



Cuestionario de incontinencia King's Health.

Fecha:...../...../.....

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?
2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios? Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?
4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?
6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc?
7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?
8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?



Cuestionario de incontinencia King's Health.

RELACIONES PERSONALES

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?
10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?
11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

EMOCIONES

12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?
13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?
14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

SUEÑO / ENERGÍA

15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?
16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?
18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?



Cuestionario de incontinencia King's Health.

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

20. ¿Está preocupado/a por si huele?

21. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija **SÓLO** AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad y márquelos con una cruz X , DEJE SIN CONTESTAR los que no correspondan a su caso.

¿Hasta qué punto le afectan?

- 22. **FRECUENCIA:** ir al baño muy a menudo
- 23. **NICTURIA:** levantarse durante la noche para orinar
- 24. **URGENCIA:** un fuerte deseo de orinar difícil de controlar
- 25. **INCONTINENCIA POR URGENCIA:** escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar
- 26. **INCONTINENCIA POR ESFUERZO:** escape de orina por actividad física, ejemplo: toser, estornudar, correr
- 27. **ENURESIS NOCTURNA:** mojar la cama durante la noche
- 28. **INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL:** escape de orina durante el acto sexual (coito)
- 29. **INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS:**
- 30. **DOLOR EN LA VEJIGA:**
- 31. **DIFICULTAD AL ORINAR:**



Cuestionario de incontinencia King's Health.

32. OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):

.....

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.