

# Evaluación de la incontinencia urinaria

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

## IIQ-7

Quehaceres domésticos \_\_\_\_\_  
 Recreación \_\_\_\_\_  
 Entretenimiento \_\_\_\_\_  
 Viajes \_\_\_\_\_  
 Actividades sociales \_\_\_\_\_  
 Salud emocional \_\_\_\_\_  
 Frustración \_\_\_\_\_  
 Total \_\_\_\_\_

## Factores precipitantes

(encierre en un círculo la alternativa que corresponda)  
 Cambiar posición  
 Correr  
 Estornudar, toser  
 Reír  
 Levantarse  
 Agacharse  
 Al tratar de alcanzar un objeto  
 Correr al baño  
 Al correr el agua  
 Lavarse las manos

## Problemas de micción

(encierre en un círculo la alternativa que corresponda)  
 Se moja sin darse cuenta  
 Puede retener:  
     En forma indefinida  
     Unos cuantos minutos  
     Un minuto o dos  
     No siente sensación de vejiga llena  
 Nocturia

## Problemas con:

Comenzar a orinar  
 Flujo lento  
 Molestia  
 Hematuria  
 Micción incompleta

## Resumen de la incontinencia

Inicio

Tratamientos

Técnicas de autoayuda

“Diario vesical” \_\_\_\_\_ días  
 Accidentes \_\_\_\_\_  
 Micciones \_\_\_\_\_  
 Cambios de pañal \_\_\_\_\_

## Síntomas de la incontinencia urinaria

(factores precipitantes, impacto, frecuencia, cantidad, problemas de micción y evacuación)

## Revisión de sistemas

(neurológico [ataque apopléjico, enfermedad de Parkinson, pérdida de memoria], diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, obesidad)

## Positivos

(historial, hábitos, embarazos)

## Revisión de medicamentos

(bloqueadores beta, sedantes, narcóticos, diuréticos, anticolinérgicos, bloqueadores de los canales de calcio, medicamentos de venta libre, medicamentos para la gripe, herbolarios)

## Hábitos

(encierre en un círculo la alternativa que corresponda)  
 Cafeína  
 Líquidos por día \_\_\_\_\_ onzas  
 Líquidos al momento de ir a la cama \_\_\_\_\_ onzas  
 Alcohol \_\_\_\_\_/día  
 Tabaco \_\_\_\_\_/día

## Problemas de evacuación

Distensión <3/sem.  
 7 días entre Enemas o laxantes  
 Incontinencia

## Historial genitourinario

Tumor vesical  
 Irradiación pélvica  
 Infecciones recurrentes del tracto urinario  
 Cálculos renales

## Sólo mujeres

Número de embarazos \_\_\_\_\_  
 ¿Menopausia? S N  
 Edad \_\_\_\_\_  
 (encierre en un círculo la alternativa que corresponda)  
 Estrógenos  
 Historial familiar  
 Cáncer mamario  
 Suspensión  
 Dilatación  
 Histerectomía  
 Extracción de ovarios

## Sólo hombres

Cirugía de próstata  
 Retención

<b>Signos vitales</b>		Presión _____	Pulso _____	Temperatura _____	Peso _____ kg	Estatura _____ cm
<b>Ojos</b> Pupilas Fondo	<input type="checkbox"/> Párpados y conjuntiva normales <input type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas <input type="checkbox"/> Elementos positivos y discos normales	<b>Genitales externos</b> <input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación ¿Irritación de la piel? <input type="checkbox"/> Ninguna Sensación <input type="checkbox"/> Tacto fino normal Hallazgos				
<b>Oídos, nariz y garganta:</b> externos Otoscópico Audición Palpación del <b>cuello</b> Tiroides	<input type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias <input type="checkbox"/> Canales y membranas del tímpano normales <input type="checkbox"/> Normal a _____ <input type="checkbox"/> Simétrico y sin protuberancias <input type="checkbox"/> Sin agrandamiento ni sensibilidad	<b>Genitourinario femenino</b> Inspección interna <input type="checkbox"/> Vejiga, uretra y vagina normales Útero <input type="checkbox"/> Tamaño y posición normales sin sensibilidad Anexos <input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad Mm. pélvica <input type="checkbox"/> Presión, desplazamiento y duración normales Examen de provocación <input type="checkbox"/> Sin pérdida de orina con tos, de pie, rebotando sobre los talones Hallazgos (inflamación, prolapso, debilidad)				
<b>Esfuerzo respiratorio</b> Percusión torácica Palpación torácica Auscultación	<input type="checkbox"/> Normal sin retracciones <input type="checkbox"/> Sin matidez ni hiperresonancia <input type="checkbox"/> Sin frémito <input type="checkbox"/> Sonidos respiratorios bilaterales normales sin estertores					
Palpitación <b>cardíaca</b> Auscultación cardíaca Carótidas Pulso pedio	<input type="checkbox"/> Ubicación y tamaño normales <input type="checkbox"/> Sin soplo cardíaco, galope ni frote <input type="checkbox"/> Intensidad normal sin ruido <input type="checkbox"/> Pulso tibial posterior y pedio normales					
<b>Senos</b>	<input type="checkbox"/> Inspección y palpación normales	<b>Examen rectal</b> Esfínter <input type="checkbox"/> Apariencia y presión normales ¿Evacuación? <input type="checkbox"/> Nada en el recto <b>Sólo hombres</b> Próstata <input type="checkbox"/> Tamaño normal y sin nódulos Hallazgos del recto:				
<b>Abdomen</b> Hígado y bazo Hernia Vejiga Marcha Uñas	<input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad <input type="checkbox"/> No se palpa ni el hígado ni el bazo <input type="checkbox"/> No se detectan hernias <input type="checkbox"/> Sin agrandamiento <input type="checkbox"/> Postura y marcha normales <input type="checkbox"/> Sin dedos en palillo de tambor ni cianosis	Volumen de orina residual: _____ ml por: sonda Urianálisis <input type="checkbox"/> Normal Hallazgos: _____				
<b>Neurológico</b> Nervios craneales Coordinación Reflejos tendinosos profundos Sensación	<input type="checkbox"/> Alerta y atención normales <input type="checkbox"/> Sin gran déficit <input type="checkbox"/> Movimiento alterno rápido normal <input type="checkbox"/> Simétricos, __ (escala: 0-4+) <input type="checkbox"/> Propiocepción y tacto normales					

### ***Evaluación del diagnóstico***

### ***Plan (Conductual, medicamentos, educación, referencia, seguimiento)***