

## EVALUACION POSOPERATORIA

¿Qué debería saber su médico en lo que respecta a su experiencia con la cirugía de hernia para brindarle una buena atención?

Responda a cada punto marcando un casillero por fila.

Muy

En los últimos 7 días :

Sin dolor    Leve    Moderado    Intenso    intenso

¿Qué intensidad tuvo su peor dolor?

1     2     3     4     5

¿Qué intensidad tuvo su dolor en general?

1     2     3     4     5

¿Qué nivel de dolor tiene ahora?

1     2     3     4     5

En lo que respecta a la operación de hernia:

- ¿Considera que la hernia reapareció?     Sí     No
- ¿Siente o ve un bulto?     Sí     No
- ¿Siente dolor o algún síntoma en la zona?     Sí     No

¿Se sometió a otra cirugía desde

la operación de la hernia?     Sí     No

En caso afirmativo, explique el motivo de la cirugía abdominal:

Debido a la hernia     Por otro motivo

Totalmente en desacuerdo  
 Parcialmente en desacuerdo  
 Levemente en desacuerdo  
 Levemente de acuerdo  
 Parcialmente de acuerdo  
 Totalmente de acuerdo

En las siguientes afirmaciones, marque con un círculo el número más adecuado para usted.

1. La <b>pared abdominal</b> afecta enormemente mi salud.	1	2	3	4	5	6
2. La <b>pared abdominal</b> me ocasiona dolor físico.	1	2	3	4	5	6
3. La <b>pared abdominal</b> representa un obstáculo cuando realizo actividades enérgicas, p. ej. levantar peso.	1	2	3	4	5	6
4. La <b>pared abdominal</b> representa un obstáculo cuando realizo actividades moderadas, p. ej. jugar a los bolos, agacharme.	1	2	3	4	5	6
5. La <b>pared abdominal</b> representa un obstáculo cuando camino o subo escaleras.	1	2	3	4	5	6
6. La <b>pared abdominal</b> representa un obstáculo cuando me visto, me ducho y cocino.	1	2	3	4	5	6
7. La <b>pared abdominal</b> obstaculiza mi actividad sexual.	1	2	3	4	5	6
8. Me quedo en casa con frecuencia debido a la <b>pared abdominal</b> .	1	2	3	4	5	6
9. Realizo menos tareas en el hogar debido a la <b>pared abdominal</b> .	1	2	3	4	5	6
10. Realizo menos tareas en el trabajo debido a la <b>pared abdominal</b> .	1	2	3	4	5	6
11. La <b>pared abdominal</b> afecta cómo me siento a diario.	1	2	3	4	5	6
12. Con frecuencia estoy deprimido debido a la <b>pared abdominal</b> .	1	2	3	4	5	6

Responda las 9 preguntas siguientes de las 3 áreas principales:

1. Dolor en la zona de la hernia tratada
2. Limitaciones de actividades debido al dolor o la molestia
3. Molestia estética

Marque el número que corresponda con su estado actual.

Respectivamente, califique con 0 (sin dolor, sin limitaciones y esteticamente agradable) para las mejores condiciones y con 10 para el peor estado (el peor dolor, limitacion total y esteticamente desagradable). Si no realiza algun de estas actividades sobre las que se pregunta, marque con una X en la ultima columna.

1. Dolor en la zona de la hernia tratada												
	0 = sin dolor					10 = peor dolor imaginable						
<b>Dolor en reposo</b> (acostado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Dolor durante actividades</b> (caminar, andar en bicicleta, practicar deportes)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Dolor que sintió la última semana</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Limitaciones de actividades debido a dolor o molestia en la zona de la hernia tratada												
	0 = sin limitaciones					10 = limitación total						
<b>Limitación en las actividades cotidianas</b> (dentro del hogar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
<b>Limitación fuera del hogar</b> (caminar, andar en bicicleta, conducir)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
<b>Limitación al practicar deportes</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
<b>Limitación durante tareas intensas</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
<b>X = Si no realiza esta actividad</b>												
3. Molestia estética												
	0 = muy agradable					10 = extremadamente desagradable						
<b>Forma del abdomen</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Zona de la hernia y cicatriz</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	