

CUESTIONARIO PARA LA ESCOLIOSIS DE APARICIÓN PRECOZ

Early Onset Scoliosis 24-Item Questionnaire



Morgan Stanley
Children's Hospital of NewYork-Presbyterian
Columbia University Medical Center



Columbia Orthopaedics
Pediatric Orthopaedic Surgery

Cuestionario para la Escoliosis de Aparición Precoz

SALUD GENERAL

1. **Durante las últimas 4 semanas** ¿cómo diría que ha sido la salud de su hij@ en general?:

Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
------	---------	-------	-----------	-----------

2. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia ha estado su hij@ enferm@?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

DOLOR/MOLESTIAS

3. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia ha tenido su hij@ dolor o molestias?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

4. **Durante las últimas 4 semanas** ¿cómo de intenso ha sido el dolor o las molestias que ha tenido su hij@?

Muy intenso	Intenso	Moderado	Leve	Sin dolor
-------------	---------	----------	------	-----------

FUNCIÓN PULMONAR

5. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con que facilidad se ha quedado su hij@ sin aliento al llorar/balbucear/hablar (con respecto a su edad)?

Fácilmente se ha quedado sin aliento	Con cierta facilidad	Ni con facilidad ni sin ella	Con algo de dificultad	Difícilmente se ha quedado sin aliento
--------------------------------------	----------------------	------------------------------	------------------------	--

6. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia se ha quedado su hij@ sin aliento al realizar alguna actividad?

Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
---------	-------------------------	---------------	-----------------	-------

TRANSFERENCIAS

7. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia el estado de salud de su hij@ ha limitado su acceso a lugares públicos?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

FUNCIÓN FÍSICA

8. **Durante las últimas 4 semanas** ¿qué grado de dificultad ha tenido su hij@ para mover la parte superior de su cuerpo?

Con dificultad	Con cierta dificultad	Ni con dificultad ni sin ella	Con cierta facilidad	Con facilidad
----------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------	---------------

9. **Durante las últimas 4 semanas** ¿qué grado de dificultad ha tenido su hij@ para mantenerse sentado por sí mism@?

Con dificultad	Con cierta dificultad	Ni con dificultad ni sin ella	Con cierta facilidad	Con facilidad
----------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------	---------------

10. **Durante las últimas 4 semanas** ¿qué grado de dificultad ha tenido su hij@ para mantener el equilibrio mientras gatea, camina o corre?

Con dificultad	Con cierta dificultad	Ni con dificultad ni sin ella	Con cierta facilidad	Con facilidad
----------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------	---------------

VIDA DIARIA

11. **Durante las últimas 4 semanas** ¿qué grado de dificultad ha tenido su hij@ para vestirse por sí sol@ o ayudar a vestirse? (Ej: ayudar a vestirse o desvestirse, meter los brazos en la camisa o piernas en los pantalones, ayudar con hebillas, cremalleras, corchetes, botones, velcro)

Con dificultad	Con cierta dificultad	Ni con dificultad ni sin ella	Con cierta facilidad	Con facilidad
----------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------	---------------

12. **Durante las últimas 4 semanas** mi hij@ necesita más tiempo que un niño sano para comer la misma cantidad de comida.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo en parte	Ni lo uno ni lo otro	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---------------------	----------------------	----------------------------	--------------------------

CANSANCIO/NIVEL DE ENERGÍA

13. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia ha tenido su hij@ cansancio?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

14. **Durante las últimas 4 semanas** ¿qué grado de dificultad ha tenido su hij@ para mantener su nivel de energía durante todo el día?

Con dificultad	Con cierta dificultad	Ni con dificultad ni sin ella	Con cierta facilidad	Con facilidad
----------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------	---------------

ESTADO EMOCIONAL

15. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia su hij@ se ha sentido ansios@ o nervios@ debido a su estado de salud?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

16. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia se ha sentido su hij@ frustrado debido a su estado de salud?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

CARGA PARENTAL

17. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia se ha sentido usted ansios@ o nervios@ con respecto al estado de salud de su hij@?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

18. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia ha interferido en su vida familiar la salud de su hij@?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

19. **Durante las últimas 4 semanas** ¿En qué medida afecta el estado de salud de su hijo a su propio nivel de energía?

Muchísimo	Mucho	Algo	Un poco	Nada
-----------	-------	------	---------	------

20. **Durante las últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia ha dejado usted de asistir o ha llegado tarde al trabajo o a algún evento social debido al estado de salud de su hij@?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	-----------------	-------

21. **Durante las últimas 4 semanas** ¿pasa usted tiempo suficiente con su familia/compañer@/pareja a pesar del estado de salud de su hij@?

Nada de tiempo	Poco de tiempo	Algo de tiempo	Mucho tiempo	Todo el tiempo
----------------	----------------	----------------	--------------	----------------

CARGA ECONÓMICA

22. **Durante las últimas 4 semanas** ¿qué sobrecarga económica ha supuesto el diagnóstico de escoliosis de aparición precoz de su hij@?

Extrema Bastante Moderada Escasa Ninguna

SATISFACCIÓN NIÑ@

23. **Durante las últimas 4 semanas** ¿cómo de satisfecho está su hij@ con su habilidad para hacer las cosas?

Muy insatisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho

SATISFACCIÓN PADRE

24. **Durante las últimas 4 semanas** ¿cómo de satisfecho está usted con la habilidad de su hij@ para hacer las cosas?

Muy insatisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho
