

Test de gravedad de la IU de Sandvik

¿Con que frecuencia pierde orina?

Menos de una vez al mes.

Una o varias veces al mes.

Una o varias veces a la semana. Todos los días y/o noches

¿Que cantidad de orina pierde?

1 2 3 4

Unas gotas (muy poca cantidad).

Chorro pequeño (una cantidad moderada). 2 Mucha cantidad 3

El índice de gravedad se calcula multiplicándolas dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma:

1-2: IU leve

3-6: IU moderada 8-9: IU grave

12: IU muy grave

King's Health Questionnaire.

.Como definiría su estado de salud?

.Hasta que punto sus problemas urinarios afectan su vida?

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan.

De la lista siguiente elija SOLO AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad. DEJE DE CONTESTAR los que no corresponden a su caso.

4- A continuación aparecen algunas actividades que pueden verse afectadas por problemas urinarios.

.Hasta que punto le afectan sus problemas urinarios? Nos gustaría que contestara a todas las preguntas.

Simplemente marque con una cruz el circulo que corresponde en cada caso.

LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DIARIAS Tareas diarias (limpiar, compra)

Tareas diarias (limpiar, compra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIMITACIONES FISICAS Y SOCIALES

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Paseos, deporte, gimnasia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidad de viajar Vida social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visitar amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vida social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RELACIONES PERSONALES

- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Relaciones con su pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vida sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vida sexual Vida familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EMOCIONES

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| .Le hace sentirse deprimida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .Le hace sentirse angustiada o nerviosa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .Le hace sentirse mal consigo misma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SUEÑO Y ENERGIA

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| .Afecta su sueño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .Le hace sentirse agotada o cansada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5- ¿Con que frecuencia hace o siente alguna de estas cosas?

. ¿Utiliza compresas?

. ¿Tiene cuidado con el líquido que bebe?

. ¿Se cambia la ropa cuando esta mojada?

. ¿Está preocupada por si huele?

. ¿Esta incómoda con los demás?

**Cuestionario corto de Calidad de vida de la Internacional
Consultation on Incontinence (ICIQ-IU- SF)**

ICIQ-IU-SF

FECHA DIA __ _ MES __ _ AÑO __ _

1- Por favor escriba la fecha de su nacimiento:

DIA __ _ MES __ _ AÑO __ _

2- Usted es (señale cual): Mujer Varón

3- .Con qué frecuencia pierde orina? (Marque una)

- Nunca 0
- Una vez a la semana o menos 1
- Dos o tres veces a la semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente 5

4- Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa.

Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). (Marque uno)

- No se me escapa nada 0
- Muy poca cantidad 2
- Una cantidad moderada 4
- Mucha cantidad 6

5- Estos escapes de orina que tiene .cuanto afectan su vida diaria?
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afecta nada)
y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nada

mucho

Puntuación de **ICI-Q**: sume las puntuaciones de las preguntas 3 + 4 + 5 = □ □

6- .Cuando pierde orina? (Señale todo lo que pasa a usted)

Muchas gracias por contestar a estas preguntas.

**ESCALA OXFORD PARA LA VALORACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD
DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO**