

**Cuestionario de Síntomas Pélvicos**

**1. Frecuencia Urinaria:** Horas Diurnas \_\_\_\_ veces por día, Horas Nocturnas \_\_\_\_ veces por noche

**Problemas/hábitos intestinales/Vejiga**

Y/N	Problemas para iniciar la corriente de orina	Y/N	Sangre en la orina
Y/N	Flujo urinario intermitente/lento	Y/N	Dolor al orinar
Y/N	Problemas para vaciar la vejiga	Y/N	Problemas para sentir que su vejiga llena
Y/N	Dificultad para detener el flujo de orina	Y/N	Uso de laxantes actual
Y/N	Esfuerzo o puje para vaciar la vejiga	Y/N	Problemas para sentir la necesidad de evacuaciones fecales.
Y/N	Goteo después de orinar	Y/N	Estreñimiento/ Esfuerzo
Y/N	Fuga de orina constante	Y/N	Problema para retener gas/heces
Y/N	Otro/describa: _____	Y/N	Infecciones recurrentes en la vejiga

**2. Cuando usted tiene ganas de orinar, ¿cuánto tiempo puede esperar antes de tener que ir al baño?**  
\_\_\_\_ Minutos, \_\_\_\_ Horas, \_\_\_\_ Debe ir inmediatamente

**3. La cantidad usual de orina que pasa es:** \_\_ Poca \_\_ Media \_\_ Mucha

**4. Frecuencia de evacuaciones intestinales** \_\_ veces al día, \_\_ veces por semana, o \_\_\_\_\_.

**5. Cuando usted tiene la necesidad de evacuar, ¿cuánto tiempo puede esperar antes de tener que ir al baño?** \_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_ Horas \_\_\_\_ Debe ir inmediatamente

**6. Si Ud. Sufre de estreñimiento, describa la técnica de manejo:** \_\_\_\_\_

**7. Consumo promedio de líquido (un vaso es de 8 oz o 1 taza):** \_\_\_\_ vasos por día

**8. Califique una sensación de "que se le cae" un órgano/prolapso/ pesadez o presión pélvica:**  
\_\_\_\_ Ninguna presente      \_\_\_\_ Veces al mes (especifique si está relacionado con actividad o su período)  
\_\_\_\_ Estando de pie por \_\_\_\_ minutos o \_\_\_\_ horas      \_\_\_\_ Al realizar algun esfuerzo

**9. ¿Tiene algún dolor con:** exámenes ginecológicos \_\_\_\_ Uso de tampón \_\_\_\_ Coito \_\_\_\_

**Omitir preguntas si NO hay Fugas/Incontinencia:**

**10a. Incontinencia Urinaria -número de episodios**

- \_\_\_\_ Ninguna
- \_\_\_\_ Veces por día
- \_\_\_\_ Veces por semana
- \_\_\_\_ Veces al mes
- \_\_\_\_ Sólo con esfuerzo físico/tos

**11a. En promedio, ¿cuánta orina goteas?**

- \_\_\_\_ Ninguna
- \_\_\_\_ Sólo unas gotas
- \_\_\_\_ Moja la ropa interior
- \_\_\_\_ Moja la ropa exterior
- \_\_\_\_ Moja el suelo

**10b. Incontinencia Fecal- número de episodios:**

- \_\_\_\_ Ninguna
- \_\_\_\_ Veces por día
- \_\_\_\_ Veces por semana
- \_\_\_\_ Veces al mes
- \_\_\_\_ Solo con esfuerzo/o urgencia de ir

**11b. ¿Cuántas heces pierdes?**

- \_\_\_\_ Ninguna
- \_\_\_\_ Manchado
- \_\_\_\_ Pequeña cantidad en ropa interior
- \_\_\_\_ Vaciado Completo

**12. ¿Qué tipo de protección usas? (Por favor complete solo una)**

- \_\_\_\_ Ninguna
- \_\_\_\_ Protección mínima (Papel higiénico/Protectores diarios)
- \_\_\_\_ Protección moderada (Producto absorbente, maxipad)
- \_\_\_\_ Protección máxima (Productos especiales/pañales)
- \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**En promedio, cuántos cambios de toallas/protección requiere en 24 horas?** \_\_\_\_\_ # de toallas