

PFDI - 20 Instrucciones: Responda todas las preguntas de la siguiente encuesta. Estas preguntas irán enfocadas para saber si tiene algunos síntomas de la vejiga, de los intestinos o pélvicos y, en caso de que sí los tenga, qué tanto le molestan. Respóndalas al encerrar en un círculo el número correcto. Mientras responde estas preguntas, considere sus síntomas durante los **últimos 3 meses**.

El PFDI-20 tiene 20 puntos y 3 escalas de sus síntomas.

Todos los puntos usan el siguiente formato con una respuesta en una escala de 0 a 4.

Tiene síntomas = SÍ, escala de molestia: 1 = para nada
2 = algo
3 = moderadamente
4 = bastante
0 = no tiene

No tiene síntomas = NO

"Inventario de molestias por prolapso de los órganos pélvicos 6 (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory, POPDI-6)

| Usted ... | No | Si |
|--|----|---------|
| 1. ¿Experimenta normalmente presión en la parte baja del abdomen? | 0 | 1 2 3 4 |
| 2. ¿Normalmente experimenta pesadez o embotamiento en el área pélvica? | 0 | 1 2 3 4 |
| 3. ¿Normalmente tiene una protuberancia o algo que se sale y que usted puede ver o sentir en su | 0 | 1 2 3 4 |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido que empujar sobre la vagina o alrededor del recto para lograr evacuar o completar una evacuación? | 0 | 1 2 3 4 |
| 5. ¿Usualmente experimenta una sensación de vaciado incompleto de la vejiga? | 0 | 1 2 3 4 |
| 6. ¿Alguna vez ha tenido que empujar algún abultamiento en el área vaginal con sus dedos para comenzar o completar la micción? | 0 | 1 2 3 4 |

Inventario de molestias colorrectales-anales 8 (Colorectal-Anal Distress Inventory, CRAD-8):

| Usted ... | No | Si |
|--|----|---------|
| 7. ¿Siente la necesidad de hacer mucha fuerza para poder defecar? | 0 | 1 2 3 4 |
| 8. ¿Siente que no ha vaciado el intestino por completo al final de una evacuación? | 0 | 1 2 3 4 |
| 9. ¿Normalmente pierde heces fuera de su control si sus heces son bien formadas? | 0 | 1 2 3 4 |
| 10. ¿Normalmente pierde heces fuera de su control si sus heces son aguadas? | 0 | 1 2 3 4 |
| 11. ¿Normalmente pierde gas del recto fuera de su control? | 0 | 1 2 3 4 |
| 12. ¿Normalmente tiene dolor cuando defeca? | 0 | 1 2 3 4 |
| 13. ¿Experimenta una fuerte sensación de urgencia y tiene que correr al baño para evacuar? | 0 | 1 2 3 4 |
| 14. ¿Parte de intestino pasa alguna vez por el recto y se abulta hacia afuera durante o después de una evacuación? | 0 | 1 2 3 4 |

Inventario de molestias urinarias 6 (Urinary Distress Inventory, UDI-6):

| Usted ... | No | Si |
|---|----|---------|
| 15. ¿Normalmente experimenta micción frecuente? | 0 | 1 2 3 4 |
| 16. ¿Normalmente experimenta una fuga de orina relacionada con una sensación de urgencia; eso quiere decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño? | 0 | 1 2 3 4 |
| 17. ¿Normalmente experimenta fuga de orina relacionada con toser, estornudar o reirse? | 0 | 1 2 3 4 |
| 18. ¿Normalmente experimenta pequeñas cantidades de fuga de orina (eso es, gotas)? | 0 | 1 2 3 4 |
| 19. ¿Normalmente experimenta dificultad para vaciar su vejiga? | 0 | 1 2 3 4 |
| 20. ¿Normalmente experimenta dolor o incomodidad en la región genital o en la parte baja del abdomen? | 0 | 1 2 3 4 |

Puntuación del PFDI-20:

Puntuaciones totales: Obtenga el valor medio de todos los puntos respondidos dentro de la escala correspondiente (valor posible 0 a 4) y luego multiplique por 25 para obtener la puntuación de la escala (rango de 0 a 100). Los puntos omitidos se tratan al usar la media de los puntos respondidos únicamente.

Puntuación del resumen PFS-20: Sume las puntuaciones de las 3 escalas juntas para obtener el resumen de la puntuación (rango de 0 a 300).

PFIQ - 7 Instrucciones: Algunas mujeres descubren que los síntomas de la vejiga, del intestino o vaginales afectan sus actividades, sus relaciones y sus sentimientos. Para cada pregunta, coloque una **X** en la respuesta que mejor describa cuánto se han visto afectadas sus actividades, relaciones o sentimientos por los síntomas o afecciones de la vejiga, intestinos o vaginales **durante los últimos 3 meses**. Asegúrese de marcar una respuesta en **las 3 columnas** para cada pregunta.

| ¿De qué manera afectan normalmente los síntomas o afecciones relacionados → → → con lo siguiente, su ↓ | <i>Vejiga u orina</i> | <i>Intestino o recto</i> | <i>Vagina o pelvis</i> |
|---|--|--|--|
| 1. ¿Capacidad para realizar tareas del hogar (cocinar, limpiar la casa, hacer la lavandería)? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante |
| 2. ¿Su capacidad para realizar actividades físicas como caminar, nadar o hacer otro ejercicio? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante |
| 3. ¿Actividades de entretenimiento como ir al cine o a un concierto? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante |
| 4. ¿Su capacidad para viajar en automóvil o en bus por una distancia mayor de 30 minutos lejos de casa? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante |
| 5. ¿Participar en actividades sociales fuera de su casa? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante |
| 6. ¿Su salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante |
| 7. ¿Sentirse frustrada? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante |