

Diario Miccional Clínico (Registro de 3 Días)

Herramienta diagnóstica para la evaluación objetiva del patrón miccional y la continencia urinaria.

Nombre de la Paciente: _____

Edad: _____

Fecha de Inicio: ____/____/2026

Instrucciones de Llenado para la Paciente:

1. **Duración del registro:** Registre la información durante **3 días consecutivos** (incluidas las 24 horas del día). Elija días representativos de su rutina habitual.
2. **Ingreso de líquidos:** Anote la hora, el tipo de bebida (agua, café, té, refresco, jugo) y el volumen aproximado en mililitros o tazas (ej. 1 vaso = 250 ml).
3. **Micción (Urinada):** Mida el volumen urinario utilizando un recipiente graduado (o jarra medidora) colocado en el sanitario. Anote la cantidad en mililitros (ml).
4. **Nivel de Urgencia:** Evalúe el deseo de orinar antes de cada micción según la escala:
0: Sin urgencia (micción por rutina o precaución) | **1:** Urgencia leve | **2:** Urgencia moderada | **3:** Urgencia severa (dificultad para aguantar).
5. **Pérdida de orina (Incontinencia):** Registre si tuvo escape involuntario:
L: Leve (gotas) | **M:** Moderada (moja ropa interior) | **G:** Grave (empapa toalla/ropa).
Indique el desencadenante (ej. al toser, estornudar, correr, o por no llegar al baño).

Consejo práctico para la medición: Mantenga un vaso graduado de plástico de 500 ml en el baño para medir con precisión cada micción. Vacíe el volumen medido en el inodoro tras registrar el dato.

Hoja de Registro - DÍA 1

Hora	Líquido Ingerido (Tipo y ml)	Orina Medida (ml)	Urgencia (0 a 3)	Escape (L / M / G)	Actividad / Desencadenante
06:00 - 08:00					
08:00 - 10:00					
10:00 - 12:00					
12:00 - 14:00					
14:00 - 16:00					
16:00 - 18:00					
18:00 - 20:00					
20:00 - 22:00					
22:00 - 00:00					
00:00 - 03:00 (Noche)					
03:00 - 06:00 (Noche)					

Hoja de Registro - DÍA 2

Hora	Líquido Ingerido (Tipo y ml)	Orina Medida (ml)	Urgencia (0 a 3)	Escape (L / M / G)	Actividad / Desencadenante
06:00 - 08:00					
08:00 - 10:00					
10:00 - 12:00					
12:00 - 14:00					
14:00 - 16:00					
16:00 - 18:00					
18:00 - 20:00					
20:00 - 22:00					
22:00 - 00:00					
00:00 - 03:00 (Noche)					
03:00 - 06:00 (Noche)					

Hoja de Registro - DÍA 3

Hora	Líquido Ingerido (Tipo y ml)	Orina Medida (ml)	Urgencia (0 a 3)	Escape (L / M / G)	Actividad / Desencadenante
06:00 - 08:00					
08:00 - 10:00					
10:00 - 12:00					
12:00 - 14:00					
14:00 - 16:00					
16:00 - 18:00					
18:00 - 20:00					
20:00 - 22:00					
22:00 - 00:00					
00:00 - 03:00 (Noche)					
03:00 - 06:00 (Noche)					

Nota de valoración uroginecológica: Por favor, entregue este registro completado el día de su consulta. La información cuantitativa obtenida permitirá calcular su capacidad vesical efectiva, frecuencia diurna/nocturna (nicturia) y la severidad de los episodios de incontinencia.