

Médico: _____

Historia inicial y examen físico

Fecha: _____

Este formato pretende apoyar al médico con la evaluación inicial del paciente y no pretende ser una herramienta de diagnóstico

Información del contacto

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. Identificación: _____

Teléfono: Trabajo _____ Casa _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ País: _____

Nombre del médico tratante: _____

Información sobre su dolor

Por favor describa su dolor (use una hoja de papel adicional si es necesario): _____

Qué cree que le causa el dolor? _____

Cree que algún evento le está causando el dolor? Si No , si es afirmativa, cuál es? _____

Desde hace cuánto ha tenido el dolor? _____ años _____ meses

Para cada uno de los síntomas de abajo, favor rellenar el cuadrado según su nivel de dolor basándose en el último mes, usando una escala hasta 10: 0 = no dolor 10=el peor dolor

| Cómo evaluaría su dolor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Dolor con la ovulación (mitad del ciclo) | | | | | | | | | | |
| Dolor antes de la menstruación | | | | | | | | | | |
| Dolor (no cólico) antes de la menstruación | | | | | | | | | | |
| Dolor profundo con las relaciones sexuales | | | | | | | | | | |
| Dolor en la ingle al levantar peso | | | | | | | | | | |
| Dolor que dura horas o días después de las relaciones sexuales | | | | | | | | | | |
| Dolor con la vejiga llena | | | | | | | | | | |
| Dolor en los músculos o en las articulaciones | | | | | | | | | | |
| Dolor tipo cólico con la menstruación | | | | | | | | | | |
| Dolor después de terminar la menstruación | | | | | | | | | | |
| Sensación de quemadura en la vagina después de las relaciones sexuales | | | | | | | | | | |
| Dolor al orinar | | | | | | | | | | |
| Dolor lumbar | | | | | | | | | | |
| Cefalea tipo migraña | | | | | | | | | | |
| Dolor al sentarse | | | | | | | | | | |

Comentarios adicionales del médico tratante

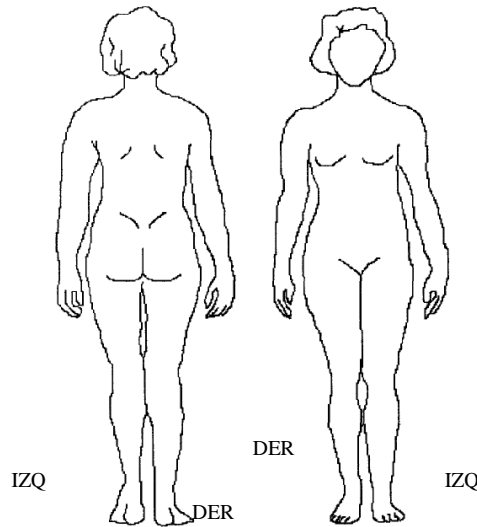
Información acerca de su dolor

Qué tipos de tratamientos o médicos ha intentado antes para su dolor? Por favor marque todos los que aplican

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Médico de familia | <input type="checkbox"/> Nutrición / dieta |
| <input type="checkbox"/> Anestesiología | <input type="checkbox"/> Medicina herbal | <input type="checkbox"/> Terapia física |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes | <input type="checkbox"/> Medicina homeopática | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Antidepresivos | <input type="checkbox"/> Lupron, synarel, Zoladex | <input type="checkbox"/> Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Masaje | <input type="checkbox"/> Reumatología |
| <input type="checkbox"/> Inyección de botox | <input type="checkbox"/> Meditación | <input type="checkbox"/> Imanes |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos | <input type="checkbox"/> Narcóticos | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Danazol | <input type="checkbox"/> Medicina naturista | <input type="checkbox"/> TENS |
| <input type="checkbox"/> Depoprovera | <input type="checkbox"/> Bloqueo de nervios | <input type="checkbox"/> Inyección en puntos gatillo |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Neurocirugía | <input type="checkbox"/> Urología |
| <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Medicina sin fórmula médica | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Mapeo del dolor

Por favor marque una X en el punto de dolor más intenso. Asigne un número de 1 a 10 los sitios más dolorosos (10= el dolor más severo)



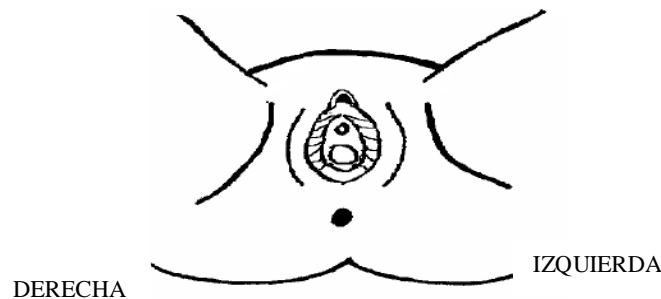
Dolor perineal / vulvar

Dolor por fuera y alrededor de la vagina y ano

Si ha tenido dolor vulvar, señale las áreas dolorosas y escriba un número de 1 a 10 en los sitios de dolor (10=el dolor más severo)

Su dolor mejora al sentarse en una silla cómoda?

Si ___ No ___



Medicamentos

Por favor menciones **los medicamentos que ha tomado para su dolor** en los últimos 6 meses y los médicos que se los han ordenado (use una página adicional si es necesario):

| Medicamento / dosis | Médico | Le ha ayudado? | | |
|---------------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |
| | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Lo toma actualmente |

Por favor mencione **otros medicamentos** que está tomando actualmente, la causa (indicación médica) y quién la prescribe (use una página adicional si es necesario):

| Medicamento / dosis | Médico | Indicación médica |
|---------------------|--------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Historia Obstétrica

Cuántos embarazos ha tenido? ___

Total (número): ___ 9 meses(a término) ___ prematuros ___ aborto/pérdidas ___ hijos vivos

Se presentaron complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto, parto o postparto?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Episiotomía | <input type="checkbox"/> Fórceps (espátulas) | <input type="checkbox"/> Hemorragia postparto |
| <input type="checkbox"/> Laceración vaginal | <input type="checkbox"/> Vacuum | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Medicación para sangrado | |

Historia familiar

Alguien de su familia ha tenido:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Dolor pélvico crónico | <input type="checkbox"/> Cáncer, cuál: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cistitis intersticial | <input type="checkbox"/> Otras condiciones crónicas |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable | _____ |

Historia médica

Por favor menciones todos sus problemas médicos/diagnósticos:

Alergias (incluyendo al látex) _____

Quién es médico tratante? _____

Ha estado hospitalizada por alguna causa diferente a la atención del parto? Si ___ No ___ Si es afirmativa, por favor explique _____

Ha tenido accidentes mayores tales como caídas o lesión lumbar? Si ___ No ___

Ha recibido tratamiento para depresión? Si ___ No ___ Tratamientos: ___ Medicamentos ___ Hospitalización ___ Psicoterapia

Método de control de natalidad:

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Depoprovera | <input type="checkbox"/> DIU |
| <input type="checkbox"/> Condón | <input type="checkbox"/> Anillo vaginal | <input type="checkbox"/> Esterilización tubárica | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Pastillas | <input type="checkbox"/> Diafragma | | <input type="checkbox"/> Otro |

Historia menstrual

Cuántos años tenía cuándo inició su menstruación? _____

Todavía tiene menstruaciones? Si ___ No ___

Conteste las siguientes preguntas solamente si todavía tiene la menstruación

Las menstruaciones son: ___ escasas ___ moderadas ___ abundantes ___ pasa la toalla higiénica

Cuántos días son entre sus menstruaciones? _____

Cuántos días dura su menstruación? _____

Fecha de la última menstruación: _____

Tiene algún dolor con su menstruación? ___ Si ___ No

El dolor comienza el día que empieza la menstruación? ___ Si ___ No, el dolor comienza ___ días antes

Todas las menstruaciones son regulares? ___ Si ___ No

Su menstruación es con coágulos? ___ Si ___ No

Gastrointestinal / Alimentación

¿Tiene náusea? ___ No ___ Con dolor ___ Con medicamento ___ Con comida ___ Otro

¿Tiene sensación de vómito? ___ No ___ Con dolor ___ Con medicamento ___ Con comida ___ Otro

¿Ha padecido algún desorden alimenticio como anorexia o bulimia? ___ Si ___ No

Ha tenido sangrado rectal o sangre con su materia fecal? ___ Si ___ No

Ha tenido aumento del dolor con la deposición? ___ Si ___ No

Las siguientes preguntas pueden ayudar a diagnosticar el Síndrome de Intestino Irritable, es una condición gastrointestinal que puede ser causa de dolor pélvico

Siente dolor o molestia que se asocia con lo siguiente:

Cambio en la frecuencia de la deposición? ___ Si ___ No

Cambios en la apariencia de materia fecal o deposición? ___ Si ___ No

Su dolor mejora al terminar la deposición? ___ Si ___ No

Hábitos de salud

Qué tan frecuente realiza ejercicio? ___ rara vez ___ 1-2 veces por semana ___ 3-5 veces por semana ___ diario

Consumo de cafeína (tazas al día, incluye café, té, gaseosas, etc): ___ 0 ___ 1-3 ___ 4-6 ___ >6

Cuántos cigarrillos fuma al día? _____ Desde hace cuántos años? _____

Consumo alcohol? ___ Si ___ No Número de tragos por semana ___

Ha recibido tratamiento por abuso de sustancias? Si ___ No ___

Ha usado drogas alguna vez? ___ Nunca la he usado ___ La usé en el pasado, pero ahora no ___ La estoy usando ahora ___ Prefiero no contestar

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Cocaína |
| <input type="checkbox"/> Anfetaminas | <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Cómo describiría su alimentación?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bien balanceada | <input type="checkbox"/> Dieta especial _____ |
| <input type="checkbox"/> Vegetariana | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Fritos | |

Síntomas urinarios

Ha sentido alguno de los siguientes síntomas?

Pérdida de orina con la tos, estornudo o risa? Si No

Dificultad para orinar? Si No

Infecciones urinarias frecuentes? Si No

Sangre en la orina? Si No

Sensación de vejiga llena después de orinar? Si No

Orina de nuevo a los pocos minutos de orinar? Si No

Las siguientes preguntas ayudan al diagnóstico de síndrome vesical doloroso, el cual causa dolor pélvico.

Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor describa sus síntomas y función vesical

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-------|----------------|--------------|---------|-----|
| 1. Cuantas veces orina DURANTE EL DIA ? | 3 a 6 | 7 a 10 | 11 a 14 | 15 a 19 | >20 |
| 2. Cuantas veces se levanta EN LA NOCHE para | 0 | 1 | 2 | 3 | >4 |
| 3. Si se levanta le molesta ? | Nunca | Ocasionalmente | Generalmente | Siempre | |
| 4. Tiene vida sexual activa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 5. Si usted es sexualmente activa, tiene (o ha tenido alguna vez) dolor o urgencia para orinar durante o después de las relaciones sexuales ? | Nunca | Ocasionalmente | Generalmente | Siempre | |
| 6. Alguna vez la urgencia para orinar o el dolor le han hecho evitar tener relaciones sexuales? | Nunca | Ocasionalmente | Generalmente | Siempre | |
| 7. Tiene dolor asociado con su vejiga o en la pelvis (vagina, abdomen, bajo, uretra) ? | Nunca | Ocasionalmente | Generalmente | Siempre | |
| 8. Tiene urgencia poco tiempo después de haber orinado ? | Nunca | Ocasionalmente | Generalmente | Siempre | |
| 9. Si tiene dolor, generalmente es | | Leve | Moderado | Severo | |
| 10. Con que frecuencia la molesta su dolor. | Nunca | Ocasionalmente | Generalmente | Siempre | |
| 11. Si tiene urgencia urinaria, generalmente es | | Leve | Moderado | Severo | |
| 12. Con que frecuencia la molesta la urgencia urinaria. | Nunca | Ocasionalmente | Generalmente | Siempre | |

© 2000 C. Lowell Parsons, MD Con permiso de reimpresión

KCL No indicado Positivo Negativo

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

Este documento puede ser reproducido libremente y distribuido mientras los derechos de autor permanezcan intactos

Traducido al español por Juan Diego Villegas-Echeverri, MD José Duván López-Jaramillo, MD Ana Lucía Herrera-Betancourt, MD

+1 (205) 877-2950

www.pelvicpain.org

01 (800)624-9676 (if in the U.S.)

Mecanismos para enfrentar el dolor

¿A quienes les habla cuando tiene el dolor o cuando esta en estrés?

- Esposo/Compañero Pariente Grupo de apoyo Sacerdote / Ministro
 Amigo Doctor / Terapeuta Profesional salud mental Yo mismo

¿Como tu compañero se comporta con su dolor?

- No nota cuando tengo dolor Se ocupa de mi No aplica
 Retraído Se siente impotente
 Me distrae con otras actividades Se pone furioso

¿Qué ayuda a tu dolor?

- Meditación Relajación Acostarse Música
 Masaje Hielo Almohadón eléctrico Baño caliente
 Medicina para dolor Laxantes / enema Inyección Unidad tensión eléctrica (TENS unit)
 Evacuar Vaciar vejiga Nada
 Otro: _____

¿Qué empeora tu dolor?

- Relaciones sexuales Orgasmo Estrés Comida completa
 Evacuaciones Vejiga llena Orinar Estar parada
 Caminar Ejercicio Hora del día Estado del tiempo
 Contacto con la ropa Toser / estornudar No relacionado a nada concreto
 Otro: _____

¿De todos los problemas y estrés en su vida, que importancia le da usted a su dolor?

- Es el problema más importante Es uno de los tantos problemas

Historia de 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 circulo 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*

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

Este documento puede ser reproducido libremente y distribuido mientras los derechos de autor permanezcan intactos

Traducido al español por Juan Diego Villegas-Echeverri, MD José Duván López-Jaramillo, MD Ana Lucía Herrera-Betancourt, MD
 +1 (205) 877-2950 www.pelvicpain.org 01 (800)624-9676 (if in the U.S.)

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 | _____ | _____ | _____ | _____ |

Preguntas para várices pélvicas/ Síndrome de congestión pélvica

- Su dolor empeora con la actividad física prolongada? Si No
- Su dolor mejora al acostarse? Si No
- Su dolor se localiza profundo en la vagina o en la pelvis durante las relaciones sexuales? Si No
- Sensación de palpitación o dolor intenso en la pelvis después de las relaciones sexuales? Si No
- Tiene dolor en la pelvis que pasa de un lado a otro? Si No
- Tiene episodios de dolor súbito severo en la pelvis que viene y se va? Si No