



EVALUACION DE SÍNTOMAS URINARIOS (AUA SYMPTOM SCORE)

Nombre: _____ Fecha: _____

Haga un círculo en el número que aplica mejor a usted por cada pregunta.

	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ EN 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APROX. LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
1. VACIADO INCOMPLETO Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la sensación de que la vejiga no se ha vaciado por complete al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. FRECUENCIA Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la que orinar otra vez menos de dos horas después de haber terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
3. INTERMITENCIA Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que interrumpir el orinar y empezar de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. URGENCIA Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. CHORRO DÉBIL Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
6. ESFUERZO Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que pujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. NOCTURIA Durante el último mes aproximadamente, ¿cuántas veces típicamente se tuvo que levantar para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que se levantó en la mañana?	0 VECES 0	1 VEZ 1	2 VECES 2	3 VECES 3	4 VECES 4	5 VECES O MÁS 5

Suma la puntuación de cada respuesta y anote el total en el espacio a la derecha.

SÍNTOMAS DE ACUERDO

A LA PUNTACIÓN OBTENIDA = 1-7 Leves 8-19 Moderados 20-35 Severos TOTAL _____

CALIDAD DE VIDA:

¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como le afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?

ENCANTADO	FELIZ	MUY SATISFECHO	NEUTRAL	MUY INSATISFECHO	INFELIZ	TERRIBLE
0	1	2	3	4	5	6