

Cuestionarios de valoración funcional en traumatología

Trauma functional assessment questionnaires

Questionnaires pour l'évaluation fonctionnelle en traumatologie

María Teófila Vicente-Herrero¹ <https://orcid.org/0000-0002-0796-9194>

Santiago Delgado-Bueno²

María Victoria Ramírez-Iñiguez de la Torre³ <https://orcid.org/0000-0002-7772-5689>

¹Grupo Correos. Servicio de Medicina del Trabajo. Valencia, España.

²Medicina Legal Abascal. Madrid. España.

³Grupo Correos. Servicio de Medicina del Trabajo. Albacete, España.

* Autor para la correspondencia: mtvh@ono.com

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades musculoesqueléticas son dolencias de alta prevalencia, impacto y repercusión. La historia clínica y las pruebas complementarias son las primeras pautas para diagnosticarlas. Se recomienda el uso de cuestionarios para la valoración de las limitaciones e impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Valorar el uso y eficacia de los cuestionarios en traumatología.

Métodos: Se revisaron las bases de datos Medline, Pubmed. Se obtuvieron 32 publicaciones, fundamentalmente, en inglés, aunque también en español y otros idiomas, realizadas entre 2001-2018, que recogen la experiencia de los investigadores con el uso de los cuestionarios. Los términos de búsqueda empleados fueron: *Musculoskeletal Disorders, Musculoskeletal pain; and Foot and Ankle, hip and knee, Upper Extremity, low back pain; and disability, quality of life questionnaires and assessment tool.*

Resultados: Se han revisado 46 cuestionarios: 4 de calidad de vida, 16 de miembro superior (1 general y 15 por localización de la lesión), 19 de miembro inferior (4 generales y 15 por localización de la lesión) y 7 para raquis.

Conclusiones: No hay acuerdo en los autores sobre cuál es el mejor cuestionario para la valoración de impacto y repercusión, y se combinan varios de ellos. La elección del

cuestionario y el que sea genérico (de calidad de vida) o específico (de miembro superior, inferior o raquis), está en consonancia con el objetivo buscado en la investigación, la experiencia del investigador, su uso clínico y tiempo necesario para cumplimentarlo.

Palabras clave: enfermedades musculares; enfermedades esqueléticas; salud laboral; medicina del trabajo; escalas de valoración; encuestas y cuestionarios.

ABSTRACT

Introduction: Musculoskeletal diseases are ailments of high prevalence, impact and impact. The medical record and the complementary tests are the first guidelines to diagnose them. The use of questionnaires is recommended to assess the limitations and impact on the quality of life of patients.

Objective: To assess the use and effectiveness of traumatology questionnaires.

Methods: Medline, Pubmed databases were reviewed. We recovered 32 publications mainly in English, but also in Spanish and other languages, made from 2001 to 2018. These publications collect the experience of researchers with the use of questionnaires. The search terms used were Musculoskeletal Disorders, Musculoskeletal pain; and Foot and Ankle, hip and knee, Upper Extremity, low back pain; and disability, quality of life questionnaires and assessment tool.

Results: Forty six questionnaires were reviewed. Four on quality of life, 16 on the upper limbs (one general and 15 by location of the lesion), 19 on the lower limbs (four general and 15 by location of the lesion) and 7 on spine.

Conclusions: There is no consensus among the authors on which is the best questionnaire for assessing of the impact and repercussion. Several of them are combined. The choice of the questionnaire and the one that is generic (on quality of life) or specific (on upper, lower limbs or spinal) is in line with the objective sought in this research, the researcher's experience, clinical use and the time needed to fill it out.

Keywords: muscle diseases; skeletal diseases; occupational health; work medicine; rating scales; surveys and questionnaires.

RÉSUMÉ

Introduction: Les troubles musculo-squelettiques sont des affections dont la prévalence, l'impact et le retentissement sont élevés. Le dossier médical et les examens complémentaires sont les premières orientations pour les diagnostiquer. L'emploi des questionnaires pour évaluer les limitations et l'impact sur la qualité de vie des patients est recommandé.

Objectif: Évaluer l'emploi et l'efficacité des questionnaires en traumatologie.

Méthodes: On a consulté les bases de données Medline et PubMed. On a obtenu 32 publications notamment en anglais, mais aussi en espagnol et d'autres langues, parues entre 2001-2018, recueillant toute l'expérience des chercheurs dans l'usage des questionnaires. Les termes de recherche utilisés ont été: *Musculoskeletal Disorders, Musculoskeletal pain ; and Foot and Ankle, hip and knee, Upper Extremity, low back pain ; and disability, quality of life questionnaires and assessment tool.*

Résultats: Sur 46 questionnaires, on a révisé 4 concernant la qualité de vie, 16 concernant les membres supérieurs (1 de sujet général et 15 de localisation de la lésion), 19 concernant les membres inférieurs (4 de sujet général et 15 de localisation de la lésion), et 7 concernant le rachis.

Conclusions: Les auteurs ne sont pas arrivés à un consensus sur le meilleur questionnaire pour évaluer l'impact et le retentissement; on a fait une combinaison de plusieurs d'entre eux. La sélection d'un questionnaire et le fait qu'il soit générique (qualité de vie) ou spécifique (membre supérieur, inférieur ou rachis) ont été en concordance avec l'objectif de la recherche, l'expérience du chercheur, l'usage clinique et le temps nécessaire pour le compléter.

Mots clés: maladies musculaires; maladies squelettiques; santé au travail; médecine du travail; échelles d'évaluation; enquêtes et questionnaires.

Recibido: 23/02/2019

Aprobado: 08/04/2019

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades que afectan al aparato locomotor por su prevalencia y repercusión son prioritarias en la salud pública, ya que se asocian a elevada morbilidad, mortalidad y

disminución de la calidad de vida y suponen una carga económica y social cada vez mayor en el contexto de un envejecimiento creciente de la población y un aumento de la esperanza de vida.⁽¹⁾

La valoración de impacto y la medida de resultados en traumatología se asienta cada vez más en aspectos basados en los pacientes y, aunque los resultados informados por los pacientes mediante cuestionarios son considerados subjetivos y se discute su validez frente a los objetivos, basados en mediciones clínicas, se ha comprobado que la información obtenida con estos cuestionarios es más válida que los resultados basados solo en datos clínicos objetivos.⁽²⁾

En salud laboral, las enfermedades traumatológicas son las que más prevalecen. El estudio de enfermedades profesionales (EP) en España indica que, en el periodo 1990-2014, únicamente aumentaron los casos de EP, debido a los padecimientos que afectan el aparato locomotor: tenosinovitis de mano-muñeca, epicondilitis, túnel carpiano y bursitis de rodilla.⁽³⁾

El informe del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en su base de datos de patologías no traumáticas de la Seguridad Social (PANOTRASS),⁽⁴⁾ que forma parte del fichero declarado de estas enfermedades en la Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio, recoge aquellas no incluidas en la lista de EP, contraídas por el trabajador en la realización de su trabajo y siempre que se pruebe que tienen por causa exclusiva la ejecución de su labor, o que defectos padecidos con anterioridad por el trabajador se agraven como consecuencia del trabajo.⁽⁵⁾ En 2018 se declararon 5843 enfermedades no traumáticas, de las que 5045 fueron causadas por el trabajo y 798 fueron padecimientos agravados por el trabajo.

También, la Ley General de Seguridad Social (Artículo 156), referida al accidente de trabajo (AT), recoge en su apartado 2e) que serán consideradas como AT: “Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente (EP), que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”; y en el apartado 2f) “Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.”⁽⁶⁾

El cuadro 1 muestra las enfermedades no traumáticas que fueron notificadas en 2018, relativas al aparato locomotor.⁽⁷⁾

Cuadro 1 - Enfermedades del aparato locomotor-PANOTRASS 2018

Tipificación	Especificación de enfermedades	No. de procesos	Total
Causadas por el trabajo	Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	1252	3222
	Osteopatías y condropatías	3	
	Otras enfermedades del aparato locomotor	1967	
Agravadas por el trabajo	Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	445	594
	Osteopatías y condropatías	8	
	Otras enfermedades del aparato locomotor	141	

Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual 2018; 2019 [citado: 30/07/2019].

Disponible en: <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/f4eefc17-0559-4f2d-bb03-2271f2f463ca/INFORME+ANUAL+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

Las enfermedades del aparato locomotor continúan siendo las más prevalentes en salud laboral y precisan de la intervención del “médico del trabajo” dentro de su labor asistencial o de sus competencias preventivas en las funciones asignadas de vigilancia de la salud, especialmente en el caso de que las limitaciones que supongan estas enfermedades generen repercusión laboral e impliquen adaptaciones o restricciones en las tareas del trabajador para evitar riesgos personales o para terceras personas. En España, el sistema preventivo dispone de mecanismos de actuación específicos, entre los cuales destaca el recogido en el artículo 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, sobre trabajadores especialmente sensibles, aplicable, en este caso, a personas que presenten trastornos musculoesqueléticos que los hagan más vulnerables a los riesgos derivados de su trabajo.⁽⁸⁾

Por su alta prevalencia y repercusión en el ámbito laboral, las enfermedades con mayor incidencia son: cervicalgias y lumbalgias, enfermedades del hombro, epicondilitis, síndrome de túnel carpiano, condropatías, lesiones de rodilla y enfermedades del pie con dificultad de apoyo o incompatibilidad con el uso de calzado de seguridad.

El objetivo empleado en esta revisión fue valorar el uso y eficacia de los cuestionarios en traumatología.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de algunos de los cuestionarios y herramientas más utilizados para la valoración en raquis, miembro superior y miembro inferior. Se revisaron las bases de datos Medline, Pubmed y se obtuvieron 32 publicaciones del periodo 2001-2018. Se les dio prioridad a los trabajos recogidos en los últimos 5 años, que recopilan la experiencia de los autores en el uso de cuestionarios en traumatología. Los términos de búsqueda

empleados fueron: *Musculoskeletal Disorders, Musculoskeletal pain; and Foot and Ankle, hip and knee, Upper Extremity, low back pain; and disability, quality of life questionnaires and assessment tool.*

RESULTADOS

Los resultados de la búsqueda en cuanto a cuáles son los cuestionarios multidimensionales más utilizados y sus características diferenciadoras se muestran en el cuadro 2, donde destacan las valoraciones de repercusión en calidad de vida, especialmente el SF36 y su versión reducida SF12, Nottingham Health Profile, EuroQol y las escalas EVA para valoración analógica del dolor.⁽²⁾

Cuadro 2 - Cuestionarios genéricos para la valoración traumatológica

Tipo de cuestionario	Denominación	Características
Cuestionarios generales-calidad de vida	Cuestionario de salud SF-36	Calidad de vida y salud
	Cuestionario de salud SF-12	Igual que el anterior, pero en su versión más reducida
	Nottingham Health Profile	Dolor, movilidad, reacción emocional, energía, aislamiento social y sueño
	Cuestionario EuroQol	Movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor y depresión, y una segunda parte formada por una escala visual analógica sobre la percepción de salud global del paciente

Fuente: Castellet Feliu E, Vidal N, Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. Trauma Fund MAPFRE. 2010;21(Supl 1):34-43.

Los cuadros 3, 4 y 5 muestran los principales cuestionarios utilizados en traumatología en relación con la localización de la afectación.⁽²⁾

Cuadro 3 - Cuestionarios específicos para la valoración traumatológica de miembro superior

Cuestionario por localización	Denominación	Características
MS-general	DASH	Valoración global de la extremidad superior.
Hombro	Constant-Murle Score	Incluye una valoración subjetiva del paciente, del dolor que presenta y de la capacidad para realizar actividades cotidianas, y una valoración objetiva de movilidad y fuerza mediante la exploración física.
	WOOS	Para artrosis gleno-humeral.
	WORC	Para patología del manguito de los rotadores.
	WOSI	Para inestabilidades de hombro.
	OOS	Para inestabilidades de hombro.
	Otros	- SPADI (Shoulder Pain and Disability Index) - RC-QCL (Rotator Cuff Quality of life)

		- ASES (American Shoulder Elbow Súrgenos) - SPS (Shoulder Pain Store) - UCLA Shoulder Store (University of California)
Codo	PREE	Medición del dolor y la discapacidad
	ASES-E	Tres apartados: la escala del dolor, la escala de función y la escala de satisfacción
Muñeca y mano	PRWE	Para evaluar la evolución de pacientes con fractura de radio distal
	Brigham and Women's Score	Para síndrome del túnel carpiano (STC)
	Gartland and Werley Score	Flexión de muñeca, puntuando el balance articular a nivel de la muñeca y variables no objetivas, como la disfunción del nervio mediano, la clínica de distrofia refleja y la rigidez de los dedos.

Fuente: Castellet Feliu E, Vidal N, Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. Trauma Fund MAPFRE. 2010;21(Supl 1):34-43.

Cuadro 4 - Cuestionarios específicos para valoración traumatólica de miembro inferior

Cuestionario por localización	Denominación	Características
MI-general	WOMAC	Permiten evaluar las prótesis de rodilla y cadera en pacientes con artrosis, diferentes aspectos como el dolor, la rigidez y la capacidad física para realizar actividades cotidianas. No permite discriminar cuál es la articulación responsable de los resultados cuando están afectadas tanto la cadera como la rodilla
	HAQ	Patología reumática
	Escala de Lequesne	Artrosis de cadera y rodilla
	Hip and Knee Outcomes Questionnaire	Impacto en la calidad de vida de cualquier problema relacionado con el aparato locomotor
Cadera	Harris Hip Score	Artroplastia de cadera
	Oxford Hip Score	Existe una versión para cadera y otra para rodilla, utilizado tanto para artroplastias de cadera primarias como para revisiones
	HOOS	Coxartrosis con artroplastia
Rodilla	Oxford Knee Score	Artroplastias y artrosis de rodilla
	KOOS	Lesiones deportivas como extensión del WOMAC
	KSS	Incluye dolor, estabilidad y rango de movimiento
	IKDC	Evalúa síntomas, función y actividad deportiva aplicable a una variedad de condiciones de la rodilla.
	LKS	Reconstrucción de ligamento cruzado anterior
	Cincinatti Score	Para lesiones del ligamento cruzado anterior.
	Cuestionario de actividad Tegner	Valoración numérica de la actividad del paciente. Valora la actividad con un deporte específico.
Tobillo pie	FAAM	Valora dolor, <i>esguince</i> , fractura, fascitis plantar y rotura del tendón de Aquiles.
	AOFAS	En artroplastia de tobillo
	VISA	Para lesiones del tendón de Aquiles
	KOFOED ankle score	En artroplastia de tobillo
	ROFPAQ	Se utiliza para la valoración del dolor crónico del pie.

Fuente: Castellet Feliu E, Vidal N, Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. Trauma Fund MAPFRE. 2010;21(Supl 1):34-43.

Cuadro 5 - Cuestionarios específicos para valoración traumatológica de raquis

Denominación	Características
Escala ASIA	Valora lesionados medulares
Cuestionario de Roland-Morris	Valora las actividades cotidianas y la limitación que produce el dolor
Índice de discapacidad de Oswestry	Valora la relación función/dolor
SRS	Valora el dolor, satisfacción, actividad y función. Variación: SRS-22
Otros	- Low Back Outcome Score para el dolor lumbar. - Northwick y Neck Pain and Disability Score para el raquis cervical. - CAVIDRA para estudio de la escoliosis.

Fuente: Castellet Feliu E, Vidal N, Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. Trauma Fund MAPFRE. 2010;21(Supl 1):34-43.

Propuesta de historia clínica

Teniendo en cuenta que la valoración del paciente depende, en primer orden, de la recogida de datos y de la anamnesis, se propone en el anexo un modelo de historia clínica que facilite la recopilación de información necesaria para una valoración de utilidad clínico-asistencial y para la toma de decisiones socio-laborales.

Anexo- Modelo de Historia Clínica en Traumatología*

1. Datos personales	
Nombre y apellidos	Profesión actual y ocupaciones previas
Identificación (DNI, pasaporte)	Situación laboral (en activo, de baja laboral, desempleado, otras)
Edad y sexo	Práctica deportiva. Especificar cuál es:
Nivel de estudios	Situación familiar (vive solo, con familia u otras personas)
2. Datos clínicos y terapéuticos	
2.1 Antecedentes personales y familiares	
2.2 Motivo de la consulta	
Dolor:	
Localización: local, referido, irradiado	
Inicio: brusco, agudo, crónico	
Intensidad: leve, moderado, marcado	
Frecuencia del dolor: intermitente, esporádica, frecuente, constante	
Tipo dolor: mecánico, inflamatorio, neuropático, otro tipo de dolor	
Deformidad: congénita, aparecida durante el desarrollo, relacionadas con la lesión	
Tumefacción	
Pérdida de movilidad-limitación funcional: columna, miembro superior, miembro inferior	
Otras causas (especificar)	
2.3 Exploración	
Inspección general: constitución física, tipo de marcha, simetría de las extremidades, posturas, limitaciones, uso de aditamentos (muletas, bastones, silla de ruedas, etc.), acortamiento de miembros (si los hay especificar cm)	
Inspección de la zona afectada: equimosis, cicatrices, heridas, alteraciones de vascularización, deformidades óseas o articulares, alteración de los ejes o atrofas, actitudes antiálgicas o viciosas	
Palpación: Presencia de derrame, edema o inflamación, temperatura cutánea o superficial, zonas dolorosas o alteraciones de la sensibilidad, continuidad de las estructuras musculares o tendinosas, control de pulsos periféricos y exploración de reflejos con percusión.	
Movilización (para la zona o zonas afectadas)	

Activa: Arco de movilidad Amplitud del movimiento Comparativa contralateral Fuerza de contracción Rigidez articular Grados-escala
Pasiva: En circunstancias como: dolor intenso, parálisis musculares o incompetencia tendinosa. Tener un arco de movilidad completa pasiva, descarta bloqueo articular mecánico
Anómala: Aumento de movilidad por laxitud capsulo-ligamentosa Por fractura aguda Por consolidación defectuosa
Maniobras exploratorias específicas de patología o zona afectada
Alteraciones sensitivas o motoras
Afectación de reflejos
Afectación de la marcha y apoyos si los requiere
2.4 Tratamientos-terapias aplicadas:
Tratamientos actuales: especificar tratamientos y tiempo de tratamiento
Respuesta obtenida y efectos adversos
2.5 Comorbilidades asociadas: patologías que modifiquen el curso o el pronóstico de la enfermedad traumatólica objeto de valoración
2.6 Exploración con pruebas complementarias
Radiología, teniendo en cuenta: No solicitar radiología sin haber realizado previamente una exploración clínica completa Utilizar radiología de buena calidad y con técnica correcta Solicitar al menos dos proyecciones: AP y lateral Examinar partes blandas Comparar el miembro afectado con el contralateral sano Controlar lesiones evolutivas
Otras: RM, TC, EMG, Ecografía
Analíticas: Las necesarias por la clínica del paciente o las específicas en función de la enfermedad a valorar o por enfermedades subyacentes
3. Detallar los datos laborales necesarios (se recomienda disponer de <i>check-list</i> laboral)
4. Rellenar el cuestionario de calidad de vida específico de la enfermedad a valorar
Firma y fecha:

*La recogida sistematizada de datos en la anamnesis permite: disponer de información que confirme el diagnóstico de la enfermedad y de la información necesaria para su posterior valoración relacionada con el objetivo buscado.

Comentario sobre los resultados

La valoración de las limitaciones asociadas a una enfermedad supone un reto para el profesional, fundamentalmente si va a implicar una calificación posterior. Se trata de conseguir la máxima objetividad utilizando para ello los datos de la historia clínica, los resultados de las pruebas complementarias utilizadas y el apoyo en valoración de calidad de vida e impacto de la enfermedad mediante el uso de escalas y cuestionarios adaptados a cada una de ellas.

Para enfermedades musculoesqueléticas existen, como se ha visto previamente, diversas herramientas/cuestionarios disponibles, avalados con estudios recogidos en la literatura científica. Entre los de valoración genérica, el cuestionario (SF-36) y el cuestionario de cinco ítems EuroQol (EQ-5D) son dos de los más utilizados para cuantificar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con trastornos musculoesqueléticos. Sin

embargo, dado que las herramientas genéricas no siempre pueden detectar los efectos sutiles de una condición concreta y su repercusión en la calidad de vida, se recomienda el uso de herramientas específicas que mejoren las opciones para tipificar clínicamente los trastornos y evaluar los cambios existentes a lo largo del tiempo. Los cuestionarios específicos deberán ayudar en este enfoque de validación, tanto en intervenciones preventivas como terapéuticas.⁽⁹⁾

Para la valoración del dolor existe una gran variedad de escalas y cuestionarios, las analógicas EVA son las de uso más habitual. Todas se consideran válidas, aunque ninguna lo es de forma concluyente, por lo que el investigador debe decidir qué escalas utilizar en cada caso en función de su experiencia y del objetivo buscado.⁽¹⁰⁾

Revisando los cuestionarios por localización de la lesión o enfermedad, se observa que, de entre los cuestionarios específicos de valoración en raquis, el de discapacidad de Roland Morris es uno de los más utilizados⁽¹¹⁾ y es el que se usa habitualmente como referente para la validación de los que van surgiendo, especialmente en enfermedades tan prevalentes como el dolor lumbar.⁽¹²⁾ En patologías raquídeas es de especial utilidad la escala ASIA para los casos de lesiones medulares;⁽¹³⁾ esta escala es muy usada en neurocirugía para valorar la respuesta terapéutica aplicada y para ensayos clínicos.⁽¹⁴⁾

Para el estudio de los miembros superiores se utiliza el Cuestionario de discapacidades del brazo, hombro y mano (DASH),⁽¹⁵⁾ habitualmente complementado con otro u otros más específicos. El DASH es un cuestionario de fácil uso para una valoración global. También se puede emplear cuando no se dispone de tiempo para realizar una valoración más concreta. Es utilizado, fundamentalmente, en las enfermedades del hombro (afectación del manguito de los rotadores)⁽¹⁶⁾ y del codo (epicondilitis).⁽¹⁷⁾ Sin embargo, cuando se busca una mayor precisión o el estudio de aspectos concretos, se recurre a cuestionarios dirigidos a localizaciones determinadas, como es el caso del cuestionario de Constant-Murley shoulder en afectación del manguito de los rotadores en hombro⁽¹⁸⁾ o el cuestionario ASES-E en la valoración de epicondilitis crónica.⁽¹⁹⁾

En medicina laboral, dada su alta prevalencia, interesa especialmente la valoración del síndrome del túnel carpiano. Sobre este padecimiento hay estudios en los que se combinan varios cuestionarios, como la Escala numérica del dolor (NPRS) y el Cuestionario de Boston (BQ), junto con pruebas físicas como el test de Phalen, Tinel y la prueba de compresión manual del carpo.⁽²⁰⁾

En el análisis del miembro inferior el cuestionario de uso habitual es el WOMAC para rodilla⁽²¹⁾ y cadera,⁽²²⁾ si bien existe una versión validada al español del cuestionario que está dirigido específicamente para cadera y para rodilla (*Hip and Knee questionnaire*),⁽²³⁾ y están disponibles para el médico experto cuestionarios específicos de cada una de estas articulaciones por separado, concretamente The Oxford hip and knee scores (OHS and OKS).⁽²⁴⁾ Estos cuestionarios se encuentran entre los más utilizados, con versiones validadas a diferentes idiomas como ejemplo al danés,⁽²⁵⁾ al turco,⁽²⁶⁾ al iraní⁽²⁷⁾ y también al español.⁽²⁸⁾

En el caso concreto de la valoración de limitaciones en pie y tobillo, existe una validación al español de los cuestionarios FAAM-Sp ADL y FAAM-SP Sport de 15 ítems, que se pueden utilizar como una medida de resultado autoinformada en la práctica clínica y para investigación en pacientes residentes en España.⁽²⁹⁾ Algunos autores recomiendan el cuestionario de evaluación del dolor del pie ROWan (ROFPAQ), puesto que tiene una legibilidad mejor que la estándar, un tiempo de finalización corto y un método de puntuación simple. Esta escala permite a los médicos determinar qué dimensión(es) del dolor en el pie son más relevantes para el paciente.

CONCLUSIONES

Los cuestionarios disponibles para el médico en valoración de enfermedades musculoesqueléticas, es muy amplia. El profesional de cualquier especialidad, y de forma concreta el médico del trabajo, debe acudir a aquellos que se ajusten más a sus objetivos en función de su disponibilidad de tiempo, utilizando tanto los genéricos para valoraciones más sencillas, o específicos por localización de la lesión o para una enfermedad concreta. En ocasiones, es conveniente combinar varios y apoyarse entre las diferentes especialidades (medicina del trabajo-traumatología) para conseguir mayor precisión en la valoración.

Los cuestionarios constituyen una herramienta de apoyo, siempre adicional a la historia clínica y pruebas complementarias, de utilidad en medicina del trabajo para valoraciones de aptitud laboral o estimación del riesgo y, en cualquier otra especialidad para valoración evolutiva clínico asistencial o pericial como consecuencia del ejercicio diario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beudart C, Biver E, Bruyère O, Cooper C, Al-Daghri N, Reginster JY, et al. Quality of life assessment in musculo-skeletal health. *Aging Clin Exp Res*. 2018 May;30(5):413-8.
2. Castellet Feliu E, Vidal N, Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. *Trauma Fund MAPFRE*. 2010;21(Supl 1):34-43.
3. García Gómez M, Castañeda López R, Herrador Ortiz Z, López Menduiña P, Montoya Martínez LM, Álvarez Maeztu E, et al. Estudio epidemiológico de las enfermedades profesionales en España (1990 - 2014). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [citado: 06/11/2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/EEPPEspana.pdf>
4. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual 2017; 2018 [citado: 06/11/2019]. Disponible en: <https://www.aespla.com/attachments/article/496/9-10%20ceprosspanotrats2017.pdf>
5. España. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral. *Boletín Oficial del Estado*, 136 (4 de junio de 2010).
6. España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 261 (31 de octubre de 2015).
7. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual 2018; 2019 [citado: 30/07/2019]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/f4eefc17-0559-4f2d-bb03-2271f2f463ca/INFORME+ANUAL+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
8. España. Jefatura del Estado. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269 (10 de noviembre de 1995).
9. Longworth L, Yang Y, Young T, Mulhern B, Hernández Alava M, Mukuria C, et al. Use of generic and condition-specific measures of health-related quality of life in NICE decision-making: a systematic review, statistical modelling and survey. *Health Technol Assess*. 2014 Feb;18(9):1-224.

10. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018 [citado: 30/07/2019];25(4):228-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lng=es
11. Stokes J, Evans CJ, Pompilus F, Shields AL, Summers KH. Development of a questionnaire to assess the impact of chronic low back pain for use in regulated clinical trials. *Patient*. 2013;6(4):291-305.
12. Bushnell DM, Blum SI, Liedgens H, Martin ML, Freynhagen R, Wallace M, et al. Mixed-Methods Development of a New Patient-Reported Outcome Instrument for Chronic Low Back Pain: Part 2 - The Patient Assessment for Low Back Pain - Impacts (PAL-I). *Pain*. 2018 Jun;159(6):1045-55.
13. Roberts TT, Leonard GR, Cepela DJ. Classifications in Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. *Clin Orthop Relat Res*. 2017 May;475(5):1499-504.
14. Hansebout RR, Hansebout CR. Local cooling for traumatic spinal cord injury: outcomes in 20 patients and review of the literature. *J Neurosurg Spine*. 2014 May;20(5):550-61.
15. Mason R, Buckley T, Southgate R, Nicandri G, Miller R, Voloshin I. Radiographic Study of Humeral Stem in Shoulder Arthroplasty after Lesser Tuberosity Osteotomy or Subscapularis Tenotomy. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2018 May;47(5).
16. Tashjian RZ, Henn RF, Kang L, Green A. The effect of comorbidity on self-assessed function in patients with a chronic rotator cuff tear. *J Bone Joint Surg Am*. 2004 Feb;86-A(2):355-62.
17. Moon DK, Park YJ, Song SY, Kim MJ, Park JS, Nam DC, et al. Common Upper Extremity Disorders and Function Affect Upper Extremity-Related Quality of Life: A Community-Based Sample from Rural Areas. *Yonsei Med J*. 2018 Jul;59(5):669-76.
18. Pepke W, Brunner M, Abel R, Almansour H, Gerner HJ, Hug A, et al. Risk factors for the development of rotator cuff tears in individuals with paraplegia: A cross-sectional study. *Orthopade*. 2018 Jul;47(7):561-6.
19. Matache BA, Berdusco R, Momoli F, Lapner PL, Pollock JW. A randomized, double-blind sham-controlled trial on the efficacy of arthroscopic tennis elbow release for the management of chronic lateral epicondylitis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:239.

20. Izadi S, Kardeh B, Hooshiar SSH, Neydavoodi M, Borhani-Haghighi A. Correlation of clinical grading, physical tests and nerve conduction study in carpal tunnel syndrome. *Scand J Pain*. 2018 Jul 26;18(3):345-50.
21. Papathanasiou G, Stasi S, Oikonomou L, Roussou I, Papageorgiou E, Chronopoulos E, et al. Clinimetric properties of WOMAC Index in Greek knee osteoarthritis patients: comparisons with both self-reported and physical performance measures. *Rheumatol Int*. 2015 Jan;35(1):115-23.
22. Zampelis V, Ornstein E, Franzén H, Atroshi I. A simple visual analog scale for pain is as responsive as the WOMAC, the SF-36, and the EQ-5D in measuring outcomes of revision hip arthroplasty. *Acta Orthop*. 2014 Apr;85(2):128-32.
23. Castellet E, Ares O, Celaya F, Valentí-Azcárate A, Salvador A, Torres A, et al. SEROD group. Transcultural adaptation and validation of the “Hip and Knee” questionnaire into Spanish. *Health Qual Life Outcomes*. 2014 May 17;12:76.
24. Matharu GS, McBryde CW, Robb CA, Pynsent PB. An analysis of Oxford hip and knee scores following primary hip and knee replacement performed at a specialist center. *Bone Joint J*. 2014 Jul;96-B(7):928-35.
25. Paulsen A, Odgaard A, Overgaard S. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Danish version of the Oxford hip score: Assessed against generic and disease-specific questionnaires. *Bone Joint Res*. 2012 Sep 1;1(9):225-33.
26. Tuğay BU, Tuğay N, Güney H, Hazar Z, Yüksel İ, Atilla B. Cross-cultural adaptation and validation of the Turkish version of Oxford hip score. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2015 Jun;135(6):879-89.
27. Nourbakhsh M, Zarezadeh A, Shemshaki H, Etemadifar MR, Moezi M, Mazoochian F. Translation and cultural adaptation of the oxford hip score for Iranian population. *Int J Prev Med*. 2013 Feb;4(2):141-5.
28. Martín-Fernández J, Gray-Laymón P, Molina-Siguero A, Martínez-Martín J, García-Maroto R, García-Sánchez I, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Oxford Hip Score in patients with hip osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 May 22;18(1):205.
29. Cervera Garvi P, Ortega Avila AB, Morales Asencio JM, Cervera -Marin JA, Martin RR, Gijon-Nogueron G. Cross-cultural adaptation and validation of Spanish version of The Foot and Ankle Ability Measures (FAAM-Sp). *J Foot Ankle Res*. 2017 Aug 22;10:39.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

María Teófila Vicente Herrero. Búsqueda bibliográfica, análisis de resultados y redacción del artículo.

María Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre. Análisis de los resultados y redacción del artículo.

Santiago Delgado Bueno. Análisis de los resultados y redacción del artículo.