

Material IU Derivación AP - Especialista







## ¿Cómo rellenarlo?

El Diario Miccional sirve para recoger la información sobre los hábitos y síntomas y permite valorar a su médico y a usted mismo el rango de gravedad de la condición y el grado de mejoría del tratamiento.

Rellene el diario de 3 a 7 días, 1 día en cada hoja, (recuerde que cuantos más días mejor, porque de esta manera se obtendrá una información más amplia) anotando:



**HORA:** ponga la hora a la que orina o tiene una pérdida de orina (incluida toda la noche). Empiece a anotar cada día a partir de la hora a la que se levanta de la cama.



**INGESTA DE LÍQUIDOS Y CANTIDAD:** detalle el tipo de líquidos que bebe y la cantidad por ejemplo antes de dormir, a media noche, etc.



**CANTIDAD ORINA:** indique la cantidad que orina, en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc), medida con un vaso medidor.



**PÉRDIDA DE ORINA:** señale la pérdida de orina según la clasificación LEVE-MODERADA- ABUNDANTE



**URGENCIA para orinar:** marque si siente un deseo fuerte y repentino de orinar (imperioso), que no puede aguantar.



**SITUACIÓN MOMENTO PÉRDIDA:** explique lo que estaba haciendo mientras se produjo la pérdida (levantar peso, ejercicio, reírse, etc.) de esta manera se podrá definir qué tipo de incontinencia presenta.



| Diario<br>miccio |  | ombre:                  |  |   |                        | Apellidos | 5:  |                        |   |
|------------------|--|-------------------------|--|---|------------------------|-----------|---|------------------------|---|
| No siento        | y Urgencia:<br>o necesidad<br>a de orinar. | pero pued<br>orinar tan | rgencia:<br>nas de orinar,<br>lo retrasar ir a<br>to como necesit<br>a mojarme | moderada: No<br>Puedo retrasar ori<br>orinar un rato, sin ase |                        |           | rgencia severa:<br>puedo retrasar ir a<br>ar, debo ir rápido<br>o para no tener un<br>dida de orina | al Se me escapa        |   |
| DÍA 1            | Fecha:                                     | //                      |  |   |                        |           |   |                        | (8)   |
|                  | I favrida                                  | ingeridos               | Mindian  |   | Dévelie e e            | a wina    |   | Sensación              | ¿Qué estaba haciendo en<br>el momento de la pérdida |
| Hora<br>AM / PM  | Tipo de<br>líquido                         | Cantidad<br>de líquido  | Micciones Cantidad de orina  | Росо  | Pérdida de<br>Moderada |           | te  | de urgencia<br>(0 - 4) | el momento de la perdida                            |
|                  | liquido                                    | de liquido              | ue orina   |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
| )ÍA 2            | Fecha:                                     | //                      |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   | Sensación              | ¿Qué estaba haciendo en<br>el momento de la pérdida |
| Hora             |  | ingeridos<br>Cantidad   | Micciones<br>Cantidad  |   | Pérdida de             |           |   | de urgencia            | el momento de la pérdida                            |
| AM / PM          | Tipo de<br>líquido                         | de líquido              | de orina   | Poco  | Moderada               | Abundant  | te  | (0 - 4)                |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  |   |                        |           |   |                        |   |
|                  |  |                         |  | i .   |                        |           |   |                        |   |



| Diario<br>miccio      |  | ombre:                               |                             |      |            | Apellidos:               |   |   |  |  |
|-----------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|------|------------|--------------------------|---|---|--|--|
| No siento             | y <b>Urgencia:</b><br>o necesidad<br>sa de orinar. | Tengo gar<br>pero pued<br>orinar tan | orinar tanto como necesite, |      |            | No<br>ar or<br>o, sin as | Urgencia severa:<br>o puedo retrasar ir a<br>rinar, debo ir rápido<br>seo para no tener ur<br>rédida de orina | al Se me escapa                                     |  |  |
| <b>DÍA 3</b> Fecha:/_ |  | //                                   |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          | Sensación   | ¿Qué estaba haciendo en                             |  |  |
| Hora                  | Líquidos<br>Tipo de                                | ingeridos<br>Cantidad                | Micciones<br>Cantidad       | Door | Pérdida de |                          | de urgencia   | ¿Qué estaba haciendo en<br>el momento de la pérdida |  |  |
| AM / PM               | líquido  | de líquido                           | de orina                    | Poco | Moderada   | Abundante                | (0 - 4)   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
| DIA 4                 | Fecha:   | _                                    | _                           |      |            |                          | -6-   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          | Sensación   | ¿Qué estaba haciendo en<br>el momento de la pérdida |  |  |
| Hora                  |  | ingeridos<br>Cantidad                | Micciones<br>Cantidad       |      | Pérdida de |                          | de urgencia   | el momento de la pérdida                            |  |  |
| AM / PM               | Tipo de<br>líquido                                 | de líquido                           | de orina                    | Poco | Moderada   | Abundante                | (0 - 4)   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |
|                       |  |                                      |                             |      |            |                          |   |   |  |  |



| Diario<br>miccio |  | mbre:                    |  |      |   | Apellidos:             |  |   |  |  |
|------------------|--|--------------------------|--|------|---|------------------------|--|---|--|--|
| No siento        | y Urgencia:<br>o necesidad<br>a de orinar. | pero pued<br>orinar tant | gencia:<br>las de orinar,<br>lo retrasar ir a<br>to como necesito<br>a mojarme | e, ( | 2. Urgencia<br>moderada:<br>Puedo retrasa<br>orinar un rato<br>miedo a moja | n<br>ar o<br>o, sin a: | . Urgencia severa: lo puedo retrasar ir a rinar, debo ir rápido al seo para no tener una érdida de orina  4. Incontinencia por urgencia: Se me escapa la orina antes de llegar al aseo |   |  |  |
| DÍAE             |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
| DÍA 5            | Fecha:/                                    | '/                       | _  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        | Sensación  | ¿Qué estaba haciendo en                           |  |  |
| Hora             | Liquidos                                   | ingeridos                | Micciones  |      | Pérdida de  | orina                  | de urgencia  | ¿Qué estaba haciendo en el momento de la pérdida? |  |  |
| AM / PM          | Tipo de<br>líquido                         | Cantidad<br>de líquido   | Cantidad<br>de orina   | Poco | Moderada  | Abundante              | (0 - 4)  |   |  |  |
|                  | ·  | ·                        |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
| ,                |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
| DÍA 6            | Fecha:/                                    | /                        |  |      |   |                        | (- <u>h</u>  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        | Sensación  | :Oué estaba baciendo en                           |  |  |
| Hora             | Líquidos                                   | ingeridos                | Micciones  |      | Pérdida de  | orina                  | de urgencia  | ¿Qué estaba haciendo en el momento de la pérdida? |  |  |
| AM / PM          | Tipo de<br>líquido                         | Cantidad<br>de líquido   | Cantidad<br>de orina   | Poco | Moderada  | Abundante              | (0 - 4)  |   |  |  |
|                  | 44.40                                      | a a nquiu                |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |
|                  |  |                          |  |      |   |                        |  |   |  |  |



| Diario<br>miccio |  | mbre:                   |   |                |   | Apellidos:          |   |   |  |
|------------------|--|-------------------------|---|----------------|---|---------------------|---|---|--|
| No siento        | y Urgencia:<br>o necesidad<br>a de orinar. | pero pued<br>orinar tan | rgencia:<br>las de orinar,<br>lo retrasar ir a<br>to como necesito<br>a mojarme | r<br>F<br>e, c | 2. Urgencia<br>noderada:<br>Puedo retrasa<br>orinar un rato<br>niedo a moja | Nar or<br>o, sin as | Urgencia severa: o puedo retrasar ir a inar, debo ir rápido al eo para no tener una erdida de orina  4. Incontinencia por urgencia: Se me escapa la orina antes de llegar al aseo |   |  |
| DÍA 7  Hora      | Fecha:/                                    | /                       | Micciones   |                | Pérdida de  | orina               | Sensación<br>de urgencia  | ¿Qué estaba haciendo en el momento de la pérdida? |  |
| AM / PM          | Tipo de<br>líquido                         | Cantidad<br>de líquido  | Cantidad<br>de orina  |                | Moderada  |                     |   | er momento de la perdida.                         |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
| DÍA 8            | Fecha:/                                    | /                       |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
| Hora             | Líquidos                                   |                         | Micciones   |                | Pérdida de  | orina               | Sensación<br>de urgencia  | ¿Qué estaba haciendo en el momento de la pérdida? |  |
| AM / PM          | Tipo de<br>líquido                         | Cantidad<br>de líquido  | Cantidad<br>de orina  | Poco           | Moderada  | Abundante           | (0 - 4)   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |
|                  |  |                         |   |                |   |                     |   |   |  |





| Diario    |         |            |
|-----------|---------|------------|
| miccional | Nombre: | Apellidos: |

FMD: frecuencia miccional diurna.

IUU: nº de episodios de incontinencia de urgencia.

FM/24h: frecuencia miccional en 24h.

VMmáx Diurno: volumen miccional máximo diurno.

VMmáx Nocturno: volumen miccional máximo nocturno.

VMmed: volumen miccional medio.

**Urgencia:** nº de episodios de urgencia.

**IUU:** nº de episodios de incontinencia de urgencia.

**IUE:** nº de episodios de incontinencia de esfuerzo.

Ingesta 24h: Ingesta de líquidos en 24 horas.

Diuresis 24h: volumen de diuresis en 24 horas.

**Diuresis nocturna:** volumen de diuresis en la noche.

|                         |                           | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 | Día 6 | Día 7 | Media |
|-------------------------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                         | FMD (episodios/día)       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Frecuencia<br>miccional | FMN (episodios/día)       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                         | FM/24h (episodios/día)    |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                         | VM máx. diurno (ml)       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Volumen<br>miccional    | VM máx. nocturno (ml)     |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                         | VM med (ml)               |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Urgencia                | Urgencias (episodios/día) |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                         | IUU (episodios/día)       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Incontinencia           | IUE (episodios/día)       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                         | Ingesta 24h (ml)          |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Diuresis                | Diuresis 24h (ml)         |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                         | Diuresis nocturna (ml)    |       |       |       |       |       |       |       |       |

| otas: |  |
|-------|--|
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |



