



## CUESTIONARIO SOBRE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO- VERSIÓN CORTA (PFDI-20) VERSIÓN ESPAÑOLA

**Instrucciones:** Este cuestionario versa sobre ciertos síntomas intestinales, urinarios o pélvicos; se le preguntará si usted siente estos síntomas y, si los siente, lo mucho que le molestan. Por favor, responda las preguntas a continuación marcando con una (X) en la casilla o casillas correspondiente(s). Si usted duda sobre alguna respuesta, seleccione la que mejor se adapte a su caso. Al responder a este cuestionario, tenga en cuenta los síntomas que ha sentido en los **3 últimos meses**.

Por favor conteste a todas las preguntas de la siguiente encuesta.

### EJEMPLO

Para la siguiente pregunta:

Si usted no tiene dolores de cabeza habitualmente. Marque simplemente la casilla "NO".

Por lo general ¿le duele cabeza?

- No ;  Sí      Si la respuesta es sí, ¿cuánto le duele?
- 0
- |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nada                       | Un poco                    | Moderadamente              | Mucho                      |

Si usted tiene dolores de cabeza habitualmente. Marque la casilla "Sí" e indique cuánto le molestan esos dolores de cabeza. Por ejemplo, en el caso a continuación, los dolores de cabeza eran medianamente molestos.

Por lo general ¿le duele cabeza?

- No ;  Sí      Si la respuesta es sí, ¿cuánto le duele?
- 0
- |                            |                            |                                       |                            |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nada                       | Un poco                    | Moderadamente                         | Mucho                      |



Nombre:

Fecha:

**1. Habitualmente, ¿siente usted presión en la parte baja del abdomen?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**2. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de pesadez en la zona de la pelvis?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**3. Habitualmente, ¿siente usted un “abultamiento” o algo que sale hacia fuera que puede tocar o ver en la zona de su vagina?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**4. ¿Alguna vez tiene que empujar sobre su vagina o alrededor de su recto para poder defecar o para acabar de defecar?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**5. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de no llegar a vaciar completamente su vejiga?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho



**6. ¿Alguna vez tiene usted que empujar con los dedos un “abultamiento” en la zona de la vagina para iniciar o completar la micción?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**7. ¿Tiene usted la sensación de tener que empujar mucho para poder defecar?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**8. ¿Tiene usted la sensación de que no ha vaciado completamente el intestino tras haber defecado?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**9. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas fecales involuntarias cuando sus heces son sólidas?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**10. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas fecales involuntarias cuando sus heces son muy blandas o líquidas?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho



**11. Habitualmente, ¿tiene usted pérdida involuntaria de gases (pedos)?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**12. Habitualmente, ¿siente usted dolor al defecar?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**13. Habitualmente, ¿tiene usted una fuerte sensación de urgencia de forma que tiene que correr al baño para defecar?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**14. ¿Alguna vez parte de su intestino sobresale por el ano mientras usted defeca o al acabar de defecar?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho

**15. Habitualmente, ¿orina con frecuencia?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1                       2                       3                       4  
Nada                      Un poco                      Moderadamente                      Mucho



**16. Habitualmente ¿experimenta usted pérdidas involuntarias de orina asociadas a una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño a orinar?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**17. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas de orina al toser, estornudar o reír?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**18. Habitualmente, ¿tiene usted la sensación de perder pequeñas cantidades de orina (es decir, gotas)?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**19. Habitualmente, ¿tiene usted dificultades para vaciar su vejiga?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**20. Habitualmente, ¿siente usted dolor o molestia en la parte baja del abdomen o en la zona genital?**

No ;  Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1

Nada

2

Un poco

3

Moderadamente

4

Mucho

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN!**



Nombre:

Fecha:

### CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN DEL PFDI-20

Cuestionario sobre el impacto de los síntomas de prolapso genital (POPDI-6)	Cuestionario sobre el impacto de los síntomas colo-rectales-anales (CRADI-8)	Cuestionario sobre el impacto de los síntomas urinarios (UDI-6)	
Preguntas 1 a 6	Preguntas 7 a 14	Preguntas 15 a 20	
1.	7.	15.	
2.	8.	16.	
3.	9.	17.	
4.	10.	18.	
5.	11.	19.	
6.	12.	20.	
	13.		
	14.		
Total: / 6	Total: / 8	Total: / 6	
Puntuación media: x 25	Puntuación media: x 25	Puntuación media: x 25	
Escala: (de 0 a 100)	Escala: (de 0 a 100)	Escala: (de 0 a 100)	=
<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>=</b> Escala PFDI-20 (de 0 a 300)

No: 0; Nada: 1; Un poco: 2; Moderadamente: 3; Mucho: 4