la cama, pero no me impide dormir bien.
- ② A causa del dolor, mi sueño normal se reduce en menos de un 25 %.
- ③ A causa del dolor, mi sueño normal se reduce en menos del 50 %.
- ④ A causa del dolor, mi sueño normal se reduce en menos del 75 %.
- ⑤ El dolor me impide dormir del todo.

Para sentarme

- ⓪ Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiera.
- ① Solo puedo sentarme en mi silla favorita el tiempo que quiera.
- ② El dolor me impide sentarme durante más de 1 hora.
- ③ El dolor me impide sentarme durante más de media hora.
- ④ El dolor me impide sentarme durante más de 10 minutos.
- ⑤ Evito sentarme porque el dolor aumenta de inmediato.

Posición erguida

- ⓪ Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor.
- ① Tengo algo de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- ② No puedo estar de pie más de 1 hora sin que aumente el dolor.
- ③ No puedo estar de pie más de media hora sin que aumente el dolor.
- ④ No puedo estar de pie más de 10 minutos sin que aumente el dolor.
- ⑤ Evito estar de pie porque aumenta el dolor de inmediato.

Caminar

- ⓪ No siento dolor al caminar.
- ① Tengo algo de dolor al caminar, pero no aumenta con la distancia. No
- ② puedo caminar más de una milla (1600 m) sin que aumente el dolor.
- ③ No puedo caminar más de media milla (800 m) sin que aumente el dolor.
- ④ No puedo caminar más de un cuarto de milla (400 m) sin que aumente el
- ⑤ dolor. No puedo caminar en absoluto sin que aumente el dolor.

Cuidado personal

- ⓪ No tengo que cambiar mi forma de lavarme o vestirme para evitar el dolor.
- ① Normalmente no cambio mi forma de lavarme o vestirme, aunque me cause cierto dolor.
- ② Lavarme y vestirme aumenta el dolor, pero consigo no cambiar mi forma de hacerlo.
- ③ Lavarme y vestirme aumenta el dolor y me veo en la obligación de cambiar mi forma de hacerlo.
- ④ Debido al dolor, no puedo lavarme ni vestirme un poco sin ayuda.
- ⑤ Debido al dolor, no puedo lavarme ni vestirme en absoluto sin ayuda.

Levantar objetos

- ⓪ Puedo levantar grandes pesos sin dolor adicional.
- ① Puedo levantar objetos pesados, pero me causa más dolor.
- ② El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo.
- ③ El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están bien ubicados (por ejemplo, sobre una mesa).
- ④ El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos con poco peso o peso intermedio si están ubicados convenientemente.
- ⑤ Solo puedo levantar objetos muy livianos.

Traslados

- ⓪ No siento dolor cuando me traslado.
- ① Me duele un poco cuando me traslado, pero ninguna de mis formas habituales de trasladarme lo empeora.
- ② Me duele más cuando me traslado, pero no me hace buscar formas alternativas de hacerlo.
- ③ Cuando me traslado me duele mucho, lo que me obliga a buscar formas alternativas de hacerlo.
- ④ El dolor restringe todas las formas de trasladarme a menos que pueda recostarme.
- ⑤ El dolor restringe todas las formas de trasladarme.

Vida social

- ⓪ Mi vida social es normal y no me produce ningún dolor adicional.
- ① Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- ② El dolor no afecta significativamente mi vida social, aparte de limitar mis intereses más dinámicos (por ejemplo, bailar).
- ③ El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.
- ④ El dolor ha restringido mi vida social y solo tengo vida social en mi casa.
- ⑤ Apenas tengo vida social a causa del dolor.

Grado de cambio del dolor

- ⓪ Mi dolor está mejorando rápidamente.
- ① Mi dolor fluctúa, pero en general está mejorando.
- ② Parece que mi dolor está mejorando, pero la mejoría es lenta.
- ③ Mi dolor no mejora ni empeora.
- ④ Mi dolor está empeorando gradualmente.
- ⑤ Mi dolor está empeorando rápidamente.

Calificación del índice de la espalda

Calificación del índice = [Suma de todas las afirmaciones seleccionadas / (no. de secciones con una afirmación seleccionada × 5)] × 100