



Professionals engaged in pain management for women

# Pelvic Pain Assessment Form

Médico: \_\_\_\_\_

## Historial y Examen Físico

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Numero de expediente: _____
Teléfono: Trabajo: _____	Casa: _____	
Numero teléfono adicional: _____		

### Información Sobre su Dolor

Favor describa su dolor: \_\_\_\_\_

¿Qué cree le está causando su dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué cree su familia le está causando su dolor? \_\_\_\_\_

¿Cree debe culpar a alguien por su dolor?  Sí  No ¿Si es cierto, a quien? \_\_\_\_\_

¿Cree que la cirugía será necesaria?  Sí  No

¿Cree que algún evento le causa el dolor?  Sí  No ¿Si es cierto, cual es? \_\_\_\_\_

¿Hace cuanto tiempo tiene usted este dolor?  <(menos) 6 meses  6 meses – 1 año  1-2 años  > (mas) 2 años

Para cada uno de los síntomas de abajo, favor de rellenar el circulo su nivel de dolor basándose en el mes pasado.

10 = el dolor peor      0 = no dolor

¿Como evaluaría su dolor actualmente?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor en la ovulación (ciclo medio)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor antes de la menstruación o periodo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor (no cólicos) con periodo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor agudo en las relaciones sexuales	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor en la ingle cuando levanta peso	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor pélvico dura horas o días después de tener relaciones sexuales	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor cuando la vejiga está llena	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor en los músculos y las coyunturas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor en los ovarios	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Nivel de dolor de cólicos en los periodos	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor después que el periodo ha terminado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Quemazón vaginal con dolor durante el sexo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor al orinar	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor en la espalda	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor de cabeza	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
¿Cual sería un nivel aceptable de dolor?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

¿Cual es el peor dolor que ha experimentado?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Piedra en los riñones | <input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal | <input type="checkbox"/> Migraña          |
| <input type="checkbox"/> Dolor de parto        | <input type="checkbox"/> Dolor pélvico actual   | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Hueso roto            | <input type="checkbox"/> Cirugía                |   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____            |   |   |

© Octubre 2007, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact



**Menstruo**

¿Qué edad tenía usted cuando comenzó tu menstruación? \_\_\_\_\_  
¿Aun tiene menstruación (periodo)?  Sí  No

**Contesta las siguientes si todavía tiene menstruación:**

Los periodos son:  Ligeros  Moderados  Fuertes  Sangra a través de la protección  
¿Cuántos días entre periodos cada mes? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos días le dura su periodo? \_\_\_\_\_  
¿Día de su último periodo: \_\_\_\_\_  
¿Tiene dolor con su periodo?  Sí  No  
¿Le da dolor el día que le empieza el periodo?  Sí  No  
¿Empieza \_\_\_\_\_ días antes que el periodo empiece?  Sí  No  
¿Sus periodos son regulares?  Sí  No  
¿Pasa usted algunos coágulos durante su periodo?  Sí  No

**Vejiga**

Experimenta usted alguno de los siguientes:

¿Pérdida de orina, cuándo tose, se ríe, o estornuda?  Sí  No  
¿Orinar frecuentemente?  Sí  No  
¿Dificultad al orinar?  Sí  No  
¿Necesidad de orinar sin previo aviso?  Sí  No  
¿Frecuentes infecciones urinarias?  Sí  No  
Frecuencia al orinar de noche:  0-1  2 o mas Volumen:  Pequeño  Mediano  Grande  
Frecuencia al orinar de día:  8 o menos  9-15  >16 Volumen:  Pequeño  Mediano  Grande  
¿Todavía se siente lleno después de orinar?  Sí  No

**Intestino**

¿Siente usted molestia o dolor asociado con el cambio de la consistencia del escreta (suave o dura)?  Sí  No  
Usted diría que ¼ (\_\_\_\_) de las veces en los últimos tres meses usted ha tenido:

- (Marque *todos* los que usted tenga)
- Menos de tres evacuaciones a la *semana* (0-2 evacuaciones)
- Mas de tres evacuaciones al día (4 o mas evacuaciones)
- Eces fecales muy duras.
- Eces fecales muy suaves
- Pujar al evacuar
- Urgencia en ir al baño por tener que evacuar
- Sensación de llenura después de evacuar
- Tener moco en la escreta
- Llenura estomacal, expandido o hinchazón

<sup>1</sup> The Functional Gastrointestinal Disorders, Drossman, et al. Chapter 4, "Functional Bowel Disorders and Functional Abdominal Pain". 1994

**Gastrointestinal / Relacionado a las Comidas**

¿Tiene usted nausea?  No  Con dolor  Con medicamento  
 Con comida  Otro \_\_\_\_\_  
¿Ha usted vomitado?  No  Con dolor  Con medicamento  
 Con comida  Otro \_\_\_\_\_  
¿Ha padecido algún desorden alimenticio como anorexia o bulimia?  Sí  No

*Short-Form McGill*

Las palabras de abajo describen dolor promedio. Haga una marca (✓) en la columna en que representa su tipo de dolor. Limitase al área de dolor en el área pélvico solamente

Tipo	Ninguno (0)	Suave (1)	Moderado (2)	Severo (3)
Latido	_____	_____	_____	_____
Pulsante	_____	_____	_____	_____
Agudo	_____	_____	_____	_____
Calambre	_____	_____	_____	_____
Caliente-quema	_____	_____	_____	_____
Adolorido	_____	_____	_____	_____
Fuerte	_____	_____	_____	_____
Cansado-Extenuante	_____	_____	_____	_____
Enfermizo	_____	_____	_____	_____
Miedo	_____	_____	_____	_____
Cruel	_____	_____	_____	_____

Cuales de estas describe mejor como usted maneja el dolor? Hacer una marca a toda las que usted aplique

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuento números en mi cabeza o canto una canción | <input type="checkbox"/> Me digo a mi misma de ser valiente a pesar de el dolor que siento |
| <input type="checkbox"/> Pienso que es otra sensación como calambre      | <input type="checkbox"/> Me digo a mi misma que no duele                                   |
| <input type="checkbox"/> Le rezo a Dios, que no dure mucho               | <input type="checkbox"/> Me preocupo todo el tiempo cuándo va a terminar                   |
| <input type="checkbox"/> Hago cosas activas, como mandados o proyectos   | <input type="checkbox"/> Yo tomo medicinas para el dolor                                   |
| <input type="checkbox"/> Lo ignoro lo mejor que puedo                    | <input type="checkbox"/> Otro  |

SF-36

En general, usted diría su salud es:  Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Pobre

Comparado a hace un año atrás, como considera está su salud en general?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Mucho mejor que hace un año atrás   | <input type="radio"/> Un poco peor que hace un año atrás |
| <input type="radio"/> Un poco mejor que hace un año atrás | <input type="radio"/> Mucho peor que hace un año atrás   |
| <input type="radio"/> Igual que hace un año atrás         |  |

Las siguientes son situaciones que usted podría hacer durante un día común. *Diga si su salud lo limita en estas actividades y cuánto*

Actividades vigorosas como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes

Actividades moderadas, como mover una mesa, empujar una aspiradora, bolear, jugar al golf

Cargar la compra

Subir escaleras (muchos pisos)

Subir solo un piso

Arrodillarse, doblarse, agacharse

Caminar mas de 1 milla

Caminar muchos bloques

Caminar un bloque

Bañarse y vestirse uno mismo

	Sí muy limitado	Sí, poco limitado	No	No limitado para nada
Actividades vigorosas como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes				
Actividades moderadas, como mover una mesa, empujar una aspiradora, bolear, jugar al golf				
Cargar la compra				
Subir escaleras (muchos pisos)				
Subir solo un piso				
Arrodillarse, doblarse, agacharse				
Caminar mas de 1 milla				
Caminar muchos bloques				
Caminar un bloque				
Bañarse y vestirse uno mismo				

¿Durante las últimas 4 semanas, ha tenido usted problema en su trabajo o en su rutina diaria *debido a su estado de salud*?

¿Ha cortado horas a su trabajo o a ciertas actividades?  Sí  No

¿Logró menos de lo deseado?  Sí  No

¿Limitó el trabajo u otras actividades?  Sí  No

¿Ha tenido dificultad desarrollando su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le tomó mas esfuerzo)?  Sí  No

¿Durante las últimas 4 semanas, ha tenido problema con su trabajo o rutina diaria de actividades *debido a problemas emocionales* como depresión o ansiedad?

¿Ha cortado horas a su trabajo o a ciertas actividades?  Sí  No

¿Logra menos de lo que se propone?  Sí  No

¿No hizo el trabajo u otras actividades debidamente?  Sí  No

¿Durante las últimas 4 semanas, en que medida su estado de salud y su estado emocional ha interferido con las actividades sociales normales de su familia, amigos, vecinos o grupos?

Ninguno  Levemente  Moderado  Bastante  Extremo

¿Cuanto dolor corporal (dolor en todo el cuerpo) ha tenido usted en las últimas 4 semanas?

Ninguno  Muy Ligero  Ligero  Moderado  Bastante fuerte  Severo

Durante las últimas 4 semanas, cuánto ha interferido el dolor en su trabajo (trabajo fuera de la casa y dentro de la casa)?

Ninguno  Levemente  Moderado  Bastante  Extremo

Estas preguntas son para saber como se ha sentido *durante las últimas 4 semanas*. Conteste lo mas cerca a como usted se sienta. Cuantas veces *durante las últimas 4 semanas*:

¿Se ha sentido con mucho animo?

¿Ha estado muy nerviosa?

¿Ha estado muy deprimida?

¿Ha estado muy calmada?

¿Ha tenido mucha energía?

¿Se ha sentido melancólico?

¿Se ha sentido sin energía?

¿Se ha sentido feliz?

¿Se ha sentido cansada?

	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Mayor parte del tiempo	Alguna parte del tiempo	Poca parte del tiempo	Ninguna parte del tiempo
¿Se ha sentido con mucho animo?						
¿Ha estado muy nerviosa?						
¿Ha estado muy deprimida?						
¿Ha estado muy calmada?						
¿Ha tenido mucha energía?						
¿Se ha sentido melancólico?						
¿Se ha sentido sin energía?						
¿Se ha sentido feliz?						
¿Se ha sentido cansada?						

Durante las últimas 4 semanas cuántas veces su estado físico o emocional ha interferido con sus actividades sociales como visitar amigos, familiares, etc.?

Todo el tiempo  Casi todo el tiempo  Parte de el tiempo  Poco tiempo  Nada de tiempo

¿Qué tan cierto o falso son las siguientes?

Yo me enfermo mas rápido que otras personas

Yo soy tan saludable como cualquier otra persona

Yo espero que mi salud empeore

Mi salud es excelente

	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No se	Mayormente falso	Definitivamente falso
Yo me enfermo mas rápido que otras personas					
Yo soy tan saludable como cualquier otra persona					
Yo espero que mi salud empeore					
Mi salud es excelente					

*Historia Personal*

¿Algún comentario adicional que quiere decirnos relacionado a su dolor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qué tipo de tratamiento ha usted usado para éste dolor?

<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Medicina homeopática	<input type="checkbox"/> Terapia física
<input type="checkbox"/> Anestesiología	<input type="checkbox"/> Lupron, Zoladex, Zynarel	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Medicina para convulsiones	<input type="checkbox"/> Masaje	<input type="checkbox"/> Reumatólogo
<input type="checkbox"/> Antidepresivos	<input type="checkbox"/> Meditación	<input type="checkbox"/> Magnetos
<input type="checkbox"/> Biofeedback	<input type="checkbox"/> Narcóticos	<input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/> Medicamentos naturopáticos	<input type="checkbox"/> TENS unit
<input type="checkbox"/> Danazol	<input type="checkbox"/> Bloqueo de nervios	<input type="checkbox"/> Inyecciones en puntos álgicos
<input type="checkbox"/> Depo-Provera	<input type="checkbox"/> Neurocirujano	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Doctor de familia	<input type="checkbox"/> Medicinas no recetados	
<input type="checkbox"/> Suplementos de hierbas	<input type="checkbox"/> Dieta	

¿Cuales doctores o proveedores de salud le han evaluado o le han tratado a usted para dolor pélvico crónico? Incluye todos proveedores de salud si son médicos o no. ¿Usted nos da autorización para poder comunicarnos con éstos proveedores de salud?  Sí  No

Proveedores de salud	Cuidad, Estado

¿Quién es su medico primario? \_\_\_\_\_

Favor de hacer una lista de todos los procedimientos quirúrgicos que haya tenido usted (*relacionado a este dolor*):

Año	Procedimiento	Cirujano

Favor de hacer una lista de todos los otros procedimientos quirúrgicos:

Año	Procedimiento

Año	Procedimiento

Favor de hacer una lista de todos los medicamentos que ha usado usted para dolor en los pasados 6 meses y los nombres de los doctores que se las recetaron (utilice una página separada si necesario):

Medicamento	Médico	¿Ayudó?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> He escrito más medicinas en una página separada		

¿Ha sido hospitalizado alguna vez además de alguna cirugía o dar a luz?  Sí  No Si sí, explica: \_\_\_\_\_

¿Has tenido accidentes como caídas o traumas a la espalda?  Sí  No

¿Ha sido tratado jamás usted para la depresión?  Sí  No Tratamientos:  Medicamento  Hospitalización  Psicoterapia

Método del control de la natalidad:  Nada  Pastillas  Vasectomía  Histerectomía  
 IUD  Ritmo  Diafragma  ligadura de trompas  
 Condón  Otro: \_\_\_\_\_

¿Deseas tratamiento de fertilización?  Sí  No

¿Cuántos embarazos ha tenido usted? \_\_\_\_\_

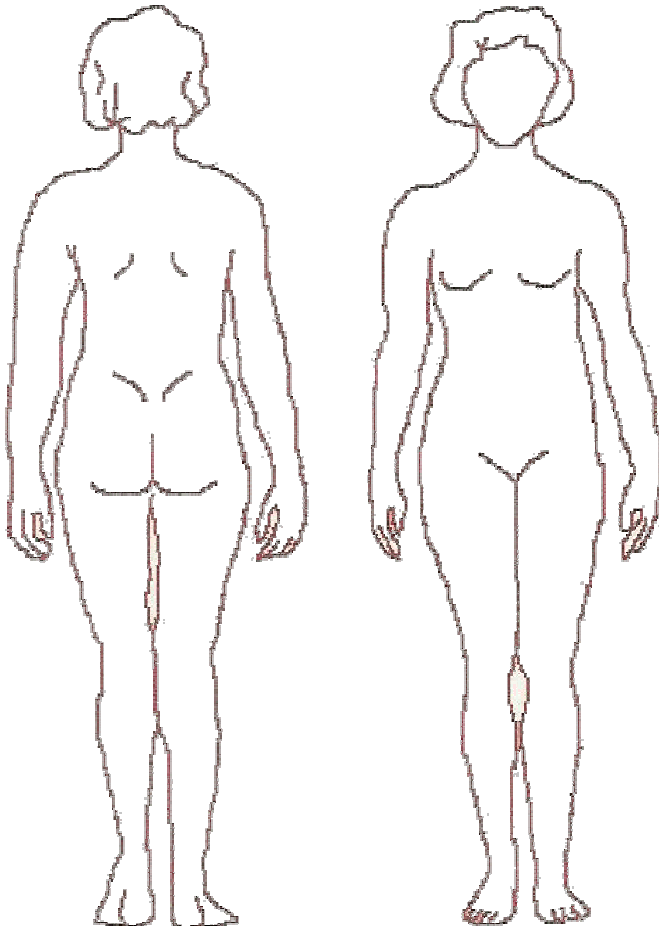
Total de (#): \_\_\_\_\_ Completo 9 meses \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ # de hijos vivos

¿Cualquier complicación durante el embarazo, el trabajo, la entrega, o el período de poste-partum?

- 4º Episiotomía  Cesáreas  Hemorragias después del parto  
 Laceraciones vaginales  Forceps  Medicina para sangrar  
 Otro: \_\_\_\_\_

Cualquiera en su familia tuvo jamás:

- Fibromialgia  Dolor pélvico crónico  Scleroderma  
 Endometriosis  Lupus  Cistitis intersticial  
 Cáncer  Depresión  Síndrome Irritable de Intestinos  
 Infecciones urinarias recurrentes



Marque una "X" en el punto del dolor más intenso.  
Dé sombra en todas las otras áreas dolorosas.

*Historia del abuso sexual y físico*

¿Ha sido usted víctima de abuso emocional? Esto puede incluir humillación o insulto.  Sí  No  No respuesta

	Niña (13 y menor)		Adulto (14 y mas)	
1. Haga un círculo en <u>ambos</u> como niña y como adulto				
a. ¿Alguien te ha expuesto su organo sexual cuando tu no querias?	Sí	No	Sí	No
b. ¿Alguien te ha amenazado en tener sexo a la fuerza?	Sí	No	Sí	No
c. ¿Alguien alguna vez ha tocado tus organos sexuales sin que tu hallas querido?	Sí	No	Sí	No
d. ¿Alguna vez te han forzado a tener sexo sin que tu hallas querido?	Sí	No	Sí	No
e. ¿Alguien le hizo a usted tener sexo cuándo usted no quería?	Sí	No	Sí	No
f. ¿Has tenido otra experiencia de tipo sexual no deseada que no hemos mencionado arriba? Si es afirmativa, favor explica: _____				
2. ¿Cuándo usted era una niña, algún adulto le hizo a usted lo siguiente?				
a. ¿Pateó o golpeó a usted?	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo
b. ¿Amenazó con su vida?	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo
3. Ahora que usted es adulta, alguien le ha:				
a. ¿Pateó o golpeó a usted?	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo
b. ¿Amenazó con su vida?	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo

*Leserman, J., Drossman, D., Li, Z: The Reliability and Validity of a Sexual and Physical Abuse History Questionnaire in Female Patients with Gastrointestinal Disorders, Behavioral Medicine 21:141-148, 1995*