

Tabla 5-1. Modelo de historia clínica (RAPbarcelona, 2013)

HISTORIA CLÍNICA

Núm. HHCC

Fecha inicio

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Fecha nacimiento

Dirección

Teléfono

Profesión/actividad

MOTIVO DE CONSULTA

Remitente:

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Médico:

HISTORIAL OBSTÉTRICO

Nº de partos:

Fecha partos:

Parto: Vaginal Cesárea Natural Episiotomía Instrumental Sondaje

Peso bebé:

Peso embarazo:

Recuperación cuarentena:

Desgarro perineal: I II III IV

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y ESTADO ACTUAL GENERAL

Talla/peso/índice de masa corporal:

Alergias:

Enfermedades cardiorrespiratorias/tensión arterial:

Enfermedades neurológicas:

Enfermedades metabólicas:

Enfermedades osteomusculares:

Enfermedades psiquiátricas:

Patologías hereditarias:

Intervenciones quirúrgicas:

Tratamientos farmacológicos:

Otros:

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Infecciones genitales:

Histerocele:

Cirugías pélvicas:

Aires vaginales:

Fase hormonal actual/fecha última regla:

Dismenorrea/amenorrea:

Tratamiento hormonal:

Dispareunia:

Método anticonceptivo:

Dolor:

ANTECEDENTES UROLÓGICOS

Infecciones de orina:

Frecuencia miccional diurna/frecuencia miccional nocturna:

Polaquiuria/poliuria/nicturia:

Pérdidas de orina diurnas:

Pérdidas de orina nocturnas:

(continúa)

Tabla 5-1. Modelo de historia clínica (RAPbarcelona, 2013) (continuación)

ANTECEDENTES UROLÓGICOS (continuación)

Circunstancias de las pérdidas de orina:
Sensación de vaciado completo:
Valsalva al orinar:
Colpocele anterior:
Pipi-stop?:
Dolor:

ANTECEDENTES COLOPROCTOLÓGICOS

Incontinencia fecal: Gases Heces sólidas Diarreas
Circunstancias del escape:
Estreñimiento/Valsalva al defecar:
Consistencia habitual de las heces: ¿Se modifican con la dieta?
Colpocele posterior:
Hemorroides:
Fisuras:
Dolor:

HÁBITOS

Tabaquismo:
Alcohol:
Café/té:
Dieta:
Ingesta de líquidos:
Descanso:
Actividad deportiva:
Otros:

EXPLORACIÓN DE LA TIPOLOGÍA Y PRUEBA DEL RECINTO ABDOMINOTORÁCICO

- TIPOLOGÍA: Aplomo Propulsión anterior Caída posterior
- Tono diafragmático: Normotónico Hipertónico I - II - III Derecha/izquierda
- Diástasis/eventración:
- Prueba de transmisión de las presiones a las zonas hipogástricas y respuesta subumbilical:
 Se contrae el transversos Se abomba
- Prueba de movilidad esternal:
- Prueba de movilidad suprapúbica:
- Prueba de descenso perineal:

INSPECCIÓN VULVOVAGINAL Y EXPLORACIÓN DE LOS REFLEJOS

Trofismo vulvar
Apertura vaginal
Distancia ano-vulva (cm)
Tono núcleo fibroso central
Cicatrices
Prepubiano
Colpocelos
Asimetrías
Contracción a la orden/Valsalva y aspiración:



Estudio de la sensibilidad y los reflejos
Reflejo bulbocavernoso
Reflejo anal
Estudio de la sensibilidad dermatomas S3/S4
Contracción anal con la tos

Tabla 5-1. Modelo de historia clínica (RAPbarcelona, 2013) (continuación)

EXPLORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO POR TACTO VAGINAL

TONO GLOBAL DEL SUELO PÉLVICO

HIPERTÓNICO NORMOTÓNICO HIPOTÓNICO

SINERGIA TRANSVERSO PROFUNDO/PUBOVAGINAL

SÍ NO

TONO Y CONTRACTILIDAD ANALÍTICA SUERO PÉLVICO VAGINAL

	TONO	CONTRACCIÓN OXFORD
PUBOVAGINAL D		
PUBOVAGINAL IZQ		
OBTURADOR INT D		
OBTURADOR INT IZQ		
MÚSCULO SUPERFICIAL		

Valoración contractilidad *biofeedback* manométrico:

Valoración contractilidad *biofeedback* electromiográfico:

COLPOCELES

	REPOSO	CONTRACCIÓN	VALSALVA
CISTOCELE			
UNIÓN URETROVESICAL			
HISTEROCELE			

TRANSMISIÓN DE FUERZAS FONDO SACO ANTERIOR

SÍ

NO

CORRECCIÓN DE LOS COLPOCELES EN HIPOPRESIÓN

SÍ

NO

EXPLORACIÓN UTERINA Y DE TEJIDOS BLANDOS

POSICIÓN UTERINA

ANTEVERSIÓN

ANTEFLEXIÓN

RETROVERSIÓN

RETROFLEXIÓN

CONGESTIÓN

FIBROSIS

HIPERTONÍA

DOLOR

(continúa)

Tabla 5-1. Modelo de historia clínica (RAPbarcelona, 2013) (continuación)

EXPLORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO POR TACTO RECTAL

Manometría ANORRECTAL:

ESFÍNTER EXT Y CONDUCTO ANAL

HIPOTONÍA/HIPERTONÍA ANAL

ANGULACIÓN PUBORRECTAL

CONTRACCIÓN PUBORRECTAL

TONO Y CONTRACTILIDAD ANALÍTICA

ILIOCOCCÍGEO D		
ILIOCOCCÍGEO IZQ		
ISQUIOCOCCÍGEO D		
ISQUIOCOCCÍGEO IZQ		
PUBOCOCCÍGEO D		
PUBOCOCCÍGEO IZQ		

VALORACIÓN COCCÍGEA	
VALORACIÓN TRANSVERSO PROFUNDO	
COLPOCELES	
OTROS	

CONCLUSIONES DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL

--

EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

FECHA		FIRMA
-------	--	-------

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-

Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

Pregunta llave

0	¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? <i>Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....</i>	SI
		NO

Si la respuesta es “Sí” cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

Ítems	Ítems	Respuesta	
1	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>
		Raramente	<input type="checkbox"/>
		A veces	<input type="checkbox"/>
		A menudo	<input type="checkbox"/>
		Casi siempre - Siempre	<input type="checkbox"/>
2	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	Nunca	<input type="checkbox"/>
		Raramente	<input type="checkbox"/>
		A veces	<input type="checkbox"/>
		A menudo	<input type="checkbox"/>
		Casi siempre - Siempre	<input type="checkbox"/>
3	Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca	<input type="checkbox"/>
		Raramente	<input type="checkbox"/>
		A veces	<input type="checkbox"/>
		A menudo	<input type="checkbox"/>
		Casi siempre - Siempre	<input type="checkbox"/>
4	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.	Nunca	<input type="checkbox"/>
		Raramente	<input type="checkbox"/>
		A veces	<input type="checkbox"/>
		A menudo	<input type="checkbox"/>
		Casi siempre - Siempre	<input type="checkbox"/>
5	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	Nunca	<input type="checkbox"/>
		Raramente	<input type="checkbox"/>
		A veces	<input type="checkbox"/>
		A menudo	<input type="checkbox"/>
		Casi siempre - Siempre	<input type="checkbox"/>

6	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
7a	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? <i>Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? <i>Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).</i>	Por sentir dolor	
		Por miedo a la penetración	
		Por falta de interés para la penetración vaginal	
		No tener pareja sexual	
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
8	Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
9	Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
10	En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? <i>Nota informativa: el término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
11	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	

12	Durante las últimas 4 semanas ¿cuantas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces	
		De 3 a 4 veces	
		De 5 a 8 veces	
		De 9 a 12 veces	
		Más de 12 veces	
13	Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	Muy insatisfecha	
		Bastante insatisfecha	
		Ni satisfecha ni insatisfecha	
		Bastante satisfecha	
		Muy satisfecha	

CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población general mujer. Se trata de una escala **auto-administrada** que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5. Su interpretación atiende a las siguientes consideraciones:

	<u>Dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)</u>	<u>Ítems</u>	<u>Puntuación Total</u>	<u>Interpretación</u>
<i>Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual</i>	1-Deseo	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	2-Excitación	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	3-Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	4-Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	5-Problemas con la penetración vaginal	6, 7a, 8	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
6-Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo	
		2	Trastorno moderado	
		3-5	Sin trastorno	
<i>Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual</i>	7-Iniciativa sexual	10	1	Ausencia de iniciativa
			2	Iniciativa moderada
			3-5	Sin problemas de iniciativa
	8-Grado de comunicación sexual ^a	11	1	Ausencia de comunicación sexual
			2	Comunicación sexual moderada
			3-5	Sin problemas de comunicación sexual
<i>Evalúan satisfacción sexual</i>	9-Satisfacción de la actividad sexual	9, 13	1-2	Insatisfacción
			3-5	Satisfacción moderada
			6-10	Satisfactoria
	10-Satisfacción sexual general	14	1	Insatisfacción sexual general
			2	Satisfacción sexual general moderada
			3-5	Satisfacción sexual general

	Dominios descriptivos	Ítems	información complementaria
<i>Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual</i>	11-Actividad sexual sin penetración vaginal ^b	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	12-Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	13-Existencia o no de pareja sexual	11	a) Si b) No

Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan los 6 primeros DEAS: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

^a**Dominio “Grado de comunicación sexual”:** No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.

^b**Dominio “Actividad sexual sin penetración vaginal”:** *Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b.*

Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos.
- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja.

Bibliografía

- Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria 2004; 34 (6): 286-92.

Tabla 6. Fármacos que influyen en la continencia

Fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción
Hipnóticos y ansiolíticos	Benzodiazepinas	Sedación, inmovilidad, relajación esfínter estriado
Diuréticos	Furosemida, tiazidas	Poliuria
IECA	Captopril, Enalapril	Tos
Antidepresivos	Antidepresivos tricíclicos	Acción anticolinérgica, sedación
Antipsicóticos	Haloperidol	Sedación delirio, inmovilidad
Antiparkinsonianos	Biperideno	Acción anticolinérgica
Antagonistas del calcio	Nifedipino, amlodipino	Relajación del m. detrusor
Alfa-agonistas	Efedrina	Cierre uretral (RAO en varones)
Opiáceos	Tramadol, codeína	Relajación del detrusor, estreñimiento
Alfa-bloqueantes	Alfazosina, tamsulosina...	Relajación cuello vesical
Antihistamínicos	Dexclorfeniramina maleato	Acción anticolinérgica
Antiespasmódicos	Baclofén, dantrolen	Relajación del esfínter externo

Cuestionario 3IQ para categorizar incontinencia

1. ¿Durante los 3 últimos meses, ha presentado fuga de orina (aunque sea una cantidad pequeña)?
 - Si
 - No (completó el cuestionario)
2. ¿Durante los 3 últimos meses, presentó una fuga de orina: (marque todas las que apliquen)
 - Cuando realizaba alguna actividad física, como toser, estornudar, alzar un objeto o ejercicio?
 - Cuándo sintió la urgencia de vaciar la vejiga, pero no pudo llegar al sanitario lo suficientemente rápido?
 - Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia?
3. Durante los 3 últimos meses, presentó fuga de orina más frecuentemente: (marque solo una)
 - Cuando realizaba alguna actividad física, como toser, estornudar, alzar un objeto o ejercicio?
 - Cuando sintió la urgencia de vaciar la vejiga, pero no pudo llegar al sanitario lo suficientemente rápido?
 - Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia?
 - Igual de frecuentemente con actividad física como con la sensación de urgencia

La definición del tipo de incontinencia urinaria se basa en la respuesta a la pregunta 3:

- Más frecuentemente durante actividad física → IUE
- Más frecuentemente con la urgencia de vaciar la vejiga → Urgencia
- Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia → otra causa
- Igual con actividad física y sensación de urgencia → mixta

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

1	Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)									
A	Nunca	0	puntos							
B	Una vez a la semana	1								
C	2-3 veces por semana	2								
D	Una vez al día	3								
E	Varias veces al día	4								
F	Continuamente	5								
2	Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.									
A	No se me escapa nada	0	puntos							
B	Muy poca cantidad	2								
C	Una cantidad moderada	4								
D	Mucha cantidad	6								
3	En qué medida estos escapes de orina que tiene, han afectado su vida diaria?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a usted.									
	Nunca									
	Antes de llegar al servicio									
	Al toser o estornudar									
	Mientras duerme									
	Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio									
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido									
	Sin motivo evidente									
	De forma continua									
Puntuacion: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación mayor a cero.										



























