

## Evaluación combinada de pacientes/Ventral e inguinal

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  
  30 o más

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

En los últimos 7 días...

	No tuve dolor	Leve	Moderado	Intenso	Muy intenso
¿Cuál fue la intensidad de su peor dolor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Cuál fue la intensidad de su dolor promedio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Cuál es su nivel de dolor en este momento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Siente o ve un bulto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolor físico o síntomas en el lugar de la hernia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se ha sometido a otras intervenciones quirúrgicas después de la operación de hernia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, motivo de la cirugía abdominal</i> <input type="checkbox"/> Por hernia <input type="checkbox"/> Por otro motivo

*Muy en desacuerdo*  
*Moderadamente en desacuerdo*  
*Ligeramente en desacuerdo*  
*Ligeramente de acuerdo*  
*Moderadamente de acuerdo*  
*Muy de acuerdo*

4. Para los siguientes enunciados, marque con un círculo la opción más apropiada.

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

**5. 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).

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

*Escala de arrepentimiento de decisiones © AM O'Connor 1996*

**6. Por favor, responda a las 9 preguntas siguientes en los 3 campos principales de:**

- a. Dolor
- b. Restricciones de actividades a causa del dolor o las molestias
- c. Molestias cosméticas

**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.**

1. Dolor en el lugar de la hernia													
	0 = sin dolor						10 = el peor dolor imaginable						
Dolor en reposo (acostado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Dolor en actividad (caminar, andar en bicicleta, deporte)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Dolor sentido durante la última semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2. Restricciones de actividades a causa del dolor o las molestias en el lugar de la hernia													
	0 = sin restricción						10 = restricción completa						
Restricción de actividades diarias (dentro de su hogar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	
Restricción fuera del hogar (caminar, andar en bicicleta, conducir)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	
Restricción en los deportes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	
Restricción en labores pesadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	
<b>X = Usted no lleva a cabo esta actividad</b>													
3. Molestias cosméticas													
	0 = muy agradable						10 = muy feo						
La forma de su abdomen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
El lugar de la hernia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		