



# EndoWheel

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD DE LA ENDOMETRIOSIS

Fecha en que se completó: \_\_\_\_\_

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Indique qué tan de acuerdo está con cada afirmación que aparece a continuación

Califique su grado de acuerdo con las afirmaciones de la 1 a la 12 que aparecen a continuación en una escala del 0 al 10 (en que el 0 es “no estoy de acuerdo para nada” y el 10 es “estoy totalmente de acuerdo”).

No estoy de acuerdo para nada

Estoy totalmente de acuerdo



	Afirmación
<p><a href="#">Dolor pélvico durante los últimos 3 meses</a></p> <p>Nota: El dolor puede incluir dolor cólico, dolor fulgurante, dolor punzante o dolor sordo en la <b>espalda</b> o <b>parte baja del vientre o abdomen</b>, o <b>dolor que baja por las piernas</b>.</p>	1 <b>Dolor menstrual:</b> Me ha molestado el dolor o el malestar en la parte baja del vientre o abdomen uno o dos días antes o durante mi menstruación.
	2 <b>Dolor pélvico no menstrual:</b> Me ha molestado el dolor o el malestar en la parte baja del vientre o abdomen que no estaba relacionado con mis menstruaciones.
	3 <b>Dolor con las relaciones sexuales:</b> Me ha molestado el dolor durante las relaciones sexuales, o en el plazo de 24 horas después de tener relaciones sexuales, en particular dolor en el vientre o abdomen o presión profunda en la vagina.
<a href="#">Sangrado vaginal durante los últimos 3 meses</a>	4 Me ha molestado el sangrado vaginal abundante o inesperado.
<a href="#">Síntomas intestinales y de la vejiga durante los últimos 3 meses</a>	5 Me ha molestado uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor al orinar (hacer pipí) o defecar (hacer popó)</li> <li>• Sensación de distensión abdominal o gases</li> <li>• Diarrea (popó muy frecuente, blando o líquido)</li> <li>• Dificultad para defecar (estreñimiento)</li> </ul>
<a href="#">Energía y fatiga durante los últimos 3 meses</a>	6 Me he sentido fatigada o exhausta durante el día o mi sueño ha sido inquieto o ha estado alterado.
<a href="#">Bienestar sexual durante los últimos 3 meses</a>	7 Mis síntomas han afectado lo satisfecha que estoy con mi vida sexual o mis relaciones íntimas.
<a href="#">Fertilidad durante los últimos 3 meses</a>	8 Me ha preocupado que tal vez no pueda tener hijos o más hijos a causa de mis síntomas físicos.
<a href="#">Actividades sociales y relaciones durante los últimos 3 meses</a>	9 Mis síntomas han afectado mis relaciones personales o mi capacidad de participar en las actividades que disfruto.
<a href="#">Trabajo, estudios y otras actividades cotidianas durante los últimos 3 meses</a>	10 Mis síntomas han afectado mi trabajo o mis estudios o mi capacidad de hacer otras actividades cotidianas, como conducir, hacer los mandados, ir de compras y hacer los quehaceres domésticos.
<a href="#">Imagen de sí misma y autopercepción durante los últimos 3 meses</a>	11 Mis síntomas han afectado la forma en que me siento acerca de mí misma, la forma en que luzco y mi capacidad de lograr mis expectativas personales.
<a href="#">Bienestar emocional durante los últimos 3 meses</a>	12 Mis síntomas han afectado mi estado de ánimo y mi salud mental.