

Formulario de información del paciente con incontinencia urinaria

(Debe completarlo el paciente)

Antes de hablar con usted, el médico podría necesitar información sobre su pérdida involuntaria de orina. Estas preguntas son importantes para averiguar cuál es la causa de esta afección. Durante la consulta, el médico comentará con usted algunas de sus respuestas.

¿Qué cambios le gustaría ver en sus síntomas como consecuencia del tratamiento que se le aplique?

Descripción de la pérdida involuntaria de orina

1. ¿Hace cuánto tiempo sufre de pérdida involuntaria de orina?

2. ¿Ha recibido tratamiento antes por la pérdida involuntaria de orina?

3. Encierre en un círculo todos los tratamientos que ha recibido en el pasado.

Cirugía

Medicamentos

**Ejercicios de los
músculos pélvicos**

Estimulación eléctrica

Entrenamiento de la vejiga

¿Otros?

4. Encierre en un círculo todas las técnicas de autoayuda que ha probado.

Toallas sanitarias o pañales

Beber menos líquido

Ir al baño con frecuencia

Permanecer cerca de un baño

5. ¿Otras técnicas de autoayuda?

6. ¿Cuán a menudo tiene pérdida involuntaria de orina?

7. ¿Cuánta orina pierde cada día?

Actividades que provocan pérdida involuntaria de orina

Encierre en un círculo con cuánta frecuencia cada una de las siguientes actividades le provocan una pérdida de orina.

1. Al cambiar de posición ya sea al sentarse o pararse.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
2. Al correr.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
3. Al estornudar o toser.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
4. Al reírse.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
5. Al levantarse.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
6. Al agacharse.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
7. Al tratar de alcanzar un objeto.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
8. Mientras va apresuradamente al baño.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe
9. Al correr el agua.
Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe

10. Al lavarse las manos.

Nunca Rara vez Ocasionalmente A menudo Siempre No sabe

11. ¿Alguna vez se ha encontrado mojado o húmedo sin darse cuenta del percance?

Nunca Ocasionalmente Siempre

12. Una vez que su vejiga se siente llena, ¿cuánto tiempo puede retener la orina?

Tanto como quiera Unos cuantos minutos

Menos de uno o dos minutos No sé cuando la vejiga está llena

13. ¿Se despierta en la noche para orinar?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia?

14. Encierre en un círculo cualquiera de las situaciones que pueden ocurrir cuando orina.

a. Dificultad para comenzar a orinar

b. Flujo de orina muy lento o goteo

c. Molestia o dolor

d. Sangre en la orina

e. Sensación de que su vejiga no se ha vaciado por completo

**Consumo de
líquidos y
cigarrillos**

(taza = 6 onzas; vaso = 8 onzas; jarro = 12 onzas)

1. ¿Bebe café, té o bebidas gaseosas con cafeína?

Sí

No

¿Cuánto? _____ onzas

2. ¿Cuántos vasos de líquido bebe al día (incluidas las bebidas con cafeína que mencionó anteriormente)?

3. ¿Cuánto líquido bebe durante las dos horas antes de irse a la cama?

_____ onzas

4. ¿Bebe alcohol?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto bebe diariamente?

(1 trago = 12 onzas de cerveza, 6 onzas de vino o 2 onzas de licor fuerte)

5. ¿Fuma cigarrillos?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos paquetes fuma diariamente?

¿Hace cuántos años fuma?

Control intestinal

1. Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes problemas que haya tenido con sus intestinos.
 - a. **Distensión en más de un cuarto de las evacuaciones**
 - b. **Frecuencia de evacuaciones menos de 3 veces por semana**
 - c. **Período prolongado sin evacuar por más de 7 días**
 - d. **Enemas o laxantes (nada de fibra ni granos) más de una vez por mes**

2. ¿Alguna vez ha sufrido de pérdida incontrolada de material fecal?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia?

Historial

3. Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes problemas que haya tenido (o que tiene) y la fecha en que ocurrió.
 - a. **Tumor de vejiga** _____
 - b. **Irradiación pélvica** _____
 - c. **Infecciones recurrentes del tracto urinario** _____
 - d. **Cálculos renales** _____

Sólo para mujeres 1. ¿Cuántos hijos tiene?

Número de partos vaginales

Peso del bebé más grande

2. ¿Ya tuvo la menopausia?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué edad?

3. ¿Usa estrógenos?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo comenzó a usarlos (mes y año)?

4. ¿Son los estrógenos...?

Orales

En crema

Ambos

5. ¿Hay alguien en su familia que haya tenido cáncer mamario?

Sí

No

6. ¿Ha tenido una suspensión de la vejiga?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se realizó (mes y año)?

7. ¿Ha tenido una constricción o dilatación uretral?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se realizó (mes y año)?

8. ¿Se le ha practicado una histerectomía?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se realizó (mes y año)?

¿Vaginal o abdominal?

9. ¿Le han extirpado los ovarios?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se realizó (mes y año)?

Gracias por su colaboración. Cuando venga a su evaluación, trate de no miccionar antes de la visita. Algunos de los exámenes que se realizan son más útiles con la vejiga llena. Use una toalla sanitaria si está preocupada por la pérdida involuntaria de orina.

Sólo para hombres

1. ¿Se le ha practicado una cirugía de próstata?
Sí **No**

Si la respuesta es afirmativa, explique ¿qué tipo y cuándo se realizó (mes y año)?

2. ¿Ha sufrido retención urinaria (no puede vaciar la vejiga)?
Sí **No**
3. ¿Se le ha dicho que tiene un agrandamiento o hiperplasia de la próstata?
Sí **No**
4. ¿Ha tenido cáncer de próstata?
Sí **No**
5. ¿Ha sufrido infecciones prostáticas?
Sí **No**

Gracias por su colaboración. Cuando venga a su evaluación, trate de no miccionar antes de la visita. Algunos de los exámenes que se realizan son más útiles con la vejiga llena. Use un pañal si está preocupado por la pérdida involuntaria de orina.