

Additional file 1. Spanish-adapted version of the Oxford Knee Score - Spanish (Spain).

© Oxford University Innovation Limited, 1998. All rights reserved.

1. Durante las últimas 4 semanas...¿Cómo describiría el dolor que tiene normalmente debido a su rodilla?

Ninguno	Muy leve	Leve	Moderado	Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las últimas 4 semanas...¿Ha tenido algún problema para lavarse y secarse (todo el cuerpo) debido a su rodilla?

Ningún problema	Muy pocos problemas	Problemas moderados	Dificultad extrema	Imposible hacerlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante las últimas 4 semanas...¿Ha tenido algún problema para subir y bajar de un coche o para usar el transporte público debido a su rodilla? (sea cual sea el que suele utilizar)

Ningún problema	Muy pocos problemas	Problemas moderados	Dificultad extrema	Imposible hacerlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante las últimas 4 semanas...¿Durante cuánto tiempo ha podido andar antes de que el dolor debido a su rodilla se volviera grave (con o sin bastón)?

Sin dolor/Más de 30 minutos	16 a 30 minutos	5 a 15 minutos	Solo por casa	Nada/dolor grave al caminar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante las últimas 4 semanas...Tras una comida (sentado/a a una mesa), ¿en qué medida le ha resultado doloroso levantarse de la silla debido a su rodilla?

Nada doloroso	Ligeramente doloroso	Moderadamente doloroso	Muy doloroso	Insoportable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Durante las últimas 4 semanas...¿Ha estado cojeando al andar debido a su rodilla?

Rara vez/nunca	A veces, o solo al principio	Con frecuencia, no solo al principio	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Durante las últimas 4 semanas...¿Podía arrodillarse y levantarse de nuevo después?

Sí, fácilmente	Con poca dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	No, imposible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante las últimas 4 semanas...¿Le ha molestado el dolor debido a la rodilla en la cama por la noche?

Ninguna noche	Solo 1 o 2 noches	Algunas noches	La mayoría de noches	Todas las noches
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Durante las últimas 4 semanas...¿En qué medida ha interferido su dolor debido a la rodilla con su trabajo habitual (incluidas las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Durante las últimas 4 semanas...¿Ha sentido que su rodilla podría no responderle o no soportar su peso repentinamente?

Rara vez/ nunca	A veces, o solo al principio	Con frecuencia, no solo al principio	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Durante las últimas 4 semanas...¿Podía hacer la compra para su casa usted solo/a?

Sí, fácilmente	Con poca dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	No, imposible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las últimas 4 semanas...¿Podía bajar un tramo de escaleras?

Sí, fácilmente	Con poca dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	No, imposible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

All licences to use the Oxford Knee Score in Spanish should be requested from Oxford University Innovation Ltd using the following link

<https://innovation.ox.ac.uk/clinical-outcomes/patient-reported-outcome-measures/>"