

La incontinencia: *Plan personal de acción*

Yo puedo hacerme cargo

Usted está a cargo del control de la incontinencia; Intermountain Homecare & Hospice (servicios de cuidados en el hogar y cuidados paliativos) están comprometidos a ayudarle. A continuación, encontrará herramientas que le ayudarán a desarrollar su propio plan de acción y llevar un registro de su progreso en casa. Consulte a su proveedor de cuidados en el hogar para que le explique cualquier asunto que usted no comprenda.

Mi plan personal

Me gustaría trabajar en las siguientes áreas para controlar mi incontinencia (empiece con una o dos):

- Ejercitar los músculos pélvicos
- Controlar las ganas de ir al baño y los derrames
- Comer bien y controlar mi dieta
- Tomar mis medicamentos como lo recomendó mi proveedor de cuidados
- Evitar los productos de tabaco



¿Tiene alguna pregunta?
Si tengo dudas, me comunicaré con mi proveedor al _____ en un horario de _____ y _____.

EJERCITAR LOS MÚSCULOS PÉLVICOS *(elija la opción que desee llevar a cabo cada semana)*

Para ejercitar mis músculos pélvicos, haré lo siguiente:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Realizaré ejercicios de Kegel (suelo pélvico), diez repeticiones, tres veces al día				
Realizaré otros ejercicios que indique el terapeuta físico				
Otro:				

Los problemas posibles para lograr mi objetivo son:

Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son:

CONTROLAR LAS GANAS DE IR AL BAÑO Y LOS DERRAMES *(elija la opción que desee llevar a cabo cada semana)*

Para controlar mis ganas de ir al baño y mis derrames, haré lo siguiente:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Vaciaré mi vejiga en los horarios previstos (en lugar de esperar a que me den ganas)				
Usaré técnicas conductuales como bloqueo perineal o de relajación, constricción o respiración				
Otro:				

Los problemas posibles para lograr mi objetivo son:

Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son:

COMER BIEN *(elija la opción que desee llevar a cabo cada semana)*

Para administrar mi dieta, haré lo siguiente:

Beberé por lo menos seis a ocho vasos de líquidos al día, a menos que mi médico aconseje algo distinto

Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Comeré alimentos que evitan el estreñimiento:

Frijoles y lentejas secos

Panes integrales y cereales

Vegetales frescos

Frutas frescas

Evitaré los alimentos que irritan mi vejiga:

Evitaré la cafeína (que se encuentra comúnmente en el café, el té, los refrescos de cola y los chocolates)

Evitaré el alcohol

Evitaré los alimentos condimentados, como los chiles picantes y el rábano

Evitaré los alimentos ácidos, como la naranja, la piña y el tomate

Evitaré las bebidas carbonatadas, como los refrescos y el agua con gas

Los problemas posibles para lograr mi objetivo son:

Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son:

TOMAR MIS MEDICAMENTOS

Para controlar las condiciones que empeoran mi incontinencia, voy a tomar:

Medicamento: _____

Voy a tomar mi medicamento cada _____ horas.

Como recordatorio, haré lo siguiente: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios:

Medicamento: _____

Voy a tomar mi medicamento cada _____ horas.

Como recordatorio, haré lo siguiente: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios:

EVITARÉ EL TABACO *(elija la opción que desee llevar a cabo cada semana)*

Para evitar el uso de productos de tabaco, yo:

Elegiré un método que me ayude a dejar de fumar

Identificaré mi equipo de apoyo

Fijaré una fecha para dejar el cigarro

Otro:

Los problemas posibles para lograr mi objetivo son:

Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son:

Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4