



CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL PROLAPSO (P-QoL)

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
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

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

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho



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

	NO tengo	El síntoma <u>SÍ</u> está presente, le afecta...			
		Nada	Poco	Moderadamente	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....				
		↓				
		NO tengo	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
Sensación de no vaciar totalmente el intestino tras defecar		<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"/>
Necesidad de esforzarse para defecar		<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"/>
La molestia vaginal empeora el dolor de espalda		<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"/>
¿Con qué frecuencia defeca?		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	Moderadamente	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	Moderadamente	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!



PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL PROLAPSO (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

PUNTUACIÓN = RESPUESTA

PREGUNTAS

PUNTUACIÓN = RESPUESTA

- | | |
|--|---|
| 1.-¿Cómo describiría su salud actualmente?, por favor marque una única respuesta. | 1 = Muy buena
2 = Buena
3 = Regular
4 = Mala
5 = Muy mala |
| 2.-¿Cuánto cree que le afecta el prolapso a su vida?, por favor marque una única respuesta. | 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
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 4.B. ¿El prolapso afecta a su trabajo o a alguna de las actividades diarias que realiza fuera de casa? | 1 = Nada
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
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 5.B. ¿El prolapso afecta a su capacidad de viajar? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 5.C. ¿El prolapso limita su vida social? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 5.D. ¿El prolapso limita su capacidad para ver/visitar amigos? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 6.A. ¿El prolapso afecta a su relación de pareja? | 0 = No tiene
1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 6.B. ¿El prolapso afecta a su vida sexual? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 6.C. ¿El prolapso afecta a su vida familiar? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 7.A. ¿El prolapso la deprime? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 7.B. ¿El prolapso le hace sentirse ansiosa o nerviosa? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 7.C. ¿El prolapso le hace sentirse mal consigo misma? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 8.A. ¿El prolapso afecta a su sueño? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 8.B. ¿Se siente agotada/cansada? | 1 = Nada
2 = Un poco
3 = Moderadamente
4 = Mucho |
| 9.1.A. ¿Usa tampones/compresas/salva slips/ fajas para mejorar? | 1 = Nada
2 = Un poco |



9.1.B. ¿Se empuja el prolapso hacia arriba?

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