



## HISTORIA CLINICA

### CLINICA PARA EVALUACION Y MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

#### DATOS GENERALES

No. Identidad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Dirección: \_\_\_\_\_ Área de salud: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Convivencia: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_  
 Blanca  Trabajador  Analfabeto:  Con otros familiares  C. Pesquisaje  
 Negra  Jubilado  Primario  Con otras personas  C. Selección  
 Mestiza  Pensionado  Medio  Anciano solo  Otras Clínicas  
 Amarilla  Ama de casa  Universitario  Con ancianos solamente  Unidad de Evaluación  
E Intervención Geriátrica

#### HISTORIA FARMACOLÓGICA

- Diuréticos
  - Anticolinérgicos
  - Antidepresivos
  - Hipnóticos y Sedantes
  - Antipsicóticos
  - Analgésicos narcóticos
  - IECA
  - Anticálcicos
  - Agonistas beta adrenérgicos
  - Agonistas alfa adrenérgicos
  - Bloqueadores alfa adrenérgicos
- Especificar fármaco y dosis:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### HISTORIA PERSONAL

- D.M
  - I.C.C
  - E.P.O.C
  - E.C.V
  - Demencia
  - Depresión
  - Lesión medular
  - Enf. Parkinson
  - Infecciones urinarias recurrentes
  - Radioterapia pélvica
  - Estrechez/dilatación uretrales
  - Neoplasia: \_\_\_\_\_
- Hábitos tóxicos:  
 Alcohol cantidad diaria: \_\_\_\_\_  
 Café cantidad diaria: \_\_\_\_\_
- Patología prostática
  - Cistocele
  - Prolapso pélvico
  - Insuficiencia venosa
  - Caídas
  - Partos vaginales múltiples
  - Cirugía pélvica
  - Cirugía prostática
  - Cirugía rectal
  - Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES:

1. ¿Gotea orina cuando no quiere?  No, nunca  Sí
2. ¿Tiene problemas para llegar al baño a tiempo o moja la ropa o la cama?  No, nunca  Sí
3. ¿Ha utilizado algún tipo de toalla absorbente para protegerse del goteo?  No, nunca  Sí
4. ¿Por cuánto tiempo ha tenido problemas con goteo de orina?  - de 1 sem.  1 a 4 sem.  1 a 3 meses  
 4 a 12 meses  1 a 5 años  más de 5 años
5. ¿Con qué frecuencia tiene goteo de orina?  - de 1 vez a la semana  más de 1 vez a la semana, pero menos de 1 vez al día  alrededor de 1 vez al día  más de 1 vez al día  goteo continuo  variable
6. ¿Cuándo ocurre el goteo?  sobre todo durante el día  sobre todo durante la noche  en el día y por la noche
7. Cuándo tiene goteo de orina ¿cuál es el volumen de goteo?  sólo unas cuantas gotas  + de unas cuantas gotas, pero  
- de una taza  más de una taza (suficiente para mojar vestimenta o ropa de cama, o ambas)  variable  lo ignora
8. De lo siguiente ¿cuál le ocasiona goteo de orina?  tos  risa  ejercicio u otras formas de esfuerzo  incapacidad para llegar al baño a tiempo
9. Con qué frecuencia orina normalmente?  cada 6 a 8 h. o con menor frecuencia  alrededor de cada 3 a 5 h.  
 alrededor de cada 1 a 2 h.  cuando menos cada hora o con mayor frecuencia  con frecuencia variable  lo ignora
10. ¿Se despierta por la noche a orinar?  nunca o rara vez  sí, por lo general una vez  sí, 2 o 3 veces por noche  
 sí, 4 o más veces por la noche  sí, pero la frecuencia es variable
11. Cuando siente la vejiga llena, ¿cuánto tiempo puede contener la orina?  todo el tiempo que lo desee (varios min. cdo -)  
 sólo unos cuantos minutos  menos de uno o dos minutos  no puede  no sabe cuando tiene la vejiga llena
12. ¿Tiene Ud. alguno de los siguientes factores cuando orina?  dificultad para empezar a orinar  micción muy lenta o goteo  
 esfuerzo para terminar  malestar o dolor  sensación de ardor  sangre en la orina
13. ¿Ha recibido evaluación o tratamiento previo para incontinencia?  No  Sí (Describir: \_\_\_\_\_)
14. ¿Padece Ud. estreñimiento?  No  Sí
15. ¿Alguna vez ha tenido evacuaciones incontroladas de heces?  No, nunca  Sí
16. ¿Utiliza en la actualidad alguno de los siguientes auxiliares para ayudarle con el goteo de orina?  toallas sanitarias  
 colchonetas para la cama  ropa interior especial  medicamentos  sustitutos de los servicios junto a la cama

**EXAMEN FISICO**

**Estado mental:**  Normal  Deterioro cognoscitivo leve a moderado  Deterioro cognoscitivo grave

**Movilidad:**  Se moviliza de manera independiente, con velocidad adecuada  
 Se moviliza de manera independiente, pero lentamente (de modo que se deteriora la capacidad de ir al baño)  
 No se moviliza de manera independiente, pero puede utilizar sustitutos de los servicios junto a la cama  
 Confinado a la silla o cama, pero capaz de utilizar los sustitutos de los servicios de manera independiente  
 Depende de otras personas para ir al baño

**Examen abdominal:**  Vejiga agrandada y palpable  Vejiga no palpable  Hipersensibilidad suprapúbica

**Examen rectal:**  Disminución en el tono del esfínter rectal en reposo  
 Disminución de la sensación perianal  
 Ausencia del reflejo bulbocavernoso  
 Próstata aumentada de tamaño  
 Sospecha de cáncer de próstata

**Contracción voluntaria del esfínter rectal:**  Buena  Regular  Deficiente  Incapaz

**Genitales externos:**  Irritación cutánea  Disminución en la sensación  Anormales (Describir: \_\_\_\_\_)

**Examen vaginal:**  Vaginitis atrófica  Prolapso ligero  Prolapso moderado/grave  Rectocele  
 Masa adenexal o uterina  Incontinencia por esfuerzo (supina)

**Prueba de tos con vejiga llena en caso de incontinencia por esfuerzo (de pie):**  Sin goteo  Poco goteo  
 Mucho goteo  Goteo demorado

**Valoración nutricional:** Peso \_\_\_\_\_ kgs Talla \_\_\_\_\_ cms  
IMC (peso Kg/ talla m²)  20-25 Normal  25-35 Sobrepeso  > 30

**Examen neurológico de las extremidades inferiores:**  Normal  Evidencia de lesión de neurona motora superior  
 Evidencia de lesión de neurona motora inferior  Neuropatía periférica

**ESTUDIOS DIAGNOSTICOS**

Parcial de orina:  Negativo  Positivo:  Hematuria  Piuria  Bacteriuria

Urocultivo:  Negativo  Positivo Germen causal: \_\_\_\_\_ Sensibilidad: \_\_\_\_\_

Glicemia: \_\_\_\_\_ Creatinina: \_\_\_\_\_ Calcio: \_\_\_\_\_

Ultrasonido abdominal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ultrasonido vesico-prostático: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ultrasonido pélvico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Volumen de residuo postmiccional: \_\_\_\_\_ ml

Uretrocitoscopia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes contrastados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pruebas urodinámicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_