

CUESTIONARIO SOBRE EL IMPACTO DE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO-VERSIÓN CORTA (PFIQ-7) VERSIÓN ESPAÑOLA

Instrucciones: Algunas mujeres encuentran que la vejiga, el intestino o los síntomas vaginales afectan a sus actividades, relaciones personales o sentimientos. Marque con una X la respuesta que mejor describa cuánto sus actividades, relaciones personales o sentimientos se han visto afectados por la vejiga, el intestino o los síntomas o alteraciones vaginales **en los últimos 3 meses**. Por favor, asegúrese que selecciona una respuesta **en las tres columnas** para cada pregunta.

Habitualmente, ¿cuánto afectan los síntomas o alteraciones relacionados con su →→→ a su ↓↓↓↓?	<i>Vejiga u orina</i>	<i>Intestino o recto</i>	<i>Vagina o pelvis</i>
1. ¿Capacidad para hacer las tareas domésticas (cocina, limpieza de la casa, hacer la colada)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
2. ¿Capacidad para realizar actividades físicas tales como andar, nadar, u otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
3. ¿Actividades de ocio tales como ir a ver una película al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
4. ¿Capacidad para viajar en coche o en autobús distancias superiores a 30 minutos desde su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
7. ¿Se siente frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN!



Nombre:

Fecha:

CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN DEL PFIQ-7

Cuestionario sobre el impacto de los síntomas urinarios (UIQ-7)	Cuestionario sobre el impacto de los síntomas colo-rectales (CRAIQ-7)	Cuestionario sobre el impacto de los síntomas de prolapso genital (POPIQ-7)	
1.	1.	1.	
2.	2.	2.	
3.	3.	3.	
4.	4.	4.	
5.	5.	5.	
6.	6.	6.	
7.	7.	7.	
Total: / 7	Total: / 7	Total: / 7	
Puntuación media: x(100/3)	Puntuación media: x(100/3)	Puntuación media: x(100/3)	
Escala: (de 0 a 100) +	Escala: (de 0 a 100) +	Escala: (de 0 a 100) +	= Escala PFIQ-7 (de 0 a 300)

Nada: 0

Un poco: 1

Moderadamente: 2

Mucho: 3

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

Cultural adaptation and validation of the Pelvic Floor Distress Inventory Short Form (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire Short Form (PFIQ-7) Spanish versions

Responsiveness of the Spanish Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaires Short Forms (PFDI-20 and PFIQ-7) in women with pelvic floor disorders