

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL PROLAPSO

Nombre y Apellidos:

Edad (años):

Fecha de hoy:/...../.....

**EL PROLAPSO ES UN BULTO QUE DESCIENDE POR LA VAGINA
ORIGINANDO MOLESTIA**

**POR FAVOR, CUMPLIMENTE ESTE CUESTIONARIO, AUNQUE CREA QUE
NO TIENE UN PROLAPSO**

**1.-¿Cómo describiría su salud actualmente?, por favor marque una única
respuesta.**

- | | |
|-----------|-----------------------|
| Muy buena | <input type="radio"/> |
| Buena | <input type="radio"/> |
| Regular | <input type="radio"/> |
| Mala | <input type="radio"/> |
| Muy mala | <input type="radio"/> |

**2.-¿Cuánto cree que le afecta el prolapso a su vida?, por favor marque una única
respuesta.**

- | | |
|---------------|-----------------------|
| Nada | <input type="radio"/> |
| Un poco | <input type="radio"/> |
| Moderadamente | <input type="radio"/> |
| Mucho | <input type="radio"/> |

3.1.- Por favor, señale si tiene alguno de los siguientes síntomas, y si el síntoma está presente, marque cuánto le afecta.

		El síntoma <u>SÍ</u> está presente, le afecta.... ↓			
	NO tengo	Nada	Poco	Modera- damente	Mucho
Ir al baño a orinar con mucha frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgencia: un deseo urgente de ir a orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia de urgencia: pérdidas de orina asociadas con un fuerte deseo de orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia de esfuerzo: pérdidas de orina por ejemplo al toser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de una protuberancia/ bulto en su vagina o saliendo de ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de pesadez en la vagina o en la parte baja del abdomen durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El bulto en la vagina interfiere cuando defeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Molestia en la vagina que empeora cuando está de pie y mejora cuando se tumba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chorro de orina escaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesidad de esforzarse para orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Goteo de orina tras orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2.- Por favor, señale si tiene alguno de los siguientes síntomas, y si el síntoma está presente marque cuánto le afecta.

		Si, me afecta... ↓ Nada Poco Modera- damente Mucho														
	NO tengo															
Sensación de no vaciar totalmente el intestino tras defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
Estreñimiento: dificultad defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
Necesidad de esforzarse para defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
El bulto en la vagina afecta a sus relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
La molestia vaginal empeora el dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
Se ayuda usted con los dedos para defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
¿Con qué frecuencia defeca? <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Más de una vez al día</td> <td>Una vez al día</td> <td>Una vez cada 2 días</td> <td>Una vez cada 3 días</td> <td>Una vez a la semana o más</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>							Más de una vez al día	Una vez al día	Una vez cada 2 días	Una vez cada 3 días	Una vez a la semana o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más de una vez al día	Una vez al día	Una vez cada 2 días	Una vez cada 3 días	Una vez a la semana o más												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>												

A continuación, se enumeran diversas actividades de la vida diaria que pueden verse afectadas por su problema de prolapso, por favor, indique cuanto le afecta.

Nos gustaría que contestase a todas las preguntas.

4.-LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
4.A ¿Cuánto le limita el prolapso en las tareas del hogar (p.e. limpiar, comprar, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.B ¿El prolapso afecta a su trabajo o a alguna de las actividades diarias que realiza fuera de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.-LIMITACIONES FÍSICAS/SOCIALES	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
5.A ¿El prolapso afecta a sus actividades físicas (p.e. andar, correr, gimnasia, deporte, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.B ¿El prolapso afecta a su capacidad de viajar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.C ¿El prolapso limita su vida social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.D ¿El prolapso limita su capacidad para ver/visitar amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No tiene	6.-RELACIONES PERSONALES	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
<input type="checkbox"/>	6.A ¿El prolapso afecta a su relación de pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	6.B ¿El prolapso afecta a su vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	6.C ¿El prolapso afecta a su vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.-EMOCIONES	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
7.A ¿El prolapso la deprime?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.B ¿El prolapso le hace sentirse ansiosa o nerviosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.C ¿El prolapso le hace sentirse mal consigo misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.-SUEÑO/VITALIDAD	Nada	Poco	Modera- damente	Mucho
8.A ¿El prolapso afecta a su sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.B ¿Se siente agotada/cansada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1 ¿Con qué frecuencia utiliza los siguientes dispositivos o ayudas para mejorar sus síntomas de prolapso?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces
9.1.A ¿Usa tampones/compresas/salva slips/ fajas para mejorar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.1.B ¿Se empuja el prolapso hacia arriba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.2 ¿Con qué frecuencia tiene los siguientes síntomas debidos al prolapso?

	Nunca	Poco	Modera- damente	Mucho
9.2.A ¿Tiene dolor o malestar debido al prolapso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2.B ¿El prolapso le impide estar de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!