

PUNTUACIÓN DEL P-QoL

Las preguntas sobre síntomas urinarios, intestinales y sexuales no puntúan (P3.1 y P3.2). Estas preguntas valoran síntomas que pueden estar o no relacionados con el prolapso.

La puntuación mínima de cada dominio es 0, y la máxima es 100.

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO DE PUNTUACIÓN	CÁLCULO PUNTUACIÓN
1. PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL	P1	1-5	$(P1-1) / 4 \times 100$
2. IMPACTO DE PROLAPSO	P2	1-4	$(P2-1) / 3 \times 100$
3. LIMITACIONES ROL	P4.A-P4.B	1-4	$((P4.A + P4B) - 2) / 6 \times 100$
4. LIMITACIONES FÍSICAS	P5.A-P5.B	1-4	$((P5.A + P5B) - 2) / 6 \times 100$
5. LIMITACIONES SOCIALES	P5.C-P5.D	1-4	$((P5.C + P5D + P6.C) - 3) / 9 \times 100$
	P6.C	0-4	Si P6.C = 0, entonces: $((P5.C + P5D) - 2) / 6 \times 100$
6. RELACIONES PERSONALES	P6.A-P6.B	0-4	$((P6.A + P6.B) - 2) / 6 \times 100$ Si P6.A + P6.B = 1, entonces: $((P6.A + P6.B) - 1) / 3 \times 100$ Si P6.A + P6.B = 0, entonces: valor perdido (no aplicable)
7. EMOCIONES	P7.A-P7.B-P7.C	1-4	$((P7.A + P7B + P7.C) - 3) / 9 \times 100$
8. SUEÑO/ENERGÍA	P8.A-P8.B	1-4	$((P8.A + P8B) - 2) / 6 \times 100$
9. MEDIDAS DE SEVERIDAD	P9.1.A-P9.1.B-P9.2.A-P9.2.B	1-4	$((P9.1.A + P9.1.B + P9.2.A + P9.2.B) - 4) / 12 \times 100$

PREGUNTAS

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

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

PUNTUACIÓN = RESPUESTA

1 = Muy buena
2 = Buena
3 = Regular
4 = Mala
5 = Muy mala

1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho

- | | |
|--|-------------------|
| 4.A. ¿Cuánto le limita el prolapso en las tareas del hogar (p.e. limpiar, comprar, etc.)? | 1 = Nada |
| 4.B. ¿El prolapso afecta a su trabajo o a alguna de las actividades diarias que realiza fuera de casa? | 2 = Un poco |
| | 3 = Moderadamente |
| | 4 = Mucho |
| 5.A. ¿El prolapso afecta a sus actividades físicas (p.e. andar, correr, gimnasia, deporte, etc.)? | 1 = Nada |
| 5.B. ¿El prolapso afecta a su capacidad de viajar? | 2 = Un poco |
| 5.C. ¿El prolapso limita su vida social? | 3 = Moderadamente |
| 5.D. ¿El prolapso limita su capacidad para ver/visitar amigos? | 4 = Mucho |
| 6.A. ¿El prolapso afecta a su relación de pareja? | 0 = No tiene |
| 6.B. ¿El prolapso afecta a su vida sexual? | 1 = Nada |
| 6.C. ¿El prolapso afecta a su vida familiar? | 2 = Un poco |
| | 3 = Moderadamente |
| | 4 = Mucho |
| 7.A. ¿El prolapso la deprime? | 1 = Nada |
| 7.B. ¿El prolapso le hace sentirse ansiosa o nerviosa? | 2 = Un poco |
| 7.C. ¿El prolapso le hace sentirse mal consigo misma? | 3 = Moderadamente |
| | 4 = Mucho |
| 8.A. ¿El prolapso afecta a su sueño? | 1 = Nada |
| 8.B. ¿Se siente agotada/cansada? | 2 = Un poco |
| | 3 = Moderadamente |
| | 4 = Mucho |
| 9.1.A. ¿Usa tampones/compresas/salva slips/ fajas para mejorar? | 1 = Nada |
| 9.1.B. ¿Se empuja el prolapso hacia arriba? | 2 = Un poco |
| | 3 = Moderadamente |
| | 4 = Mucho |
| 9.2.A. ¿Tiene dolor o malestar debido al prolapso? | 1 = Nada |
| 9.2.B. ¿El prolapso le impide estar de pie? | 2 = Un poco |
| | 3 = Moderadamente |
| | 4 = Mucho |