
Discapacidades del brazo, hombro y mano

Este cuestionario le pregunta al paciente sobre sus síntomas y su capacidad para realizar determinadas actividades. Por favor, responda *todas las preguntas*, según su condición en la última semana, al seleccionar la respuesta adecuada. Si no tuvo la oportunidad de realizar la actividad la semana pasada, por favor haga su *mejor estimación* sobre qué respuesta sería la más precisa. No importa qué mano o brazo utilice para realizar la actividad; por favor responda según su capacidad, independientemente de cómo realice la tarea.

Por favor, califique su capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana al seleccionar la respuesta adecuada.

	Sin dificultad	Poco difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil	Incapaz
	1	2	3	4	5
1. Abrir un frasco apretado ó nuevo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Escribir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Girar una llave (para un candado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Preparar una comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Empujar y abrir una puerta pesada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poner un objeto en un estante más alto que usted.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Realizar quehaceres del hogar pesadas (p. ej., lavar paredes, lavar pisos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Podar ó hacer trabajos de jardinería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Tender su cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cargar una bolsa de mandado ó un maletín.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cargar un objeto pesada (de más de 10 libras).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cambiar un foco que está más alto que usted.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lavar o secar su cabello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Lavar su espalda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ponerse una sudadera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Utilizar un cuchillo para cortar comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (p. ej., jugar baraja, tejer, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Actividades recreativas en las que se absorbe algún tipo de fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o mano (p. ej., jugar golf, martilleo, jugar tenis, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Actividades recreativas en las cuales mueve su brazo libremente (p. ej., jugando platillo volador, raqueta con gallito, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Organizar las necesidades de transporte (ir de un lugar a otro).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Actividades sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Extremadamente (muchísimo)
	1	2	3	4	5
22. Durante la semana pasada, ¿hasta que grado el problema de su brazo, hombro o mano interfirió con sus actividades sociales normales con su familia, amigos ó vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sin limitaciones	Ligeramente limitado	Moderadamente limitado (mas o menos limitado)	Muy limitado	Incapaz
	1	2	3	4	5
23. Durante la semana pasada, ¿estuvo limitado en su trabajo ú otras actividades diarias como resultado de su problema en su brazo, hombro, o mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor califique la gravedad de los siguientes síntomas durante la semana pasada.

	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
	1	2	3	4	5
24. Dolor de brazo, hombro o mano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dolor de brazo, hombro o mano cuando realiza alguna actividad específica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Hormigueo (alfileres y agujas) en su brazo, hombro o mano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Debilidad en su brazo, hombro o mano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Rigidez en su brazo, hombro o mano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sin dificultad	Poco difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil	Tan difícil que no puedo dormir
	1	2	3	4	5
29. Durante la semana pasada, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor en su brazo, hombro o mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
30. Me siento menos capaz, menos seguro o menos útil debido a mi problema de brazo, hombro o mano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total:

Una calificación de DASH no pueda ser calculada si faltan más de tres elementos.

Módulo de Trabajo (OPCIONAL)

Las siguientes preguntas son sobre el impacto de su problema de brazo, hombro o mano en su habilidad para trabajar (incluyendo en el hogar, si esa es su función principal de trabajo).

Por favor indique cuál es su trabajo:

☐ No trabajo. (Puede omitir esta sección.)

Seleccione la respuesta que mejor describa su capacidad física durante la semana pasada. Tuvo alguna dificultad para:

	Sin dificultad	Poco difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil	Incapaz
	1	2	3	4	5
1. ¿Usar su técnica normal para trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hacer su trabajo normal debido a dolor de brazo, hombro o mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Hacer su trabajo tan bien como le gustaría?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Dedicarle el tiempo normal para hacer su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total para el trabajo:

Una calificación del módulo opcional no puede ser calculada si le faltó un elemento.

Músicos/Deportistas de Alto Rendimiento (OPCIONAL)

Las siguientes preguntas están relacionadas al impacto de su problema del brazo, hombro o mano al momento de tocar un instrumento musical o practicar un deporte ó ambos. Si usted practica mas de un deporte ó toca mas de un instrumento (o ambos) por favor conteste en relación a la actividad que es mas importante para usted.

Por favor indique el deporte o instrumento que es más importante para usted: _____

☐ No toco un deporte, ni toco algún instrumento. (Omitir esta parte)

Seleccione la respuesta que mejor describa su habilidad física durante la semana pasada. Tuvo alguna dificultad para:

	Sin dificultad	Medio difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil	Incapaz
	1	2	3	4	5
1. ¿Utilizar su técnica normal para tocar su instrumento o practicar su deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tocar su instrumento musical usual ó practicar su deporte debido al dolor de brazo, hombro o mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tocar su instrumento musical ó practicar su deporte tan bien como le gustaría?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Dedicarle el tiempo normal para tocar su instrumento o practicar deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total para deportes/artes:

Una calificación del módulo opcional no puede ser calculada si le faltó un elemento.

Interpretación

El puntaje se representa en una escala de 0 a 100, donde 100 representa la mayor discapacidad y 0 representa la menor discapacidad.

Diferencia mínimamente importante desde el punto de vista clínico (MCID)

Cambio mínimo detectable (MDC)

Adultos con afecciones musculoesqueléticas de la extremidad superior:

MCID = 10.2; MDC = 12.2.

Atletas intercolegiales: MDC = 10.

Estos son valores publicados para poblaciones específicas y brindan orientación si el/la paciente no tiene la condición mencionada.

Referencias seleccionadas

1. Schmitt JS, Di Fabio RP. Reliable change and minimum important difference (MID) proportions facilitated group responsiveness comparisons using individual threshold criteria. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(10):1008-1018. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.02.007
 2. Hsu JE, Nacke E, Park MJ, et al. The Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand questionnaire in intercollegiate athletes: validity limited by ceiling effect. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010;19(3):349-354. doi:10.1016/j.jse.2009.11.006
-