

Translation and Cross-Cultural Validation of the Spanish Version for the Patellofemoral Pain and Osteoarthritis Subscale of the KOOS score (KOOS-PF)

Juan Pablo Martinez-Cano, Daniel Vernaza, Julián Chica, Andres Castro

Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

jpmartinezc@gmail.com

Abstract

Background: It is important to have tools that help the clinician evaluate the outcomes of treatments in prevalent pathologies such as patellofemoral pain and osteoarthritis. The knee injury and osteoarthritis outcome score for patellofemoral pain and osteoarthritis (KOOS-PF) was originally published in English and has shown good internal consistency and reliability. The aim of the study was to translate and validate the Spanish version of the KOOS-PF subscale

Methods: the KOOS-PF subscale was translated to Spanish following the literature guidelines from Beaton and was applied to 60 patients with patellofemoral pain and/or osteoarthritis. Internal consistency was evaluated with Cronbach's alpha, reliability was tested with intraclass correlation coefficient (ICC). We also calculated the correlation with global rating of change score (GROC), the minimal detectable change and minimal important change for the translated subscale.

Results: Cronbach's alpha (0.93) and test-retest reliability with ICC (0.82) were excellent. The results in the translated score and in GROC showed strong correlation in the responsiveness to treatment or natural course of disease (r 0.64). There were no floor or ceiling effects. The minimal detectable change was 11.11 and the minimal important change was 17.17.

Conclusions: the Spanish version of the KOOS-PF subscale is a consistent and reliable tool for evaluating patients with patellofemoral pain and osteoarthritis and can be used in Spanish speaking patients for clinical and research use.

KOOS Subescala Patelofemoral (KOOS-PF)

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Esta encuesta hace preguntas sobre la opinión que tiene de su rodilla. Esta información nos ayudará a seguir al tanto de cómo se siente acerca de su rodilla y qué tan bien puede hacer las actividades cotidianas con ella.

Por favor responda cada pregunta marcando la casilla correspondiente. Solamente maque una casilla por cada pregunta.

Si no está seguro/a de cómo responder alguna pregunta, por favor marque la opción que mejor describa cómo se siente.

Rigidez

La siguiente pregunta tiene que ver con qué tanta rigidez articular ha experimentado durante la **última semana** en su rodilla. Rigidez es la sensación de restricción o lentitud en la capacidad para mover la articulación de la rodilla.

PF1. ¿Qué tan severa es la rigidez de su rodilla después de hacer ejercicio?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Poca | Moderada | Severa | Extrema |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dolor

Las siguientes preguntas tienen que ver con el dolor de la rodilla en la **última semana**.

PF2. ¿Qué tan frecuente es que sienta dolor en la rodilla al parar la actividad?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PF3. ¿Qué tan frecuente es que el dolor limite su actividad?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Cuánto dolor ha tenido en la **última semana** en la rodilla durante las siguientes actividades?

- Por favor marque la mejor respuesta que pueda, incluso si está inseguro/a con algún ítem
- Si no ha podido realizar actividad debido a recomendación médica o dolor, por favor marque “EXTREMO”

PF4. Al pararse después de estar sentado/a (incluye al salir del automóvil)

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Un poco | Moderado | Severo | Extremo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PF5. Al arrodillarse

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Un poco | Moderado | Severo | Extremo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PF6. Al hacer sentadillas

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Un poco | Moderado | Severo | Extremo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PF7. Al hacer actividades domésticas pesadas (incluyendo cargar y levantar)

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Un poco | Moderado | Severo | Extremo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PF8. Al saltar o brincar

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Un poco | Moderado | Severo | Extremo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PF9. Al trotar o correr

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Un poco | Moderado | Severo | Extremo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PF10. Después del deporte y actividades recreativas

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No hay | Un poco | Moderado | Severo | Extremo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Calidad de Vida

La siguiente pregunta tiene que ver con su calidad de vida en la **última semana**

PF11. ¿Ha modificado su deporte o actividad recreativa debido al dolor de su rodilla?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Para nada | Un poco | Moderadamente | Severamente | Totalmente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |