



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:
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Trabajador	<input type="checkbox"/> Analfabeto:	<input type="checkbox"/> Con otros familiares	<input type="checkbox"/> C. Pesquisaje
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Primario	<input type="checkbox"/> Con otras personas	<input type="checkbox"/> C. Selección
<input type="checkbox"/> Mestiza	<input type="checkbox"/> Pensionado	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Anciano solo	<input type="checkbox"/> Otras Clínicas
<input type="checkbox"/> Amarilla	<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Con ancianos solamente	<input type="checkbox"/> Unidad de Evaluación e Intervención Comunitaria

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

<input type="checkbox"/> D.M	<input type="checkbox"/> Patología prostática
<input type="checkbox"/> I.C.C	<input type="checkbox"/> Cistocele
<input type="checkbox"/> E.P.O.C	<input type="checkbox"/> Prolapso pélvico
<input type="checkbox"/> E.C.V	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Caídas
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Partos vaginales múltiples
<input type="checkbox"/> Lesión medular	<input type="checkbox"/> Cirugía pélvica
<input type="checkbox"/> Enf. Parkinson	<input type="checkbox"/> Cirugía prostática
<input type="checkbox"/> Infecciones urinarias recurrentes	<input type="checkbox"/> Cirugía rectal
<input type="checkbox"/> Radioterapia pélvica	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Estrechez/dilatación uretrales	_____
<input type="checkbox"/> Neoplasia: _____	_____

Hábitos tóxicos:
 Alcohol cantidad diaria: _____
 Café cantidad diaria: _____

ANTECEDENTES:

- ¿Gotea orina cuando no quiere? No, nunca Sí
- ¿Tiene problemas para llegar al baño a tiempo o moja la ropa o la cama? No, nunca Sí
- ¿Ha utilizado algún tipo de toalla absorbente para protegerse del goteo? No, nunca Sí
- ¿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
- ¿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
- ¿Cuándo ocurre el goteo? sobre todo durante el día sobre todo durante la noche en el día y por la noche
- ¿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
- De lo siguiente ¿cuál le ocasiona goteo de orina? tos risa ejercicio u otras formas de esfuerzo incapacidad para llegar al baño a tiempo
- 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
- ¿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
- ¿Cuándo 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
- ¿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
- ¿Ha recibido evaluación o tratamiento previo para incontinencia? No Sí (Describir: _____)

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

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

Uretrocitoscopía: _____

Exámenes contrastados: _____

Pruebas urodinámicas: _____

Diagnóstico:

Programa terapéutico específico:

