

Admisión a los servicios de rehabilitación - Suelo pélvico

¡Bienvenido/a! Complete este formulario lo mejor que pueda y devuélvalo en la recepción. ¡Gracias!

Fecha: _____ Inicio de los síntomas: _____

Motivo de la consulta (dolor, pérdida, etc.): _____

Estatura: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Género: _____ Pronombres (marcar con un círculo): Ella Él Indefinido Otro

¿Qué hace en su tiempo libre? ¿Cuál es su rutina de ejercicio actual? _____

¿Qué meta realista desearía alcanzar con la terapia? _____

Marque todos los síntomas que siente actualmente:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudoración | <input type="checkbox"/> Equilibrio deficiente (caídas) | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inusual |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo o entumecimiento | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Mayor dolor durante la noche |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse/pensar |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función vesical o intestinal | | |

¿Hay alguna cirugía o prueba de las que deberíamos estar al tanto?

Marque cualquier antecedente médico o quirúrgico de los que debamos estar al tanto:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio (AIT) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hematológica | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/diálisis | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Infección resistente a los fármacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/hepatitis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Linfedema | ¿Es alérgico al látex y/o los adhesivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | ¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Antecedentes médicos (continuación):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces (actualmente) | <input type="checkbox"/> Quistes de ovario |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (actualmente) | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico | <input type="checkbox"/> Prolapso |
| <input type="checkbox"/> Diarrea crónica: | <input type="checkbox"/> Infecciones de las vías urinarias |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable (SCI) | <input type="checkbox"/> Incontinencia/pérdidas fecales |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Incontinencia/pérdidas urinarias |
| <input type="checkbox"/> Fibromas | <input type="checkbox"/> Fractura(s) de pelvis |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Fractura(s) de coxis |
| <input type="checkbox"/> Cistitis intersticial | |

Continúa en la siguiente página →



Antecedentes médicos (cont.):

¿Le preocupa caerse o perder el equilibrio? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces se ha caído o ha estado a punto de caerse en los últimos 6 meses? _____

¿Se siente seguro/a en su hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene antecedentes de abuso sexual o trauma? ☐ Sí ☐ No

¿Está embarazada o intentando quedar embarazada? ¿Está amamantando?

☐ Sí ☐ No ☐ N/C

☐ Sí ☐ No ☐ N/C

¿Se encuentra en la ☐ premenopausia ☐ posmenopausa o ☐ menopausia? ☐ N/C

¿Ha dado a luz? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ:

N.º de partos vaginales: _____

N.º de partos por cesárea: _____

¿Tuvo complicaciones durante el parto (por ej., episiotomía, desgarro, pujos prolongados, etc.)? _____

Índice de discapacidad del suelo pélvico (PDI-20)

Instrucciones: Responda todas las preguntas del cuestionario a continuación. En estas preguntas se le preguntará si tiene determinados síntomas intestinales, vesicales o pélvicos y, en caso de tenerlos, **cuánto le molestan**. Para responder, marque con un círculo el número adecuado. Al responder estas preguntas, tenga en cuenta sus síntomas durante los **últimos 3 meses**.

El PFDI-20 tiene 20 ítems y 3 escalas de síntomas. Todos los ítems usan el siguiente formato con una escala de respuesta del 0 al 4.

Escala de síntomas	¿Síntomas presentes?
0 = No presente	No
1 = En lo absoluto	Sí
2 = Algo	
3 = Moderadamente	
4 = Bastante	

La encuesta comienza en la siguiente página →

Inventario de molestias por prolapso de los órganos pélvicos 6 (POPD-6)

		NO	SÍ			
1	¿Habitualmente siente opresión en la parte baja del abdomen?	0	1	2	3	4
2	¿Habitualmente siente pesadez o adormecimiento en el área pélvica?	0	1	2	3	4
3	¿Habitualmente siente o ve alguna protuberancia o algo que le cuelga en la región genital?	0	1	2	3	4
4	¿Alguna vez tiene que presionar la zona genital o alrededor del recto para defecar o terminar de defecar?	0	1	2	3	4
5	¿Habitualmente siente que no vacía la vejiga por completo?	0	1	2	3	4
6	¿Alguna vez debe presionar con los dedos una protuberancia en la zona genital para comenzar o terminar de orinar?	0	1	2	3	4

Inventario de molestias colorrectales-anales 8 (CRAD-8)

		NO	SÍ			
7	¿Siente que debe esforzarse demasiado para defecar?	0	1	2	3	4
8	Al terminar de defecar, ¿siente que no vació el intestino por completo?	0	1	2	3	4
9	¿Habitualmente pierde heces fecales sin poder controlarlo si sus heces están bien formadas?	0	1	2	3	4
10	¿Habitualmente pierde heces fecales sin poder controlarlo si sus heces son blandas?	0	1	2	3	4
11	¿Habitualmente pierde gases del recto sin poder controlarlo?	0	1	2	3	4
12	¿Habitualmente siente dolor al defecar?	0	1	2	3	4
13	¿Tiene una sensación de urgencia y debe correr al baño a defecar?	0	1	2	3	4
14	¿Parte de su intestino atraviesa el recto y sobresale mientras está defecando o después de hacerlo?	0	1	2	3	4

Inventario de molestias urinarias 6 (UDI-6)

		NO	SÍ			
15	¿Habitualmente orina con frecuencia?	0	1	2	3	4
16	¿Habitualmente tiene pérdidas de orina relacionadas con una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño?	0	1	2	3	4

		NO	SÍ			
17	¿Habitualmente tiene pérdidas urinarias al toser, estornudar o reírse?	0	1	2	3	4
18	¿Habitualmente tiene pequeñas cantidades de pérdida de orina (es decir, gotas)?	0	1	2	3	4
19	¿Habitualmente tiene dificultad para vaciar la vejiga?	0	1	2	3	4
20	¿Habitualmente siente dolor o incomodidad en la parte baja del abdomen o la región genital?	0	1	2	3	4

Más preguntas sobre la vejiga:

- ¿Cuántas veces orina en un día promedio? _____ ¿Y por la noche?
- ¿Tiene algunas de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Dificultad para iniciar un chorro de orina	<input type="checkbox"/> Una fuerte sensación de urgencia
<input type="checkbox"/> Chorro de orina débil, lento o interrumpido	<input type="checkbox"/> Goteo luego de que termina el chorro
<input type="checkbox"/> Sin sensación de vejiga llena	<input type="checkbox"/> Dolor o ardor durante la micción
<input type="checkbox"/> Dificultad para vaciar la vejiga por completo	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Uso frecuente del baño para evitar las pérdidas	<input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones
- ¿Tiene pérdidas de orina? ☐ Sí ☐ No
- ¿Con qué frecuencia tiene pérdidas de orina?

<input type="checkbox"/> _____ veces por día
<input type="checkbox"/> _____ veces por semana
<input type="checkbox"/> _____ veces por mes
<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> N/C

Más preguntas sobre los intestinos:

- ¿Con qué frecuencia tiene movimientos intestinales? _____
- ¿Tiene incontinencia fecal? ☐ Sí ☐ No

Más preguntas sobre los intestinos (cont.):

3. ¿Se da cuenta cuando tiene una pérdida de heces fecales?

- ☐ Sí
☐ No, solo me doy cuenta después
☐ N/C

Otras preguntas:

1. ¿Tiene dolor en la zona pélvica, abdominal o genital? ☐ Sí ☐ No

a. ¿Dónde?

- ☐ Abdomen
☐ Espalda baja
☐ Vagina
☐ Pene
☐ Escroto

☐ Otro: _____

b. ¿Cómo es el dolor en una escala del 0 al 10? _____

2. ¿Es sexualmente activo/a? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Tiene alguno de estos síntomas? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor durante la penetración | <input type="checkbox"/> Dolor durante el orgasmo o la eyaculación |
| <input type="checkbox"/> Dolor causado por una postura corporal | <input type="checkbox"/> Dolor luego de la actividad sexual, pero no durante |

4. ¿Siente otro dolor? ☐ Sí ☐ No

a. En caso afirmativo, ¿dónde está? _____

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos?
