

# CUESTIONARIO KOOS

## Instrucciones

Esta encuesta recoge su opinión sobre su rodilla intervenida o lesionada. La información que nos proporcione, servirá para saber como se encuentra y la capacidad para realizar diferentes actividades.

Responda a cada pregunta marcando la casilla apropiada y solo una casilla por pregunta. En caso de duda. Señale siempre la respuesta que mejor refleja su situación.

## Síntomas

Responda a estas preguntas considerando los síntomas que ha notado en la rodilla durante la última semana.

S1. ¿Se le hincha la rodilla?

**A Nunca**

**B Rara vez**

**C A veces**

**D Frecuentemente**

**E Siempre**

S2. ¿Siente crujidos, chasquidos u otro tipo de ruidos cuando mueve la rodilla?

**A Nunca**

**B Rara vez**

**C A veces**

**D Frecuentemente**

**E Siempre**

S3. Al moverse, ¿siente que la rodilla falla o se bloquea?

**A Nunca**

**B Rara vez**

**C A veces**

**D Frecuentemente**

**E Siempre**

S4. ¿Puede estirar completamente la rodilla?

- A Siempre**
- B Frecuentemente**
- C A veces**
- D Rara vez**
- E Nunca**

S5. ¿Puede doblar completamente la rodilla?

- A Siempre**
- B Frecuentemente**
- C A veces**
- D Rara vez**
- E Nunca**

### **Rigidez articular**

La rigidez o entumecimiento es una sensación de limitación o lentitud en el movimiento de la rodilla. Las siguientes preguntas indagan el grado de rigidez que ha experimentado, en la rodilla, durante la última semana.

S6. ¿Cuál es el grado de rigidez de su rodilla al levantarse por la mañana?

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

S7. ¿Cuál es el grado de rigidez de la rodilla después de estar sentado, recostado o descansando?

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

## Dolor

P1. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor en su rodilla?

- A Nunca**
- B Mensual**
- C Semanal**
- D Diario**
- E Continuo**

¿Cuánto dolor ha tenido en la rodilla en la última semana al realizar las siguientes actividades?

P2. Girar o pivotar sobre su rodilla

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

P3. Estirar completamente la rodilla

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

P4. Doblar completamente la rodilla

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

P5. Al caminar, sobre una superficie plana

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

P6. Al subir o bajar escaleras

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

P7. Por la noche, en la cama

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

P8. Al estar sentado o recostado

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

P9. Al estar de pie

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

### Actividades cotidianas

Las siguientes preguntas indagan sobre sus actividades físicas, es decir, su capacidad para moverse y valerse por sí mismo.

Para cada una de las actividades mencionadas a continuación, indique el grado de dificultad experimentado en la última semana a causa de su rodilla.

A1. Al bajar escaleras

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A2. Al subir escaleras

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A3. Al levantarse de una silla o sillón

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A4. Al estar de pie

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A5. Al agacharse o recoger algo del suelo

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A6. Al caminar, sobre una superficie plana

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A7. Al subir o bajar del coche

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A8. Al ir de compras

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A9. Al ponerse los calcetines o las medias

**A No tengo**

**B Leve**

**C Moderado**

**D Intenso**

**E Muy intenso**

A10. Al levantarse de la cama

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

A11. Al quitarse los calcetines o las medias

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

A12. Estando acostado, al dar la vuelta en la cama o cuando mantiene la rodilla en una posición fija

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

A13. Al entrar o salir de la bañera

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

A14. Al estar sentado

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

A15. Al sentarse o levantarse del inodoro

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

A16. Realizando trabajos pesados de la casa (mover objetos pesados, lavar el suelo, etc)

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

A17. Realizando trabajos ligeros de la casa (cocinar, barrer, etc)

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

### **Función, actividades deportivas y recreacionales**

Las siguientes preguntas indagan sobre su función al realizar actividades que requieran un mayor nivel de esfuerzo. Las preguntas deben responderse pensando en el grado de dificultad experimentado con su rodilla, en la última semana.

SP1. Ponerse en cuclillas

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

SP2. Correr

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

SP3. Saltar

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

SP4. Girar o pivotar sobre la rodilla afectada

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

SP5. Arrodillarse

- A No tengo**
- B Leve**
- C Moderado**
- D Intenso**
- E Muy intenso**

Calidad de vida

Q1. ¿Con qué frecuencia es consciente del problema de su rodilla?

- A Nunca**
- B Mensualmente**
- C Semanalmente**
- D Diario**
- E Siempre**

Q2. ¿Ha modificado su estilo de vida para evitar actividades que puedan lesionar su rodilla?

- A No**
- B Levemente**
- C Moderadamente**
- D Drásticamente**
- E Totalmente**

Q3. ¿En qué medida está preocupado por la falta de seguridad en su rodilla?

- A Nunca**
- B Levemente**
- C Moderadamente**
- D Mucho**
- E Excesivamente**

Q4. En general, ¿cuántas dificultades le crea su rodilla?

**A Ninguna**

**B Algunas**

**C Pocas**

**D Muchas**

**E Todas**

**Muchas gracias por contestar a todas las preguntas de este cuestionario**

**El resultado es de 0 a 100 ponderado para cada ITEM**