

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

Signos vitales	Presión _____	Pulso _____	Temperatura _____	Peso _____ kg	Estatura _____ cm
Ojos Pupilas Fondo	<input type="checkbox"/> Párpados y conjuntiva normales <input type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas <input type="checkbox"/> Elementos positivos y discos normales		Genitales externos ¿Irritación de la piel? Sensación Hallazgos	<input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Tacto fino normal	
Oídos, nariz y garganta: externos Otoscóptico Audición Palpación del cuello 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		Genitourinario femenino Inspección interna Útero Anexos Mm. pélvica Examen de provocación Hallazgos (inflamación, prolapso, debilidad)	<input type="checkbox"/> Vejiga, uretra y vagina normales <input type="checkbox"/> Tamaño y posición normales sin sensibilidad <input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad <input type="checkbox"/> Presión, desplazamiento y duración normales <input type="checkbox"/> Sin pérdida de orina con tos, de pie, rebotando sobre los talones	
Esfuerzo respiratorio 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 cardíaca 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				
Senos	<input type="checkbox"/> Inspección y palpación normales		Examen rectal Esfínter ¿Evacuación? Sólo hombres Próstata Hallazgos del recto:	<input type="checkbox"/> Apariencia y presión normales <input type="checkbox"/> Nada en el recto <input type="checkbox"/> Tamaño normal y sin nódulos	
Abdomen Hígado y bazo Hernia Vejiga Marcha Uñas Neurológico Nervios craneales Coordinación Reflejos tendinosos profundos Sensación	<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 <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		Volumen de orina residual: _____ ml por: sonda Urianálisis <input type="checkbox"/> Normal Hallazgos: _____		

Evaluación del diagnóstico

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