

1. ¿Cuántos comprimidos de analgésicos opiáceos con receta ha tomado en los últimos 30 días?

0 1 a 2 3 a 4 5 a 10 11 a 15 16 a 30 31 o más

2. Por favor responda a cada pregunta marcando una casilla por fila.

En los últimos 7 días...

¿Cuál fue la intensidad de su peor dolor?	No tuvo dolor 1	Leve 2	Moderado 3	Intenso 4	Muy intenso 5
¿Cuál fue la intensidad de su dolor promedio?	No tuvo dolor 1	Leve 2	Moderado 3	Intenso 4	Muy intenso 5
¿Cuál es su nivel de dolor en este momento?	No tuvo dolor 1	Leve 2	Moderado 3	Intenso 4	Muy intenso 5

3. Respecto a su operación de hernia... [SALTE ESTA SECCIÓN SI NO LO HAN OPERADO DE UNA HERNIA]

¿Siente que su hernia ha reaparecido?

Sí No

¿Siente o ve un bulto?

Sí No

¿Tiene dolor físico o síntomas en el lugar de la hernia?

Sí No

¿Se ha sometido a otras intervenciones quirúrgicas después de la operación de hernia?

Sí No

En cas afirmativo, motive de la cirugía adicional:

Por hernia Por otro motivo

4. Por lo tanto, marque un número correspondiente a su estado actual.

Respectivamente, puntúe con un 0 (sin dolor, sin restricciones y cosméticamente agradable) para las mejores condiciones y con un 10 para el peor estado (peor dolor, completamente restringido y cosméticamente feo). Si no lleva a cabo ninguna de estas actividades, marque la X en la última columna.

Dolor en el lugar de la hernia

Dolor en reposo (acostado)	Sin dolor 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	El peor dolor imaginable 10
Dolor en actividad (caminar, andar en Bicicleta, deporte)	Sin dolor 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	El peor dolor imaginable 10
Dolor sentido durante la última semana	Sin dolor 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	El peor dolor imaginable 10

Restricciones de actividades a causa del dolor o las molestias en la lugar de la hernia												
Restricción de actividades diarias (dentro de su hogar)	Sin restricción 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Restricción completa 10	X
Restricción fuera del hogar (caminar, andar en Bicicleta, conducir)	Sin restricción 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Restricción completa 10	X
Restricción en los deportes	Sin restricción 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Restricción completa 10	X
Restricción en labores pesadas	Sin restricción 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Restricción completa 10	X
Molestias cosméticas												
La forma de su abdomen	Muy agradable 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy feo 10	
El lugar de la hernia	Muy agradable 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy feo 10	

Utilizado con permiso del Registro Europeo de Hernias de la Pared Abdominal (EuraHS)

5. Para los siguientes enunciados, marque con un círculo la opción más apropiada.						
	Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi pared abdominal ha tenido un gran impacto en mi salud	1	2	3	4	5	6
2. Mi pared abdominal me causa dolor	1	2	3	4	5	6
3. Mi pared abdominal interfiere cuando llevo a cabo actividades extenuantes, como levantar objetos pesados	1	2	3	4	5	6
4. Mi pared abdominal interfiere cuando llevo a cabo actividades moderadas, como jugar bolos o agacharme	1	2	3	4	5	6
5. Mi pared abdominal interfiere cuando camino o subo las escaleras	1	2	3	4	5	6
6. Mi pared abdominal interfiere cuando me cambio de ropa, me baño o cocino	1	2	3	4	5	6
7. Mi pared abdominal interfiere con mis actividades sexuales	1	2	3	4	5	6
8. A menudo me quedo en casa por mi pared abdominal	1	2	3	4	5	6
9. Hago menos cosas en casa por mi pared abdominal	1	2	3	4	5	6
10. Hago menos cosas en el trabajo por mi pared abdominal	1	2	3	4	5	6
11. Mi pared abdominal afecta cómo me siento todos los días	1	2	3	4	5	6
12. Seguido me deprimó por mi pared abdominal	1	2	3	4	5	6

6. Escala de arrepentimiento de la decisión

Por favor, piense en la decisión que tomó sobre la intervención quirúrgica abdominal después de hablar con su profesional de salud. Indique cómo se siente respecto a estas afirmaciones rodeando con un círculo un número del 1 (totalmente de acuerdo) al 5 (totalmente en desacuerdo).

<i>Fue la decisión correcta</i>	Totalmente de acuerdo 1	De acuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	En desacuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5
<i>Me arrepiento de la decisión que tomé</i>	Totalmente de acuerdo 1	De acuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	En desacuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5
<i>Elegiría la misma opción si tuviera que hacerlo de nuevo</i>	Totalmente de acuerdo 1	De acuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	En desacuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5
<i>La elección me hizo mucho daño</i>	Totalmente de acuerdo 1	De acuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	En desacuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5
<i>La decisión fue acertada</i>	Totalmente de acuerdo 1	De acuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	En desacuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5

Escala de arrepentimiento de decisiones © AM O'Connor 1996