

**CENTRO DE MEDICINA PÉLVICA DE LA MUJER
CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTE**

Patient Identification

Inventario de incomodidad del suelo pélvico – 20

Instrucciones: Le rogamos que responda a todas las preguntas del siguiente cuestionario. Estas preguntas tratan sobre si tiene algún síntoma en el área de los intestinos, la vejiga o la pelvis y, de ser el caso, cuánto le incomodan. Responda a las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes. Al responder a estas preguntas, tenga en cuenta sus síntomas en los últimos tres meses.

Cuestionario de incomodidad sobre prolapso de órganos pélvicos	NO	SÍ	Si respondió SÍ, ¿cuánto le incomoda?			
			1 Nada	2 Un poco	3 Modera- damente	4 Bas- tante
¿Usted _____?						
1. ¿Suele sentir presión en la parte baja del abdomen?						
2. ¿Suele tener una sensación de pesadez o entumecimiento en el área pélvica?						
3. ¿Suele tener un bulto o algo que desciende y que puede ver o sentir en el área de la vagina?						
4. ¿Alguna vez ha tenido que hacer presión en la vagina o alrededor del recto para evacuar o completar la evacuación?						
5. ¿Suele tener la sensación de que la vejiga no se vacía por completo al orinar?						
6. ¿Alguna vez ha tenido que hacer presión con los dedos en un bulto en el área de la vagina para iniciar o completar la orina?						
Cuestionario 8 de incomodidad colorrectal-anal (CRADI-8)						
7. ¿Siente que tiene que esforzarse mucho para poder evacuar?						
8. ¿Siente que no se le vacían por completo los intestinos al terminar de evacuar?						
9. ¿Suele perder control de las heces si las heces están bien formadas?						
10. ¿Suele perder control de las heces si las heces son muy sueltas?						
11. ¿Suele soltar gas del recto sin poder controlarlo?						
12. ¿Suele sentir dolor cuando evacúa?						
13. ¿Siente mucha urgencia de ir al baño y tiene que apresurarse para llegar allí para evacuar?						
14. ¿Alguna vez parte de su intestino atraviesa el recto y se abulta hacia afuera durante o después de una evacuación?						
Cuestionario de incomodidad urinaria 6 (UDI-6):						
15. ¿Suele orinar con frecuencia?						
16. ¿Suele tener goteo de orina asociado con una sensación de urgencia, es decir, fuertes ganas de necesitar ir al baño?						
17. ¿Suele sentir goteo de orina al toser, estornudar o reírse?						
18. ¿Suele tener pequeñas cantidades de orina (es decir, gotas)?						
19. ¿Suele tener dificultad para vaciar la vejiga?						
20. ¿Suele sentir dolor o incomodidad en el área baja del abdomen o región genital?						

**CENTRO DE MEDICINA PÉLVICA DE LA MUJER
CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTE**

Patient Identification

Parte I: Síntomas de estrés urinario (MESA)	0 Nunca	1 Raras veces	2 A veces	3 A menudo
<i>(Diría usted que...)</i>				
1. ¿Toser levemente le provoca goteo de orina?				
2. ¿Toser fuerte le provoca fugas de orina?				
3. ¿Estornudar le provoca fugas de orina?				
4. ¿Levantar cosas le provoca fugas de orina?				
5. ¿Doblarse le provoca fugas de orina?				
6. ¿Reírse le provoca fugas de orina?				
7. ¿Caminar rápido o trotar le provoca fugas de orina?				
8. Cuando está estreñido, ¿hacer fuerza para evacuar le provoca fugas de orina?				
9. ¿Ponerse de pie después de estar sentado le provoca fugas de orina?				

Parte II: Síntomas de urgencia urinaria (MESA)	0 Nunca	1 Raras veces	2 A veces	3 A menudo
<i>(Diría usted que...)</i>				
1. Algunas mujeres reciben muy poca advertencia y de repente se dan cuenta de que están orinándose o a punto de orinarse sin poder controlarlo. ¿Con cuánta frecuencia le sucede esto?				
2. Si no puede encontrar un baño o el baño está ocupado y siente ganas de orinar, ¿con cuánta frecuencia gotea orina o se moja la ropa?				
3. ¿Se orina cuando siente de repente que tiene la vejiga muy llena?				
4. ¿Lavarse las manos le provoca fugas de orina?				
5. ¿El clima frío le provoca fugas de orina?				
6. ¿Tomar bebidas frías le provoca fugas de orina?				

PGI-S	1 Normal	2 Leve	3 Moderado	4 Grave
Marque el número que mejor describa cómo se encuentra su afección del tracto urinario en estos momentos:				

**CENTRO DE MEDICINA PÉLVICA DE LA MUJER
CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTE**

SECCIÓN 1: SÍNTOMAS URINARIOS

¿Con cuánta frecuencia suele orinar durante el día?

Cada ____ horas, ____ no. de veces al día

¿Con cuánta frecuencia orina durante la noche después de acostarse? ____ no. de veces por la noche.

¿SUELE sentir dolor o ardor al orinar? No Sí

¿SUELE sentir dolor cuando tiene la vejiga llena? No Sí

De ser así, ¿se le quita el dolor cuando vacía la vejiga? No Sí

¿Gotea orina? No **(saltar a la sección 2)** Sí

POR LO GENERAL, ¿cuántas veces durante el día tiene goteo de orina? (Marque una.)

Nunca ____ veces por **(marca con un cheque)** día / semana / mes

En el mes anterior, ¿cuántas veces mojó la cama por la noche?

Nunca ____ veces por **(marca con un cheque)** día / semana / mes

¿Usa protección para las fugas de orina? (Marque una.) No **(saltar a la sección 2)** Sí

Utilice la tabla a continuación para indicar cuántos de los protectores de ropa interior a continuación usa durante el día y la noche.

	Papel higiénico	Toalla femenina/minipro- tector de ropa interior	Toalla femenina regular	Toalla femenina gruesa o pañal
DÍA				
NOCHE				

Cuando se cambia la toalla femenina, esta está: Seca Con unas cuantas gotas Húmeda Empapada

SECCIÓN 2: SÍNTOMAS INTESTINALES

¿Cuántas veces evacúa por lo general cada semana? ____

¿Tiene dificultades con la evacuación? ¿Diarrea? No Sí Constipación? No Sí

¿Tiene goteos rectales accidentales? **No (pase a la sección 3)** Sí

En un mes HABITUAL, ¿con cuánta frecuencia tiene goteos rectales? # ____ veces al mes

¿Utiliza toallas femeninas o dispositivos para los goteos rectales? No Sí, # ____ por día

SECCIÓN 3: HISTORIAL DE TRATAMIENTO

¿Ha recibido tratamiento anteriormente para el PROLAPSO PÉLVICO o para problemas URINARIOS o INTESTINALES?

No (saltar a la sección 4: Historial obstétrico y ginecológico)

Sí – utilice la tabla a continuación para indicar los tratamientos que ha probado.

Tratamiento	Probado
Ejercicios para la musculatura pélvica (Kegel o terapia física para el suelo pélvico)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Funcionó?
Medicamentos (Revisa la cajas los que haya probado)	<input type="checkbox"/> Darifenacina (Enablex) <input type="checkbox"/> Oxibutinina (Ditropan or Ditropan XL, Oxytrol patch, Gelnique) <input type="checkbox"/> Tolterodina (Detrol) <input type="checkbox"/> Fesoterodina (Toviaz) <input type="checkbox"/> Solifenacina (Vesicare) <input type="checkbox"/> Trospio (Sanctura) <input type="checkbox"/> Mirabegrón (Myrbetriq) <input type="checkbox"/> Otro, favor de indicarlo: _____
Razón para dejarlos:	<input type="checkbox"/> Efectos secundarios <input type="checkbox"/> No funcionó
Pesario o dispositivo vaginal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Funcionó?

**CENTRO DE MEDICINA PÉLVICA DE LA MUJER
CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTE**

SECCIÓN 3: HISTORIAL DE TRATAMIENTO – (continuado)

Patient Identification

Pesario o dispositivo vaginal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Funcionó?	
Cirugía o procedimiento del suelo pélvico	Fecha	Cirugía

SECCIÓN 4: HISTORIAL OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

No. de embarazos: _____ Partos vaginales: _____ Partos por cesárea: _____ Abortos espontáneos o inducido: _____

Si ha tenido un parto vaginal:

- Indique el peso del bebé más grande que nació por vía vaginal: _____ libras _____ onzas
- Indique si ha tenido alguna de las siguientes:
 - Parto por fórceps Parto con ventosa
 - Rasgadura grave después del parto con implicación del esfínter anal/recto

Revisa la caja en la categoría a continuación que indique cuándo le empezó la menopausia:

<input type="checkbox"/> Aún no le ha llegado la menopausia. 	¿Utiliza alguna forma de anticonceptivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuál(es)? _____ ¿Ha completado su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy segura
<input type="checkbox"/> Estoy pasando por la menopausia actualmente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy segura
<input type="checkbox"/> Pasé por la menopausia a los _____ años de edad 	Después de la menopausia, ¿utilizó terapia de reemplazo hormonal? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Ahora Después de la menopausia, ¿utilizó terapia hormonal vaginal? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Ahora

SECCIÓN 5: FUNCIONAMIENTO SEXUAL

Los problemas del suelo pélvico a menudo interfieren con las relaciones sexuales. Para poder darle el mejor tratamiento, es importante hacerle preguntas acerca de su salud sexual. Si no se siente cómoda respondiendo a estas preguntas antes de su cita, le rogamos que comente estos asuntos con su proveedor médico durante su consulta inicial.

- ¿Se siente satisfecha con su vida sexual? No Sí
- ¿Tiene alguna inquietud de índole sexual que le gustaría tratar? No Sí
- ¿Se ven limitadas sus actividades sexuales por su problema actual del suelo pélvico? No Sí
- ¿Está sexualmente activa en esta etapa de su vida? **No (saltar a la sección 5)** Sí
- ¿Incluye su actividad sexual coito vaginal? No Sí
- Durante el coito, ¿cuándo tiene goteo de orina? Nunca Con la penetración Con el orgasmo
- ¿Cuándo siente dolor durante el coito? Nunca Con la penetración profunda Al entrar

**CENTRO DE MEDICINA PÉLVICA DE LA MUJER
CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTE**

SECCIÓN 6: MEDICAMENTOS

Alergias a Medicamentos:

Sí **NO (Saltar a Medicamentos que está tomando actualmente)**

Patient Identification

Indique sus alergias a medicamentos	Reacción

Medicamentos que está tomando actualmente

Indique los medicamentos que toma ACTUALMENTE, incluidos los suplementos	Dosis	Veces al día	Fecha de inicio aproximada

SECCIÓN 7: HISTORIAL MÉDICO – Marque con una X si ha tenido alguna de las siguientes afecciones médicas:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos (trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar) | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante | <input type="checkbox"/> Radiación pélvica | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Lesión de la espalda | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda o ciática | <input type="checkbox"/> Testigos de Jehová / rechazar productos de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: ¿qué tipo de cáncer?: _____ | | |

Otros problemas médicos: _____

SECCIÓN 8: HISTORIAL QUIRÚRGICO – Indique TODAS las cirugías pasadas

Fecha	Cirugía	Comentarios

Le rogamos que proporcione más detalles aquí si se necesitara: _____

**CENTRO DE MEDICINA PÉLVICA DE LA MUJER
CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTE**

Patient Identification

SECCIÓN 9: HISTORIAL FAMILIAR

- Sin historial médico familiar Historial desconocido/adoptada

	Alta presión arterial	Diabetes	Infarto del miocardio	Accidente cerebrovascular (derrame)	Cáncer	Incontinencia	Prolapso
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le rogamos que proporcione más detalles aquí si se necesitara:

SECCIÓN 10: HISTORIAL SOCIAL

Consumo de tabaco: Nunca Fuma actualmente: Cajetillas / días _____
 Fumaba (lo dejó): Fecha en que lo dejó: _____ ¿Por cuántos años fumó? _____

Tabaco sin humo: Nunca he fumado Fumé Fumaba

Consumo de alcohol: No Sí
 Si respondió que sí, ¿qué toma _____ y cuántas onzas (oz.) toma por semana? _____

SECCIÓN 11: REVISIÓN DE SISTEMAS – Favor de marcar todas las que correspondan

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|
| Constitución: | <input type="checkbox"/> Cansancio inusual | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito |
| Vista: | <input type="checkbox"/> Vista doble | <input type="checkbox"/> Vista borrosa | <input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto |
| Oídos, laringe y faringe: | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos |
| Cardíaco: | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Frecuencia irregular | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| Pulmonar: | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Respiración sibilante |
| Gastrointestinal: | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Diarrea crónica | <input type="checkbox"/> Heces negras |
| Locomotor: | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular |
| Piel: | <input type="checkbox"/> Hematomas | <input type="checkbox"/> Caída de cabello | <input type="checkbox"/> Sarpullido sin causa aparente |
| Neurológico: | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente |
| Psiquiátrico: | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria |
| Endocrino: | <input type="checkbox"/> Bochornos o sofocos | <input type="checkbox"/> Piel reseca | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío o calor |
| Hematopatía: | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problema hemorrágico | <input type="checkbox"/> Glándula linfática agrandada |
| Alergias: | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Reacción alérgica | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis |

**CENTRO DE MEDICINA PÉLVICA DE LA MUJER
DIARIO DE ACTIVIDAD URINARIA**

Patient Identification

ANTES DE SU CONSULTA EN NUESTRO CENTRO:

COMPLETE ESTE DIARIO SOBRE LA VEJIGA SI PROCURA AYUDA PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS URINARIOS:

FRECUENCIA, URGENCIA, GOTEO (incontinencia) o SI SE DESPIERTA EN LA NOCHE PARA ORINAR.

Este diario permite registrar su consumo de líquidos, micciones (orina) e incontinencia (goteo de orina).

INSTRUCCIONES:

1. Elija un periodo de 24 horas para llevar este registro. Necesitará anotar cada vez que orine (cada micción) y la cantidad de líquido que tome durante esas 24 horas.
2. Comience su registro con la PRIMERA micción cuando se despierte (vea el ejemplo a continuación).
3. Utilice un dispositivo de medir plástico de 1 o 2 tazas y anótelos en onzas o mililitros.
4. Después de orinar, puede tirar la orina cuando la haya medido (no tiene que conservarla).
5. Anote los goteos de orina que tenga y si fue un episodio leve (1), moderado (2) o grave (3). Indique si sintió ganas de orinar cuando tuvo el goteo.

Ejemplo:

HORA:	Cantidad que orinó	CANTIDAD DE GOTEOS 1 – poca 2 – moderada 3 – grave	ACTIVIDAD DURANTE EL GOTEO	¿SINTIÓ GANAS DE ORINAR? Sí o No	CONSUMO DE LÍQUIDOS Cantidad y tipo
6:45A	500 mL		Acabando de despertar		
7:00A					6 onzas de jugo de naranja
8:45A		2	Abrir el agua de la pluma	S	16 onzas de café

