

PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY

NOMBRE

FECHA

Por favor, responda cada pregunta marcando la mejor respuesta. Al responder a estas preguntas, considere sus síntomas durante los últimos 3 meses. A pesar de que no pueda estar teniendo problemas en algunas de estas áreas, intente rellenar este cuestionario de la forma más completa posible.

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN URINARIA 6 (UDI-6)

| ¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta... | | No me molesta en absoluto | Me molesta algo | Me molesta moderadamente | Me molesta bastante |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| Experimentar frecuentemente deseos de orinar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Tener frecuentes pérdidas de orina asociadas a sensación de urgencia miccional (necesidad imperiosa de ir al baño)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Tener frecuentes pérdidas de orina relacionadas con la tos, el estornudo o la risa? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Tener frecuentes pérdidas de pequeña cantidad de orina (gotas)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Tener usualmente dificultad para vaciar la vejiga? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Experimentar frecuentemente dolor o discomfort en la región abdominal baja o genital? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |



CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN COLORRECTAL-ANAL 8 (CRADI-8)

| ¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta... | | No me molesta en absoluto | Me molesta algo | Me molesta moderadamente | Me molesta bastante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| La necesidad de realizar un gran esfuerzo para defecar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La sensación de no haber evacuado el recto por completo tras la defecación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La imposibilidad de evitar escapes de heces sólidas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La imposibilidad de evitar escapes de heces de consistencia líquida? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La falta de control sobre escapes de gases a través del ano? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La sensación urgente de tener que defecar que le hace ir corriendo al baño? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La sensación de abultamiento o salida de recto o asas intestinales a través del ano durante o después de la defecación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN POR PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS 6 (POPDI-6)

| ¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta... | | No me molesta en absoluto | Me molesta algo | Me molesta moderadamente | Me molesta bastante |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| La sensación de presión en la región inferior del abdomen? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La sensación de pesadez o dolor en la pelvis? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La sensación o la visión directa de bulto o salida de órganos a través de su vagina? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La necesidad de empujar en la vagina o el recto para completar la defecación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La sensación de vaciado incompleto de la vejiga? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| La necesidad de introducir el abultamiento empujando con sus dedos dentro de la vagina para iniciar o finalizar la micción? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |

PELVIC FLOOR IMPACT QUESTIONNAIRE

Instrucciones: Algunas mujeres encuentran que los síntomas urinarios, fecales y/o vaginales afectan a su actividad diaria, el modo de relacionarse con los demás a así como al plano emocional. Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describe en que forma sus actividades, relaciones o emociones se han visto afectados por la clínica urinaria, fecal o vaginal en los últimos 3 meses. Por favor,

Asegúrese de marcar una respuesta en las 3 columnas en cada pregunta.

¿En qué medida afectan los síntomas que padece en...

1. Su capacidad para hacer las tareas del hogar?

| Clínica urinaria | Clínica fecal | Clínica vaginal-pélvica |
|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> En absoluto |
| <input type="checkbox"/> Algo | <input type="checkbox"/> Algo | <input type="checkbox"/> Algo |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Moderadamente |
| <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Bastante |

2. Su capacidad para realizar actividades físicas, tales como caminar, natación, u otro ejercicio?

| Clínica urinaria | Clínica fecal | Clínica vaginal-pélvica |
|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> En absoluto |
| <input type="checkbox"/> Algo | <input type="checkbox"/> Algo | <input type="checkbox"/> Algo |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Moderadamente |
| <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Bastante |



3. Las actividades de entretenimiento tales como ir al cine o a un concierto?

Clínica urinaria

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica fecal

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

4. Su capacidad para viajar en coche o en autobús durante una distancia mayor de 30 minutos fuera de casa?

Clínica urinaria

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica fecal

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

5. Participar en actividades sociales fuera de casa?

Clínica urinaria

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica fecal

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante



6. Salud Emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?

Clínica urinaria

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica fecal

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

7. Sentirse frustrado

Clínica urinaria

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica fecal

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
- Algo
- Moderadamente
- Bastante

PUNTUACIÓN

Total x 100 x 100 x 100

Todos los artículos utilizan la escala de respuesta siguiente:

0, No, en absoluto; 1, un poco; 2, moderadamente; 3, un poco

Escalas:

Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7): 7 artículos bajo título de la columna "Clínica urinaria "

Colorectal-Anal Impact questionnaire (CRAIQ-7): 7 artículos bajo título de la columna " Clínica fecal"

Prolapso de órganos pélvicos Impact Questionnaire (POPIQ-7): Los artículos en la columna "Clínica Vaginal-Pélvica".

Puntuaciones:

Obtener el valor medio de todos los elementos contestadas dentro de la correspondiente escala (valor posible 0-3) y luego se multiplica por (100/3) para obtener la puntuación de la escala (rango 0-100).

Los valores "missing" se tratan mediante el uso de la media de los únicos elementos contestadas.

PFIQ-7 Resumen de puntuación: Agregar las puntuaciones de las escalas de 3 en conjunto para obtener la puntuación