

ICOAP in Spanish (North and Central American), knee

MEJORANDO LA MEDICION DEL DOLOR EN OA

HERRAMIENTA PARA LA EVALUACION DEL dolor EN OSTEOARTRITIS – articulación de RODILLA

La gente nos ha dicho que experimenta diferentes tipos de dolor (incluyendo molestia o malestar) en su rodilla. Para entender mejor los diferentes tipos de dolor de rodilla que usted pudiera experimentar, nos gustaría preguntarle acerca de cualquier “dolor constante” (dolor que tiene todo el tiempo) que usted pudiera tener, independientemente de cualquier otro dolor que pudiera experimentar con menos frecuencia, esto es, “un dolor pasajero, que viene y va”. Las siguientes preguntas se enfocaran en el dolor que ha experimentado en su rodilla en la SEMANA PASADA. Por favor conteste TODAS las preguntas

A) DOLOR CONSTANTE

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor seleccione la respuesta que mejor describa, en promedio, su dolor constante de rodilla en la SEMANA PASADA.

1. En la semana pasada, ¿qué tan fuerte ha sido su dolor constante de rodilla?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de rodilla	Levemente fuerte	Moderadamente fuerte	Severamente fuerte	Extremadamente fuerte

2. En la semana pasada, ¿cuánto ha afectado su dolor constante de rodilla a su sueño?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de rodilla	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

3. En la semana pasada, ¿cuánto ha afectado su dolor constante de rodilla su calidad de vida en general?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de rodilla	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

4. En la semana pasada, ¿qué tan frustrado o molesto ha usted estado por su dolor constante de rodilla?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de rodilla	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

5. En la semana pasada, ¿qué tan alterado o preocupado ha usted estado por su dolor constante de rodilla?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de rodilla	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

B) B) DOLOR QUE VIENE Y VA

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor seleccione la respuesta que mejor describe, *en promedio*, su dolor de rodilla que viene y va en la SEMANA PASADA.

6. **En la semana pasada, ¿qué tan fuerte ha sido su más severo dolor de rodilla que viene y va?**

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de rodilla que viene y va	Levemente fuerte	Moderadamente fuerte	Severamente fuerte	Extremadamente fuerte

7. **En la semana pasada, ¿qué tan frecuentemente ha ocurrido su dolor de rodilla que viene y va?**

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nunca/ Sin dolor de rodilla que viene y va	Raramente	Algunas veces	Frecuente	Muy frecuente

8. **En la semana pasada, ¿cuánto le ha afectado su dolor de rodilla que viene y va a su sueño?**

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de rodilla que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

9. **En la semana pasada, ¿cuánto le ha afectado su dolor de rodilla que viene y va a su calidad de vida en general?**

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de rodilla que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

10. **En la semana pasada, ¿qué tan frustrado o molesto ha usted estado por su dolor de rodilla que viene y va?**

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de rodilla que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

11. **En la semana pasada, ¿qué tan alterado o preocupado ha usted estado por su dolor de rodilla que viene y va?**

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de rodilla que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

GRACIAS!

ICOAP in Spanish (North and Central American), hip

MEJORANDO LA MEDICION DEL DOLOR EN OA

HERRAMIENTA PARA LA EVALUACION DEL dolor EN OSTEOARTRITIS – articulación de CADERA

La gente nos ha dicho que experimenta diferentes tipos de dolor (incluyendo molestia o malestar) en su cadera. Para entender mejor los diferentes tipos de dolor de cadera que usted pudiera experimentar, nos gustaría preguntarle acerca de cualquier “dolor constante” (dolor que tiene todo el tiempo) que usted pudiera tener, independientemente de cualquier otro dolor que pudiera experimentar con menos frecuencia, esto es, “un dolor pasajero, que viene y va”. Las siguientes preguntas se enfocaran en el dolor que ha experimentado en su cadera en la SEMANA PASADA. Por favor conteste TODAS las preguntas

A) DOLOR CONSTANTE

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor seleccione la respuesta que mejor describa, en promedio, su dolor constante de cadera en la SEMANA PASADA.

1. En la semana pasada, ¿qué tan fuerte ha sido su dolor constante de cadera?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de cadera	Levemente fuerte	Moderadamente fuerte	Severamente fuerte	Extremadamente fuerte

2. En la semana pasada, ¿cuánto ha afectado su dolor constante de cadera a su sueño?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de cadera	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

3. En la semana pasada, ¿cuánto ha afectado su dolor constante de cadera su calidad de vida en general?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de cadera	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

4. En la semana pasada, ¿qué tan frustrado o molesto ha usted estado por su dolor constante de cadera?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de cadera	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

5. En la semana pasada, ¿qué tan alterado o preocupado ha usted estado por su dolor constante de cadera?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor constante de cadera	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

B) B) DOLOR QUE VIENE Y VA

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor seleccione la respuesta que mejor describe, *en promedio*, su dolor de cadera que viene y va en la SEMANA PASADA.

6. En la semana pasada, ¿qué tan fuerte ha sido su más severo dolor de cadera que viene y va?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de cadera que viene y va	Levemente fuerte	Moderadamente fuerte	Severamente fuerte	Extremadamente fuerte

7. En la semana pasada, ¿qué tan frecuentemente ha ocurrido su dolor de cadera que viene y va?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nunca/ Sin dolor de cadera que viene y va	Raramente	Algunas veces	Frecuente	Muy frecuente

8. En la semana pasada, ¿cuánto le ha afectado su dolor de cadera que viene y va a su sueño?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de cadera que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

9. En la semana pasada, ¿cuánto le ha afectado su dolor de cadera que viene y va a su calidad de vida en general?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de cadera que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

10. En la semana pasada, ¿qué tan frustrado o molesto ha usted estado por su dolor de cadera que viene y va?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de cadera que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

11. En la semana pasada, ¿qué tan alterado o preocupado ha usted estado por su dolor de cadera que viene y va?

<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nada/ Sin dolor de cadera que viene y va	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente

GRACIAS!

ICOAP in Spanish (North and Central American), user's guide

Guía de Usuario para la medición del dolor Intermitente y Constante de la Osteoartritis: DICO

Antecedentes y Propiedades de la medida

Esta herramienta de 11 ítems esta diseñada para evaluar el dolor en individuos con osteoartritis de rodilla o cadera tomando en cuenta tanto episodios de dolor constante como intermitente. Existen dos versiones de esta herramienta; una para evaluar el dolor en la articulación de la rodilla y otra evaluando la articulación de la cadera.

Instrucciones para la administración

Esta herramienta esta diseñada para ser administrada por un entrevistador, en persona o por teléfono, y toma menos de 10 minutos para completarse. El formato del cuestionario es de fácil uso y además la medición puede ser también auto-completada por los sujetos.

Los sujetos deben responder los ítems del cuestionario basados en su **peor/mas problemática rodilla o cadera en la semana pasada** (es decir, en el periodo de los últimos 7 días).

Como esta herramienta es prevista a ser sensible al cambio en el dolor de osteoartritis con el tiempo, o con los tratamientos, a los sujetos se les pide que reporten su dolor mas reciente que hayan experimentado **tomado en consideración cualquier medicamento que pudieran estar usando** (es decir, el sujeto debe proporcionar el nivel de dolor con el uso de medicamentos). Por ejemplo, si la intensidad de dolor de un sujeto fuera "severo" pero toma AINEs cada día para reducir la intensidad del dolor a "leve", debiera responder "leve".

Todas las preguntas son obligatorias. Si un sujeto no tiene un tipo de dolor, se le pide que elija la opción de respuesta indicando que no tiene ese tipo de dolor.

Definición de "Dolor Constante": Dolor constante es dolor que esta ahí todo el tiempo, aunque puede variar en intensidad. Dolor constante incluye dolor, malestar o molestia experimentados constantemente.

Definición del "Dolor que Viene y Va": El dolor que viene y va es el dolor que no esta ahí todo el tiempo. Esto incluye dolor de cadera o rodilla que es provocado en forma predecible por una actividad específica o movimiento (tales como caminar o subir escaleras) pero es mitigado con el descanso, tanto como el dolor que puede ocurrir espontáneamente y luego desaparece por completo.

Guías para la obtención de puntaje

Hay 11 ítems en el cuestionario. Los ítems están numerados de acuerdo al orden en el que aparecen en el cuestionario.

Los ítems son calificados de 0 a 4 como sigue:

- Items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
- 0 = nada/no tengo <dolor constante/dolor que viene y va>
- 1 = levemente
- 2 = moderadamente
- 3 = severamente
- 4 = extremadamente

Item 7

0 = nunca/no tengo <dolor constante/dolor que viene y va>

1 = raramente

2 = algunas veces

3 = frecuente

4 = muy frecuente

Subescala de dolor constante:

Para calcular la subescala de dolor constante, sume los puntajes para los ítems 1 hasta el 5.

Subescala de dolor intermitente

Para calcular la subescala de dolor intermitente, sume los puntajes para los ítems 6 hasta el 11.

Puntaje de Dolor total:

Para calcular el puntaje de dolor total, sume las subescalas de dolor constante e intermitente. El puntaje máximo total varía de 0 a 44.

Este puntaje puede ser transformado a porcentaje usando la formula siguiente:

$$(\text{Puntaje de dolor total} / 44) \times 100$$

Datos faltantes: Si una marca es colocada fuera de la casilla, el cuadro mas cercano es usado. Si dos cuadros son marcados, el ítem es marcado como faltante. Si hay tres o más ítems faltantes, la respuesta es considerada inválida. Si hay menos de 3 ítems faltantes, el ítem faltante puede ser reemplazado con el promedio de las respuestas a otros ítems dentro de la misma subescala.

Validez y Confiabilidad

Para asegurar la validez de contenido, los ítems de esta herramienta fueron derivados de los comentarios en las discusiones de grupos focales de episodios de dolor de osteoartritis. La confiabilidad evaluación-reevaluación (test-retest) ha sido evaluada en sujetos con osteoartritis de cadera y rodilla, de 40 años de edad o mas.

Adaptación transcultural

La traducción transcultural y validación también han sido conducidas. La herramienta ha sido traducida en los siguientes idiomas: Ingles (Norteamérica y Reino Unido), Español (España y México), Holandés, Noruego, Italiano, Sueco, Francés (Francia).

Para más información, contacte:

Dr. Gillian Hawker

Canadian Osteoarthritis Research Program

Women's College Hospital

Toronto, Ontario, Canada M5S 1B2

Correo Electrónico: gillian.hawker@wchospital.ca

Pagina en Internet: www.osteoarthritisresearch.ca