ASANEC

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES INCONTINENTES

GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

Primera Edición

Director

Juan Carlos Morilla Herrera
Enfermero
Director Unidad de Residencias Distrito Sanitario Málaga.
Profesor Colaborador Escuela Andaluza de Salud Pública

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
(ASANEC)

Diseño de portada: Nuria Delgado Sánchez.

1ª Edición Enero de 2003.
Tirada: 1000 ejemplares.

ISBN:

Depósito legal:

Edita: Asociación Analuza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Domicilio Social: Horno de Marina 2- 3º- 2 18001 GRANADA. http:\ \ www.asanec.org

Impresión: Gráficas JOFRESA S.L. Málaga.
Printed in Spain.

EQUIPO DE AUTORES:

COORDINADOR DEL GRUPO:

Juan Carlos Morilla Herrera. Enfermero asociado a la ASANEC. Director Unidad de Residencias Distrito Sanitario Málaga. Profesor Colaborador E.A.S.P.

ÁREA ENFERMERIA:

- Julia Iglesias Regidor. Enfermera. Unidad de Residencias. Distrito Sanitario Málaga. MÁLAGA.
- Juan Miguel Izquierdo Carrasco. Enfermero asociado a la ASANEC. Z.B.S. Alhaurín el Grande. Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce. MALAGA.
- María José Martín Leal. Enfermera. Z.B.S. Castilleja de la Cuesta. Distrito Sanitario Aljarafe. SEVILLA.
- María del Carmen Martín Ruiz. Enfermera asociada a la ASANEC. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Distrito Sanitario Costa del Sol. MALAGA.
- Cristina Rodriguez García. Enfermera. Centro de Salud Joaquín Pece - San Fernando. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda . CÁDIZ.
- Agustina Silvano Arranz. Enfermera. Z.B.S. Bajo Andarax. Consultorio Rioja. Distrito Sanitario Almería . ALMERÍA.

ÁREA MEDICINA :

- María José Rodríguez Barquero. Médico Geriatra Residencia ISDABE-SAR. Estepona. MÁLAGA.
- Antonio Lara Villegas. Médico. Director de Salud. Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce. MÁLAGA.
- José Carlos Velasco Ortega. Médico. Director de Salud. Distrito Sanitario Costa del Sol. MÁLAGA.

ÁREA FARMACIA :

- José Fernández Arquero. Farmacéutico. Distrito Sanitario Costa del Sol. MÁLAGA.
- Carlos Fernández Oropesa. Farmacéutico. Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora. ALMERÍA.
- Salvadora Martín Sances. Farmacéutica. Distrito Sanitario Granada. GRANADA.
- Eva Moreno Campoy. Farmacéutica. Distrito Sanitario Serranía. MÁLAGA.
- Mª Isabel Baena Parejo. Farmacéutica. Delegación de Salud de Granada. GRANADA.

COLABORADORES y REVISORES:

- Mercedes Bueno Ferrán.Enfermera asociada a la ASANEC. Profesora docente Escuela Universitaria de Enfermería Virgen del Rocío. SEVILLA.

- Francisco J. Martín Santos. Enfermero asociado a la ASANEC. Coordinador Enfermería Distrito Sanitario Málaga. Profesor Colaborador Escuela Andaluza de Salud Pública (E.A.S.P.) MÁLAGA.

- José Miguel Morales Asensio. Enfermero U.C.I. Hospital Clínico Universitario Málaga. Profesor Colaborador E.A.S.P. MÁLAGA.

- Bernardo Ruiz García. Matrona asociado a la ASANEC. Enfermero-Matrón Centro de Salud San Pedro Alcántara. Distrito Sanitario Costa del Sol. MÁLAGA.

- Isabel Toral López. Enfermera asociada a la ASANEC. Enfermera Centro de Salud La Cartuja. Distrito Sanitario Granada . GRANADA.

- Catalina Rodríguez Ponce. Enfermera Geriatra. Directora Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud Universidad de Málaga. MÁLAGA.

- Eloy Olivan Martínez. Coordinador Enfermería Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda. CÁDIZ.

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

ÍNDICE

- Introducción. 1
- Epidemiología. 3
- Fisiología. 4
- Estructuras responsables de la continencia. 5
  - o Vejiga. 5
  - o Uretra. 6
  - o Suelo Pélvico. 6
  - o Inervación. 8
- Clasificación en la Incontinencia (IU). 10
- Correspondencias en las IUs entre la clínica médica y
- los DdE de la Nanda. 15
- Algoritmo para el Diagnóstico de Enfermería de la IU. 16
- Diagnósticos Nanda con NIC y NOC aconsejadas y factores relacionales Congruentes con el Modelo de Henderson.. 17
- Algoritmo Diagnóstico para IU de esfuerzo sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas. 18
- Algoritmo Diagnóstico Para IU Refleja sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas. 19
- Algoritmo Diagnóstico Para IU De Urgencia sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas. 20
- Algoritmo Diagnóstico Para IU Funcional sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas. 21
- Algoritmo Diagnóstico Para IU Total sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas. 22
- Valoración de Enfermería. 23
- Normas Generales en el tratamiento de la IU. 26
- Ventajas de las técnicas Conductuales. 27
- Tipos de técnicas Conductuales. 27
- Individuos susceptibles de terapia Conductual. 27
- Técnicas Conductuales Cuidadores-Dependientes. 28

- Vaciamiento Programado. 28
- Doble Vaciamiento. 29
- Entrenamiento del Hábito. 29
- Refuerzo a la Continencia. 30

- Técnicas Conductuales Educacional y/o Rehabilitadora. 30
  - Reentrenamiento Vesical. 31
  - Rehabilitación del Suelo Pélvico. 32
  - Terapia de Retroalimentación. 33
  - Ejercicios con Pesas Vaginales. 33
- Técnicas Conductivas. 34
  - Colectores de Pene. 34
  - Oris. 34
  - Sondaje Vesical. 35
  - Absorbentes para IU. 36
- Resumen revisiones sistemáticas. 44
- Anexos. 46
  - Noc: Continencia Urinaria. 46
  - Registro de continencia. 48
  - Díptico para pacientes. 48

- Bibliografía. 49

PRESENTACIÓN:

Es una enorme satisfacción poder presentarles esta Guía de atención a pacientes con Incontinencia Urinaria, con la que queremos poner al alcance de los profesionales de la enfermería comunitaria andaluza una herramienta de trabajo útil para la mejora de la atención que se presta a estas personas y a sus cuidadores.

La ASANEC, sociedad científica andaluza de enfermería comunitaria (integrada en la FAECAP) en apenas cinco años de existencia está produciendo un fuerte impacto en el mundo profesional y científico en pos a la contribución de la mejora continua de la calidad asistencial y es que en este corto pero a la vez dilatado espacio de tiempo ha desarrollado una importante producción científica traducida en diversos eventos científicos como Congresos, Encuentros, Foros, etc., ha firmado importantes convenios y pactos con instituciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía (S.S.P.A.) y con otras entidades como la Fundación Index, y en su página Web se puede ver el fruto de la divulgación científica a la que está contribuyendo.

A todo lo anterior se une, lo que tienes en tus manos, la primera publicación de una obra científica por la ASANEC, en la que han participado un equipo multidisciplinar de profesionales (médicos especialista de familia y geriatria, farmacéuticos y enfermeras), teniendo por encima de todo la visión integral que esta sociedad científica tiene del paciente/ciudadano, con

especial aportación de la visión enfermera sobre las respuestas humanas a este grave problema que afecta a una importante población de la sociedad.

La publicación de esta Guía obedece, por tanto, al interés de dotar a las enfermeras de salud familiar y comunitaria de un instrumento práctico que les permita analizar este proceso de la Incontinencia Urinaria, con el fin de promover y ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas de los destinatarios de la misma, es decir, pacientes, cuidadoras y los propios profesionales de enfermería. La Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria incluye contenidos de clínica avanzada, tanto en su metodología como en la evidencia científica disponible actualmente.

Por último quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los autores de la misma, así como al equipo evaluador y muy especialmente al Coordinador de la obra científica el enfermero Juan Carlos Morilla, autentico lider de enfermería donde los haya, por su especial dedicación al desarrollo profesional, por sus conocimientos teórico-prácticos, por la docencia que realiza al expandir sus conocimientos a lo largo de la geografía andaluza, por lo erudito en la búsqueda y resolución en la mejora de los cuidados y como no por su especial talante y perfil como persona y profesional sencillo, transparente y humilde, tan cercano tanto a las enfermeras clínicas como a los pacientes y cuidadoras.

Esperamos, pues, que esta publicación científica, nacida desde la ASANEC a través de sus asociados y

simpatizantes, sirva como instrumento de práctica clínica avanzada y favorezca el desarrollo y la mejora de los cuidados enfermeros, y que sea útil por tanto para mejorar la calidad de la atención y el nivel de salud que se presta en el S.S.P.A. a todos los andaluces y andaluzas.

Eugenio Contreras.
Presidente de la ASANEC.

GUÍA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria (IU) es por su gravedad, frecuencia, repercusiones y magnitud un grave problema de nuestra sociedad.

Afecta a todos los grupos de población, edades y ambos sexo, aunque es más frecuente en mujeres y ancianos.

Deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, posee graves repercusiones psicológicas y sociales, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto. La incontinencia urinaria es uno de los síntomas geriátricos más frecuentes, constituyendo un importante problema sanitario en la población anciana.

La incontinencia urinaria aparece reflejada en la literatura médica como un síntoma asociado a multitud de patologías y en la literatura enfermera como un diagnóstico enfermero pues constituye una respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación y que lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar o de relación, en el grado de independencia, y abocando a una situación de aislamiento por la sensación de

vergüenza, con pérdida de la autoestima e incremento de la dependencia de terceras personas[1].

La International Continent Society [2] define la incontinencia urinaria (IU) como una situación en que la perdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrable objetivamente, genera un problema social e higiénico. La IU representa una patología compleja y de difícil solución, que limita la libertad individual y reduce la autoestima de las personas.

Los diagnósticos de enfermería referidos a la eliminación urinaria son ocho. Sin duda los diagnósticos de enfermería formulados con taxonomía NANDA entienden que el gran problema urinario que es competencia de la enfermería es la incontinencia, de los 8 diagnósticos, seis nos hablan de incontinencia (funcional, de esfuerzo, urgencia, y de riesgo de urgencia, total, y refleja), fuera de este concepto quedan dos: un primer diagnóstico "general": Deterioro de la Eliminación Urinaria, y el de Retención urinaria, (que a su vez se relaciona mucho con la incontinencia refleja).

El mecanismo de la continencia de orina se reduce básicamente a un juego de presiones donde, si el sistema esfinteriano mantiene una presión superior a la que en ese momento hay en la vejiga, no se produce emisión de orina. Si esta situación se invierte de forma consciente y voluntaria, la denominamos micción, y si es involuntaria o inconsciente, se denomina incontinencia.

EPIDEMIOLOGÍA

La afectación de incontinencia urinaria en el mundo es de aproximadamente 50 millones de personas, siendo 2.5 millones los españoles afectados, aunque esta cifra pudiera estar algo inflada[3,4]. La prevalencia encontrada [5] varía entre el 0.6% y el 49% según los estudios. Semejante variabilidad es debida fundamentalmente a la falta de homogeneidad que guardan los diferentes estudios respecto a los criterios de inclusión.

Entre la población afectada se pueden distinguir cuatro grandes colectivos:

- Población infantil enurética
- Mujeres en edad laboral, entre el 15 y el 20% de las mujeres en edad laboral (de 18 a 65 años) padecen IU.
- Pacientes neurológicos
- Ancianos.

Diversos estudios sobre la IU muestran una mayor prevalencia en mujeres y un aumento de la misma con la edad, la menopausia y el número de partos[6].

En estudios sobre población femenina las prevalencias encontradas han oscilado entre el 40.6% y el 75%, según el grupo de edad [7,5]. Las mujeres que habían dado a luz por vía vaginal tuvieron un 52.1% de prevalencia de IU frente a un 27% de nulíparas. La edad de inicio de la incontinencia se produjo entre los 30-51 años [8].

La existencia de IU era conocida exclusivamente por la paciente en el 69.8%, por el cónyuge en el 10.9% y por el médico en el 11.4%; el secreto disminuye lentamente con la edad de la paciente.

En los varones suele tener relación con la patología prostática y en ambos sexos puede verse influenciada por la presencia de diabetes mellitus, patología neurológica, intervenciones en la zona pélvica o abdominal y utilización de algún tipo de fármaco.

En los ancianos aparecen prevalencias diferentes según el nivel asistencial estudiado, oscilando entre el 5-6% para la población mayor de 65 años no institucionalizada y entre el 40-60% en las residencias asistidas y unidades de larga estancia [9].

FISIOLOGÍA.

La continencia es el resultado de la perfecta función y coordinación de la vejiga y la uretra durante la fase de llenado vesical depende de la integridad de estas dos estructuras y de los centros nerviosos responsables de su actividad.

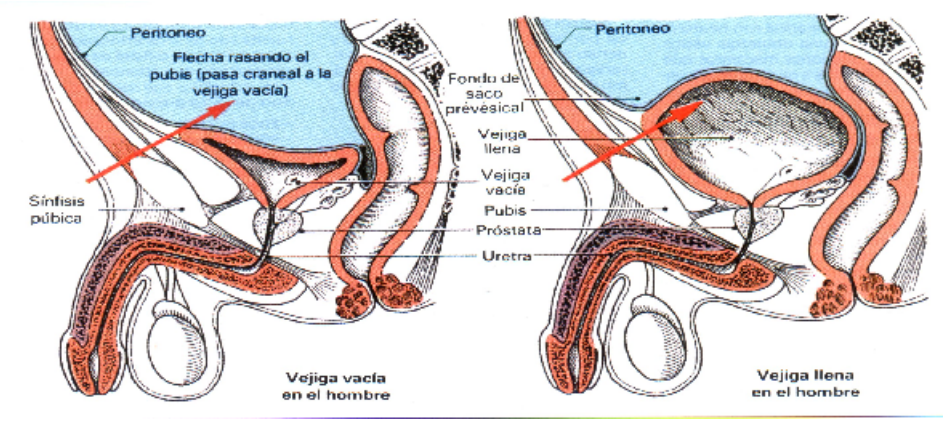
La micción y la continencia son el resultado de la magnitud de dos fuerzas coordinadas y contrapuestas: la presión intravesical y la presión intrauretral.

ESTRUCTURAS RESPONSABLES DE LA CONTINENCIA.

El tracto urinario inferior está constituido por la vejiga, que es una cavidad de composición muscular con función de almacenamiento de la orina y por la uretra o conducto de drenaje al exterior. La musculatura pelviana ayuda a la continencia urinaria fortaleciendo el mecanismo esfinteriano.

Vejiga. Está formada por una estructura muscular encargada de la contracción vesical -el detrusor- y la región anatómica de salida al exterior -el trígono-. El detrusor está formado por un 70% de fibras elásticas y un 30% de fibras colágenas.

Durante la fase de llenado, la orina se acumula en la vejiga a un promedio de 20 ml/min. La capacidad vesical varía según los individuos - se considera normal 350-500 ml- Al inicio de ésta, en la fase de almacenamiento, la vejiga se distiende manteniendo una presión baja de llenado debido a la relajación del músculo detrusor. En la fase final de la misma, la presión aumenta produciendo sensación de plenitud y deseos de orinar. En la fase de vaciado, se produce la contracción del detrusor gracias al estímulo del parasimpático.



Uretra. Tiene una doble función: de control del vaciado y de su conducción. Está constituida por un esfínter interno formado por fibras musculares lisas y rodeado en su capa más externa, por una capa de músculo estriado que constituye el esfínter externo, el cual tiene un papel muy importante en el mantenimiento de la continencia. Durante el llenado vesical la presión intrauretral permanece más alta que la intravesical asegurando la continencia, la diferencia de presión entre uretra y vejiga, recibe el nombre de presión uretral de cierre. En la fase de vaciado se produce la apertura del esfínter interno y la relajación voluntaria del esfínter externo con una caída de la presión intrauretral que favorece la micción.

Suelo pélvico. Está constituido por un conjunto de músculos cuya función es dar un soporte flexible a los órganos de la pelvis; vejiga urinaria, útero y ovarios y porción final del intestino. La función correcta de estos órganos depende de la integridad y fortaleza de los músculos que los mantienen.

Los Trastornos del Suelo Pélvico, incluyen un grupo de procesos entre los que se encuentran:

1) La Incontinencia Urinaria, y los cuadros de Urgencia -Frecuencia Miccional, que se caracterizan por episodios de deseos miccionales intensos que no pueden controlarse voluntariamente y que conducen a una elevada frecuencia de micciones durante el día y episodios de escapes de orina.

2) Otro grupo lo forman los Celes o Prolapsos. Constituyen descensos de los órganos de la pelvis por insuficiencia del soporte muscular e incluyen los Cistoceles, prolapsos de vejiga, Prolapsos uterinos, cuando lo que se desprende es la matriz o útero, y Prolapsos Rectales o Rectoceles.

3) En un último grupo encontramos los dolores pélvicos no filiados o Algias Pélvicas y Disfunciones Sexuales.

Estos son algunos de los problemas más importantes que tienen relación directa con las anomalías del suelo pélvico.

¿Cómo se lesionan estos músculos?

Hay muchas situaciones que debilitan la musculatura pélvica y es conveniente conocer:

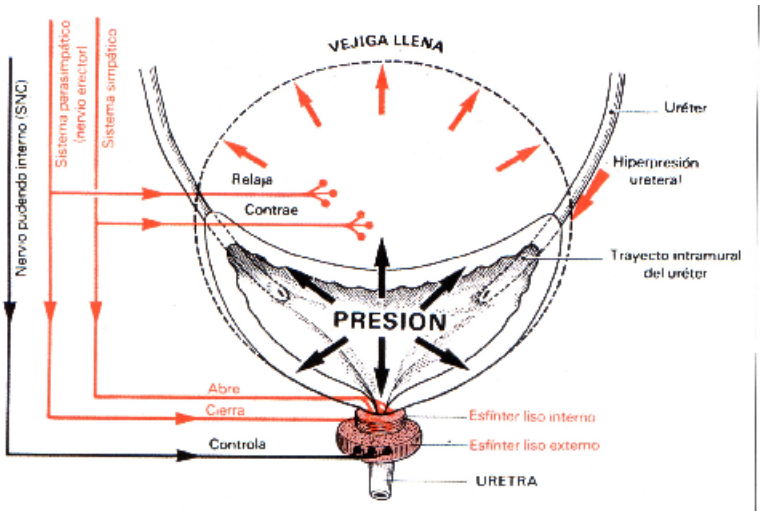
- ✓ Los embarazos y partos repetidos, en especial si se trata de niños de elevado peso al nacer o son partos prolongados, desgarros perineales durante el parto, recuperación post-parto insuficiente y/o mal dirigida, etc.

- ✓ Una preparación y/o recuperación insuficiente en las intervenciones efectuadas sobre los órganos pélvicos, como sucede en histerectomías, cirugías de colon y recto, intervenciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria, cirugías de vejiga y próstata en el varón, etc.. se acompañan de lesiones y disfunciones musculares pélvicas de grado variable susceptibles de rehabilitación.
- ✓ Existen situaciones cotidianas en las que estos músculos se deterioran gravemente. La realización de ejercicio físico incontrolado o excesivo es una de ellas; la realización de abdominales, aeróbic, saltos etc... incrementan considerablemente el riesgo de padecer incontinencia urinaria.
- ✓ Los cambios que acontecen durante la menopausia y el envejecimiento normal, la influencia hereditaria y la presencia de determinados hábitos; retener mucho tiempo la orina, hacer presión con el abdomen, utilizar fajas o prendas muy ajustadas, la obesidad, el estreñimiento, la tos crónica, el tabaquismo, etc.. aumentan considerablemente la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y los trastornos derivados de la debilidad de los músculos pélvicos.

Inervación. En la inervación de los responsables de la dinámica miccional así como en su control participan el sistema simpático, el parasimpático y el somático, los cuales actúan de forma sinérgica modulados por los centros encefálicos y medulares.

El sistema nervioso parasimpático inerva el detrusor asegurando el vaciado vesical por contracción del mismo. El sistema nervioso simpático inerva el trígono y el esfínter interno, asegurando la continencia al mantener el cuello vesical cerrado durante el llenado de la vejiga. El nervio pudendo inerva el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal asegurando la continencia, al poder cerrar la uretra y el ano.

Los centros medulares que actúan sobre la micción son: el núcleo simpático (metámera D1O-Ll), núcleo parasimpático (metámera S2-S4) y núcleo somático (metámera S3-S4). La coordinación de los núcleos medulares la realiza un centro superior, denominado núcleo pontino, auténtico núcleo de la micción.



PAPEL DE LAS PRESIONES Y DE LA INERVACION EN EL LLENADO VESICAL

El orinar es un acto voluntario y consciente que se consigue gracias al control que ejercen los centros

superiores sobre el núcleo pontino que informa a la corteza cerebral del llenado vesical, y la necesidad de micción se controla por inhibición del reflejo miccional, hasta que se pueda orinar en un lugar adecuado.

La interrupción del flujo miccional se consigue mediante la contracción del esfínter periuretral y la inhibición de la contracción del detrusor.

CLASIFICACIONES EN LA INCONTINENCIA.

En la clínica médica pueden encontrarse multitud de clasificaciones sobre IU que varían su nomenclatura según el autor, aunque en la generalidad de los casos se trata de variaciones de nombre sobre un mismo o muy similar concepto. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)[10] clasifica las incontinencias en la actualidad mediante cinco etiquetas diagnósticas que pueden hacerse corresponder con nomenclatura usada en la clínica médica, en este caso, sin embargo, **el interés de la disciplina enfermera no es la etiología sino la respuesta**, en términos conductuales, que la pérdida de orina involuntaria genera en los individuos.

Incontinencia transitoria. En el 50% de los ancianos hospitalizados que presentan incontinencia, ésta es de tipo reversible, mientras que en el 33% de los que viven en la comunidad se trata de pérdidas urinarias transitorias. Las causas que desencadenan la incontinencia aguda son múltiples, pero las principales son: infecciones del tracto urinario, delirio, vaginitis o uretritis atrófica, fármacos (sedantes, diuréticos,

anticolinérgicos, antagonistas del calcio), disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hiperglucemia e hipercalcemia), inmovilidad e impactación fecal.

Incontinencia de urgencia. También conocida como inestabilidad del detrusor, es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente (65% de los casos) entre las personas mayores. Esta incontinencia se produce cuando las contracciones no inhibidas del detrusor superan la resistencia de la uretra, lo que permite la pérdida de pequeñas cantidades de orina. Los ancianos presentan una súbita urgencia de orinar y un residuo posmiccional con frecuencia menor de 50 ml. Básicamente, existen cuatro mecanismos responsables de este tipo de incontinencia: defectos en la regulación por parte del SNC, obstrucción del tracto urinario inferior (como en las primeras fases del síndrome prostático), afectación orgánica vesical e inestabilidad idiopática (forma más frecuente en mujeres). **La NANDA la llama Incontinencia urinaria de urgencia**: el estado en que una persona experimenta una emisión de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Incontinencia por rebosamiento. Ocurre cuando la presión de llenado vesical excede a la uretral, pero sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga sin que exista actividad del detrusor. Suele corresponder a la etapa final de la obstrucción del tracto inferior urinario y se caracteriza por un residuo posmiccional superior a 100 ml. Existen dos mecanismos de producción. El primero, por obstrucción, al existir un obstáculo en el flujo miccional, las fibras musculares

del detrusor se hipertrofian, pero con el tiempo pierden su capacidad de contracción produciendo un insuficiente vaciado de orina y el consiguiente residuo vesical. Puede aparecer en ambos sexos aunque es más frecuente en el varón por la hipertrofia benigna de próstata. La otra causa son los fármacos: antihipertensivos, antagonistas del calcio e inhibidores de prostaglandinas (AINEs), que disminuyen la contractibilidad del detrusor. Clínicamente se manifiesta con síntomas obstructivos, aunque algunos pacientes pueden referir polaquiuria. **La NANDA la llama Incontinencia urinaria refleja**: estado en que la persona experimenta una pérdida involuntaria de orina, que ocurre con intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen determinado en la vejiga.

Incontinencia de estrés. Conocida también como incontinencia de esfuerzo pura o genuina. Se produce cuando el aumento de presión intrabdominal supera la resistencia uretral, permitiendo la expulsión de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor. Entre sus causas se incluyen la deficiencia estrogénica, la debilidad de los músculos pelvianos, la debilidad del esfínter uretral y la obesidad. Clínicamente existen pequeñas pérdidas de orina después de la tos o de un acceso de risa o cualquier actividad física que aumente la presión abdominal. El residuo posmiccional es mínimo. Su prevalencia se sitúa entre el 40-50%[11]. **La NANDA la llama Incontinencia urinaria de estrés:** se define como el estado en que la persona experimenta una pérdida de orina de menos de 50 ml que se produce al aumentar la presión abdominal.

Incontinencia funcional. Este tipo de incontinencia tiene lugar cuando un anciano continente con tracto urinario intacto no desea o es incapaz de alcanzar el retrete para orinar. Son variadas las situaciones que contribuyen a este tipo de incontinencia, entre ellas: depresión, hostilidad, alteraciones musculosqueléticas, ausencia de iluminación en la habitación, etc. **La NANDA la llama Incontinencia urinaria funcional**: estado en que la persona experimenta una emisión de orina involuntaria e impredecible.

La NANDA define la Incontinencia urinaria total como el estado en que una persona experimenta una pérdida de orina continua e impredecible. Este tipo de IU no tiene correlación con ninguna de las encontradas en la literatura médica aunque constituye una respuesta posible en varias de ellas.

Incontinencia neurógena. Puede ser:

- Hiperrefléxica. Por afectación de la primera motoneurona. Se define como hiperactividad del detrusor y surge en traumatismos craneoencefálicos, ACV, tumores cerebrales, esclerosis múltiples en fases iniciales, demencias, enfermedad de Parkinson, etc. Clínicamente se manifiesta como una IU de urgencia.

- Arrefléxica. Por afectación de la segunda motoneurona. Se produce una ausencia de

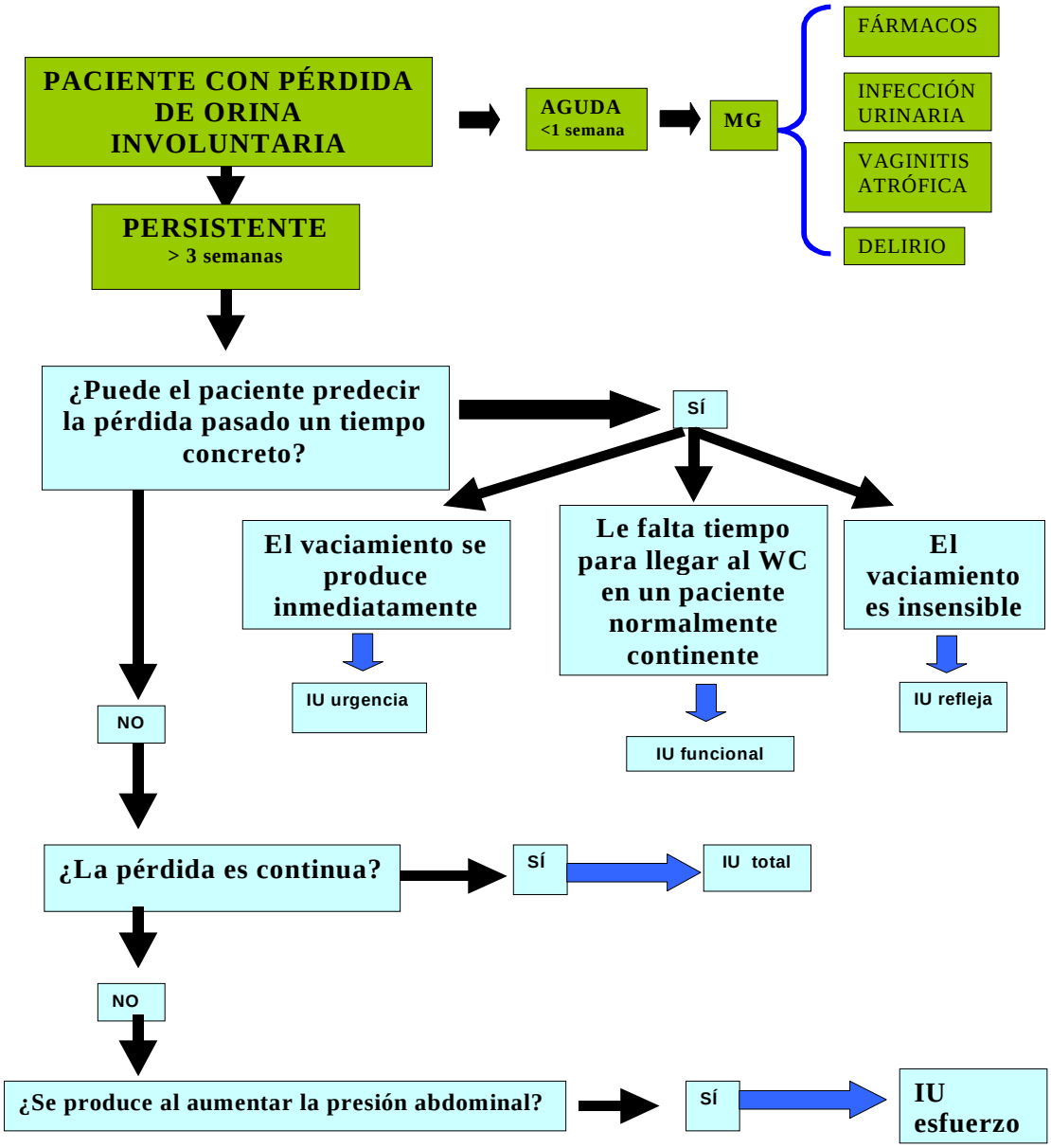
contracciones del detrusor y aparece en tetraplejia, paraplejia, espina bífida y esclerosis múltiple en fases avanzadas. Clínicamente se manifiesta como una IU por rebosamiento.

- Alteraciones de la inervación pelviana. Se produce disfunción de los esfínteres a consecuencia de lesiones traumáticas o quirúrgicas del nervio pudendo, pélvico o hipogástrico, o por neuropatía autonómica (como en la diabetes).

CORRESPONDENCIAS EN LAS I.U. ENTRE LA CLÍNICA MÉDICA Y LOS DdE DE LA NANDA TRATAMIENTOS DE ELECCIÓN

NANDA	PLANES DE CUIDADOS	Clínica Médica	Tratamientos de elección
IU de esfuerzo	Ejercicios de Kegel Conos vaginales Estimulación eléctrica	IU de estrés	Agonistas alfa-adrenérgicos Estrógenos vaginales o transdérmicos Cirugía
IU refleja	Sondaje intermitente Colectores de pene Absorbentes.	IU por rebosamiento.	Agonistas alfaadrenérgicos
IU de urgencia	Vaciamiento programado, doble vaciamiento Colectores pene Absorbentes.	IU de urgencia	Anticolinérgicos Relajantes fibra lisa Triciclicos.
IU funcional	Vaciamiento programado, doble vaciamiento Colectores pene Absorbentes	IU funcional.	
IU total	Colectores de pene Absorbentes	Sin correspondencia clara	

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA



Algoritmo desarrollado por Juan Carlos Morilla Herrera. Nótese que los DdE atienden a respuestas humanas por lo que sus criterios clínicos no se corresponden necesariamente con los diagnósticos médicos que atienden a etiologías

DIAGNÓSTICOS NANDA CON NOC Y NIC ACONSEJADAS Y FACTORES RELACIONALES CONGRUENTES CON EL MODELO DE HENDERSON

NANDA	NOC	FACTORES RELACIONALES	NIC
IU de esfuerzo	**0502 Continencia urinaria** **0209 Función muscular** **1612 Control de peso**	✓ **Drenaje vesical incompleto** ✓ **Sobredistensión entre micciones** ✓ **Debilidad de los músculos y soportes pélvicos** ✓ **Aumento presión abdominal por obesidad**	**Cuidados de la IU** **Ejercicios del suelo pélvico** **Entrenamiento del hábito urinario**
IU refleja	**0502 Continencia urinaria** **0909 Estado neurológico autónomo** **1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas** **2205 Rendimiento del cuidador familiar: atención directa** **0909 Estado neurológico**	✓ **Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson**	**Cuidados del catéter urinario** **Cuidados de la incontinencia urinaria** **Cuidados de la retención urinaria** **Rehabilitación de la vejiga urinaria** **Sondaje vesical intermitente** **Sondaje vesical**
IU de urgencia	**0502 Continencia urinaria** **1813 Conocimiento: régimen terapéutico**	✓ **Toma de alcohol o cafeína** ✓ **Aumento de la ingesta de líquidos** ✓ **Aumento de la concentración de la orina** ✓ **Sobredistensión vesical**	**Control de líquidos I y II** **Cuidados de la IU** **Entrenamiento del hábito** **Uso de medicamentos** **Control del medio ambiente**
IU funcional	**0502 Continencia urinaria** **0208 Nivel de movilidad** **0210 Realización del traslado**	✓ **Factores psicológicos** ✓ **Deterioro de la visión** ✓ **Limitaciones neuromusculares** ✓ **Alteración de los factores ambientales**	**Control del medio ambiente** **Cuidados de la IU** **Entrenamiento del hábito urinario** **Ayuda a los autocuidados : aseo**
IU total	**0502 Continencia urinaria** **1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas** **0909 Estado neurológico**	✓ **Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson**	**Ayuda con los autocuidados: aseo** **Cuidados de la IU** **Sondaje vesical**

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA IU DE ESFUERZO SOBRE LA BASE DE INDICADORES NOC E INTERVENCIONES ACONSEJADAS

NANDA	INDICADORES NOC		FACTORES RELACIONALES	NIC
IU de esfuerzo	✓ **0502006 Micción mayor de 150 ml cada vez** ✓ **050210 Ausencia de residuo postmiccional mayor de 100-200 ml**	**INDICADORES MENORES O = QUE 3**	✓ **Drenaje vesical incompleto**	**Cuidados de la IU**
	✓ **050211 Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal**		✓ **Sobredistensión entre micciones**	**Cuidados de la IU** **Entrenamiento del hábito urinario**
	✓ **050208 Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de orina** ✓ **020901 Fuerza de la contracción muscular** ✓ **020902 Tono muscular** ✓ **020903 Movimiento muscular sostenido**		✓ **Debilidad de los músculos y soportes pélvicos**	**Cuidados de la IU** **Ejercicios del suelo pélvico**
	✓ **020905 Velocidad de movimiento** ✓ **020907 Control de movimiento** ✓ **161201 Supervisa el peso corporal** ✓ **161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima**		✓ **Aumento presión abdominal por obesidad**	**Cuidados de la IU**

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA IU REFLEJA SOBRE LA BASE DE INDICADORES NOC E INTERVENCIONES ACONSEJADAS

NANDA	INDICADORES NOC	FACTORES RELACIONALES	NIC
IU refleja	**0502 Continencia urinaria** ✓ **050202 Patrón Predecible del paso de orina** ✓ **050204 Orina en receptáculo adecuado** **0909 Estado neurológico autónomo** ✓ **091011 Patrón de eliminación urinaria** ✓ **091018 Ausencia de espasmos vesicales** **1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas** ✓ **110110 Ausencia de lesión tisular** ✓ **110113 Piel intacta** ✓ **2205 Rendimiento del cuidador familiar: atención directa** ✓ **220510 Anticipación de las necesidades del receptor de cuidados** ✓ **220507 Realización de los tratamientos**	✓ **Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson**	**Cuidados del catéter urinario** **Cuidados de la incontinencia urinaria** **Cuidados de la retención urinaria** **Rehabilitación de la vejiga urinaria** **Sondaje vesical intermitente** **Sondaje vesical**

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA IU DE URGENCIA SOBRE LA BASE DE INDICADORES NOC E INTERVENCIONES ACONSEJADAS

NANDA	INDICADORES NOC		FACTORES RELACIONALES	NIC
IU de urgencia	**050203 Responde de forma adecuada a la urgencia** **050205 Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina** **050207 Ausencia de pérdida de orina entre micciones**	**INDICADORES MENORES O = QUE 3**	✓ **Sobredistensión vesical**	**Cuidados de la IU** **Entrenamiento del hábito** **Control del medio ambiente**
	181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico **181305 Descripción de la dieta prescrita** **181311 Ejecución de las técnicas de automonitorización**		✓ **Toma de alcohol o cafeína** ✓ **Aumento de la ingesta de líquidos** ✓ **Aumento de la concentración de la orina**	**Control de líquidos I y II** **Uso de medicamentos**

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA IU FUNCIONAL SOBRE LA BASE DE INDICADORES NOC E INTERVENCIONES ACONSEJADAS

NANDA	INDICADORES NOC		FACTORES RELACIONALES	NIC
IU funcional	**050216 Capaz de manejar la ropa de forma independiente** **050217 Capaz de usar el inodoro de forma independiente** **050218 Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales**	**INDICADORES MENORES O = QUE 3**	✓ **Factores psicológicos** ✓ **Deterioro de la visión** ✓ **Alteración de los factores ambientales**	**Control del medio ambiente** **Cuidados de la IU** **Entrenamiento del hábito urinario**
	020801 Mantenimiento del equilibrio **020802 Mantenimiento de la posición corporal** **020805 Realización del traslado** **020806 Deambulación: camina** **020807 Deambulación: en silla de ruedas** **020810 Realización del traslado**		✓ **Limitaciones neuromusculares**	**Ayuda a los autocuidados: aseo** **Control del medio ambiente** **Entrenamiento del hábito urinario**

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA IU TOTAL SOBRE LA BASE DE INDICADORES NOC E INTERVENCIONES ACONSEJADAS

NANDA	NOC	FACTORES RELACIONALES	NIC
IU total	**0502 Continencia urinaria** **050202 Patrón predecible del paso de orina** **050212 Ropa interior seca durante el día** **050213 Ropa interior o de la cama seca durante la noche** **1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas** **110110 Ausencia de lesión tisular** **110113 Piel intacta**	✓ **Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson**	**Ayuda con los autocuidados: aseo** **Cuidados de la IU** **Sondaje vesical**

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Presentamos tres propuestas de valoración: dos pertenecientes a autoras de reconocido prestigio nacional e internacional como son M. Luis[12] y M. Gordon y a continuación una valoración exhaustiva de la eliminación urinaria. Entendemos que esta última nos servirá de guía, pero sería demasiado densa para usarla como valoración sistemática.

1º Modelo de Virginia Henderson.

Luis et al plantean una valoración basada en el modelo de V. Henderson del que hemos extraído el patrón eliminación.

3.Eliminación por todas las vías corporales

Frecuencia de la eliminación fecal.....Esfuerzo: NO SI
Caract. De las heces.....Incontinencia NO SI/Diarrea NO SI
Estreñimiento NO SI ¿Qué hace para controlarlo? .....
¿Toma laxantes? NO SI Tipo/frecuencia.....
Hábitos que ayudan/dificultan la defecación.....
Frecuencia de la eliminación urinaria.....Alteraciones NO SI
Especificar.....
¿Qué hace para controlarlo?.....Características de la orina.....
Hábitos que ayudan/dificultan la micción.....
Menstruación: SI NO Duración:..... Frecuencia:.....
Flujo vaginal: NO SI Pérdidas intermenstruales: NO SI
Sudoración: escasa normal
Hábilidad y competencia para la higiene.....
Manejo de sondas o colectores.....
Otros datos de interés:.....

2º PATRÓN ELIMINACIÓN según Gordon

Cuestionario de valoración basado en los patrones funcionales de M. Gordon del que hemos tomado el patrón de función excretora (intestino, vejiga y piel) de los individuos.

Valoración individual

- Patrón de eliminación intestinal.(Describir) Frecuencia. Características. Molestias. Problemas con el control. Uso de laxantes, etc.
- Patrón de eliminación urinaria (Describir)Frecuencia. Problemas con el control.
- ¿Sudación excesiva? ¿Problemas con el olor?
- Presencia de drenaje, aspiraciones, etc. (Especificar).
- Si procede: examen del color y la consistencia de las excretas o los drenajes
- Regularidad, control, cantidad y otras características de los patrones excretores del intestino, vejiga y piel.
- Si han aparecido problemas que acciones se han llevado a cabo para remediarlos.

Valoración familiar.

- ¿La familia utiliza laxantes , u otras ayudas?
- ¿Existen problemas en la ubicación de los residuos o de los deshechos?
- Si procede: ¿Existen problemas ocasionados por animales de compañía, con las moscas, roedores?
- Si procede examen del cuarto de baño

Valoración comunitaria

- Tipos principales de residuos (industriales, aguas residuales ,etc).Sistemas de recogida y almacenamiento. Programas de reciclado.
- ¿Existe lucha contra insectos nocivos y plagas? ¿Existe un servicio de inspección de alimentos?
- Estadísticas de enfermedades de declaración obligatoria
- Estadística de polución ambiental

VALORACIÓN ESPECÍFICA

Añadimos a las dos valoraciones anteriores, esta tercera más completa.

- Antecedentes, otras enfermedades, operaciones.....
- Síntomas urinarios:

Poliuria	disuria	retención
Oliguria	incontinencia	urgencia
Polaquiuria	nicturia	eneuresis

- Características de la incontinencia: comienzo, frecuencia, horario e intensidad de pérdida, duración, factores que la precipitan o controlan.
- Característica de la orina (color, olor , Ph, densidad).Registro de 1 semana
- Ingesta diaria de líquidos
- Flujo de orina: lento, goteo, dificultad para iniciarlo, entrecortarlo.

- Anomalía del tracto urinario:
  - estenosis
    hipertrofia protática
  - hipospadias
  - urostomías
- Factores que dificultan el llenado:fecalomas o estreñimiento, embarazo, obesidad.
- Debilidad de la musculatura pélvica, partos múltiples, prolapso de estructuras
- Globo vesical, orina residual.
- Infección urinaria
- Sondaje vesicas.Otros tipos de dispositivos o drenajes.
- Intsitucionalización. Afectación neurológica (lesiones, enfermedades, demencia..)
- Dificultades para acceder al WC por barreras y obstáculos fijos, cuidador.
- Estado de la piel del perineo
- Tratamiento farmacológico que pudiera contribuir al problema:sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, diuréticos, etc.
- Exploración:
  - Movilidad y sensibilidad en genitales y periné.
  - Exploración abdominal buscando globo vesical o cicatrices.
  - Examen rectal. Tono esfínter, impacto fecal, y masas (próstata)
  - Exploración genitourinaria: piel perineal, mucosas, masas, prolapsos uterinos, cistocele, urocele, rectocele, vaginitis atrófica, candidiasis.

N0RMAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA IU

Las reglas generales en la IU indican usar los tratamientos menos invasivos. [13]

Deben contemplarse también las complicaciones que añaden los tratamientos farmacológicos en pacientes que en la generalidad de los casos están polimedicados.

Por último, debe considerarse la opinión del propio paciente tras facilitar la mejor información de la que dispongamos y garantizar su comprensión.

farmacológico

conductual

quirúrgico

VENTAJAS DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES

Reducen las pérdidas en la mayoría de los individuos[13]

No tienen efectos secundarios conocidos

Pueden usarse conjuntamente con otros tratamientos

TIPOS DE TÉCNICAS CONDUCTUALES

Cuidadores- dependiente: para individuos que tienen grave deterioro motor, cognitivo o ambos y que por tanto, precisan de un agente de autonomía asistida o cuidador capacitado que realice por ellos aquellos que ellos no son capaces de llevar a cabo por sí mismos.

Educacional y/o rehabilitadora en individuos con un estado cognitivo y motor que nos permite mantener un refuerzo positivo.

INDIVIDUOS SUSCEPTIBLES DE TERAPIA CONDUCTUAL

- Aquellos motivados en los que es posible mantener el refuerzo positivo
- Que quieren mantener su independencia de dispositivos protectores externos
- Que quieren evitar o postergar tratamientos farmacológicos o invasivos

TÉCNICAS CONDUCTUALES CUIDADORES-DEPENDIENTES

NOMBRE TÉCNICA	NIC[14]	FUERZA RECOMENDACIÓN
VACIAMIENTO PROGRAMADO		Grado C
DOBLE VACIAMIENTO		
ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO	0600	Grado B
REFUERZO A LA CONTINENCIA		Grado C

VACIAMIENTO PROGRAMADO

Esta técnica puede usarse en todos los tipos de IU aunque se hace imprescindible en la IU de urgencia y en funcional. Es una técnica sencilla que consiste simplemente en reglar los vaciamientos de orina de forma temporizada procurando incluirlos dentro de la rutina diaria de la persona, familia o institución de tal forma que nos anticipemos a las emisiones de micción no deseadas. La falta de sensación de ganas de orinar que solo acontecen seguidas de deseo urgente en la IU de urgencia hace que el vaciamiento programado se anticipe eficazmente a la micción involuntaria. [13]

En los casos de IU funcional el paciente puede también anticiparse en el tiempo al incidente de la micción involuntaria.

El único inconveniente del vaciamiento programado se debe a que las más de las veces supone una sobrecarga al cuidador que debe estar atento a

recordar o, en su caso, ayudar al incontinente a la micción cada 2-4 horas y, a ser posible, incluir la noche.

Es conveniente usar previamente u registro de micciones como el que se expone al final de esta guía y que nos permite determinar el tiempo idóneo de programación en cada caso.

La motivación es pues fundamental en esta técnica que puede apoyarse en elementos de recordatorio como situar las horas de micción asociadas a otros eventos del día (comidas, siesta, acostarse, etc.) de tal modo que se cree un hábito.

DOBLE VACIAMIENTO.

En muchos incontinentes queda un volumen residual patológico (mayor de 100 ml) que condiciona una mayor frecuencia de vaciamiento involuntario. La técnica del doble vaciamiento nos permite disminuir este volumen residual con el consiguiente beneficio.

La técnica consiste en mantener al paciente en pié unos minutos tras la micción si es varón y sentada si es mujer para después animarle a que intente una nueva micción. [10]

ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO

Se recomienda cuando puede determinarse un ritmo natural de vaciamiento.

El problema es mantener el refuerzo del hábito debido a la resistencia natural a los cambios. Consiste en reforzar el hábito. [13]

REFUERZO A LA CONTINENCIA

Se recomienda en pacientes que pueden reconocer algún grado de llenado y pueden pedir ayuda para el retrete, pero no pueden participar en terapias conductuales más complejas. [13]

El paciente es inspeccionado regularmente e interrogado verbalmente sobre si está seco. Se le pregunta sobre si desea usar el retrete y se le alaba por mantenerse seco.

TÉCNICAS CONDUCTUALES Educacional y/o rehabilitadora

NOMBRE TÉCNICA	NIC[14]	FUERZA RECOMENDACIÓN
REENTRENAMIENTO VESICAL	0570	Grado A
REHABILITACIÓN DEL SUELO PELVIANO	0560	Grado C
TERAPIA DE RETROALIMENTACIÓN	0600	Grado A
EJERCICIOS CON PESAS VAGINALES		Grado B

REENTRENAMIENTO VESICAL

Técnica dependiente del paciente. Esta técnica pretende restablecer el patrón miccional normal, vaciando periódicamente la vejiga y tratando de corregir el hábito de orinar con frecuencia. Con esta técnica se intenta aumentar la capacidad vesical y reducir la urgencia miccional. [13]

La periodicidad del vaciamiento vesical dependerá del esquema miccional de cada paciente para lo cual será muy útil el empleo de la hoja de registro miccional (se adjunta como anexo).

Esta técnica resulta eficaz en el manejo de la inestabilidad vesical, incontinencia de esfuerzo y de urgencia.

La técnica consiste en que una vez establecido el esquema miccional se empezará por el intervalo menor de tiempo entre cada micción del paciente siendo éste habitualmente de 60 minutos. En el caso de que tenga ganas de orinar tratará de inhibir el deseo miccional con cualquier maniobra de distracción (ejercicios de contracción del suelo pélvico, respiraciones profundas, evasión,..)

Para el periodo de descanso nocturno no existe esquema de micciones periódicas, se recomienda que la persona orine antes de acostarse y luego 2 veces durante la noche.

Se irá prolongando éste periodo inicial en unos 15-30 minutos, siendo el objetivo final que la frecuencia miccional diurna esté entre 3-4 horas.

EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO (KEGEL).

El primer paso es ayudar a la paciente a identificar qué músculos son lo que debe contraer durante el ejercicio. Algunos ejemplos son útiles para que se haga una idea de cual es la contracción que se espera realice[2]:

-Indicarle que imagine que se le van a escapar gases y que apriete el esfínter del ano para evitarlo.

-Indicarle imagine tener una perdida menstrual y no llevar compresa. Cómo apretaría la vagina para evitarlo.

-Indicarle que imagine que está orinando y aprieta para cortar el flujo de orina.

-La contracción de estos tres músculos a la vez es el movimiento que pretendemos

El ejercicio puede realizarse en cualquier postura incluso mientras se realizan las tareas de la casa. Para facilitar el aprendizaje se puede empezar realizándolo sentada en una silla con los pies y las piernas bien apoyadas y las piernas ligeramente separadas apoyando los codos o antebrazos sobre los muslos de esta forma se evita contraer otros músculos como glúteos o abdominales mientras se realiza el ejercicio. Tras el aprendizaje de este ejercicio puede

empezar a realizarlo en otras posiciones más complejas.

TERAPIA DE RETROALIMENTACIÓN

El objetivo es revelar al paciente información sobre su fisiología mediante instrumentos electrónicos o mecánicos (superficial, agujas, sonda vaginal o rectal). Estos sensores recogen información que se hace visible al paciente mediante instrumentos visuales o sonoros que permiten un refuerzo constante. No disponemos habitualmente de ellos.

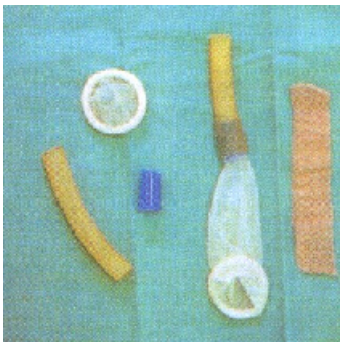
CONOS VAGINALES.

Se basa en retener un pequeño cono en la vagina por un suave reflejo de contracción provocado por la sensación de que se va a deslizar hacia fuera. El simple hecho de retenerlo refuerza los músculos del suelo pélvico. Cada cono tiene un peso diferente de manera que permite incrementándolo de forma gradual (aunque son del mismo tamaño), y se usan manteniéndolo en la vagina como u pequeño tampón durante unos minutos al día, de pie o caminando.

Al introducir el cono en la vagina tiende a descender y caer por su propio peso. La sensación de pérdida del cono provoca un suave reflejo de contracción en los músculos del suelo pélvico para retener el cono. Esta contracción y el avance gradual hacia conos más pesados fortalecen los músculos del suelo pélvico.

TÉCNICAS CONDUCTIVAS

COLECTORES DE PENE Y ORIS.



Los colectores de pene son bien conocidos por enfermería consisten en un capuchón similar a un preservativo que tiene en su extremo distal un conectador para bolsa. Habitualmente suelen acompañarse de una cinta adhesiva a doble cara que debe adherirse a la zona proximal del pene en forma de espiral para evitar provocar estrangulamiento ante una posible erección. Seguidamente se libera el protector del adhesivo externo y se procede a desenrollar el colector sobre el pene para después conectar la bolsa. No puede usarse cuando existen hernias que engloban el pene. El riesgo es la maceración de la piel del pene por lo que no debe mantenerse todo el día debiendo alternarse con otros métodos[13].



El ORIS es un dispositivo de plástico que como una pinza con forma anatómica se coloca alrededor de la base del pene de manera que presiona la uretra ayudándose de un velcro. Se retira cuando el paciente va a orinar y puede reutilizarse mientras el velcro este en buen estado. La tolerancia del paciente es fundamental en este método. Debe

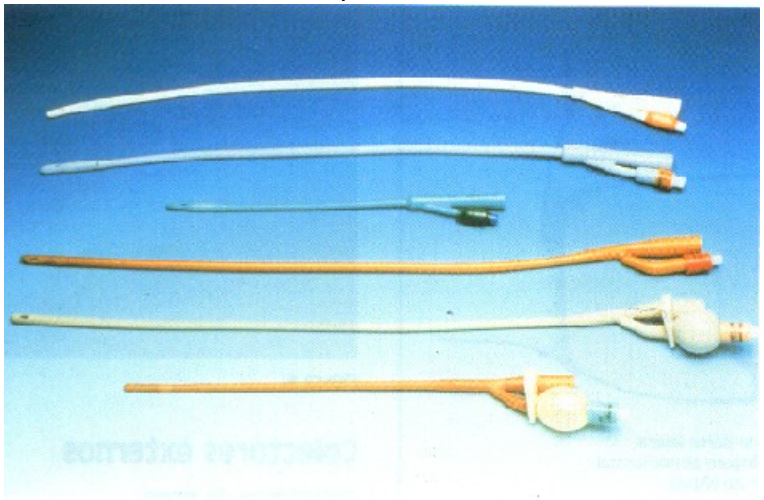
procederse a liberar el pene para la micción cada 4 horas o menos en ancianos, por lo que exige un compromiso de vaciamiento programado por parte del usuario o cuidador del mismo. Es discreto pues no abulta bajo la ropa ni requiere llevar bolsa.

SONDAJE VESICAL (NIC 0580)

No vamos a relatar aquí la técnica del sondaje vesical aunque si haremos algunas puntualizaciones sobre sus indicaciones. En la IU el sondaje vesical intermitente está indicado en los casos en que por retención se produce un vaciamiento por rebosamiento al aumentar tremendamente la presión intravesical fundamentalmente en la IU refleja. El sondaje vesical permanente está indicado en los casos de[9,15]:

A. Retención urinaria que cursa con: a) incontinencia persistente por rebosamiento, infecciones urinarias sintomáticas o disfunción renal. b) no se puede corregir medica o quirúrgicamente. c) no se puede manejar de forma práctica con cateterización intermitente.
B. Heridas en la piel, úlceras por presión o irritaciones contaminadas por la pérdida de orina.
C. Cuidados en pacientes terminales o severamente enfermos donde los cambios de cama o ropa sean disruptivos o incómodos.
D. Preferencia del paciente por haber fracasado otras medidas

Los controles bacteriológicos sistemáticos cuando no hay síntomas en un paciente con sonda no parecen justificados al encontrarse siempre algún tipo de colonización en estos pacientes.



Los escapes de orina por la perisonda nunca deben continuarse de un aumento del calibre de la sonda que lo único que consigue es demorar el problema, la pauta a seguir consiste en disminuir el balón de la sonda extrayéndole líquido para que apoye de manera más eficaz en el cuello de la vejiga, y en algún caso persistente, remitiéndolo al médico para valorar posibles espasmos vesicales que pueden tratarse con relajantes.

ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA

Los absorbentes de incontinencia son uno de los distintos dispositivos que pueden emplearse en pacientes incontinentes cuando no puedan o no deban utilizarse otros métodos o tratamientos. Suponen una indudable mejora en la calidad de vida de los pacientes incontinentes, ayudando al desarrollo de una vida

normal a quien tenga capacidad de deambulación y facilitando los cuidados del paciente encamado. Constituyen el grupo de efectos y accesorios más utilizados en Atención Primaria.

CLASIFICACION DE LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA

Como consecuencia de la diversidad de nombres comerciales que no permiten identificar claramente al profesional sanitario el tipo de pañal que se desea utilizar, es conveniente conocer que las diferencias entre los distintos absorbentes se establecen en función de su capacidad de absorción, tipo o forma y talla.

- **Capacidad de absorción**:

Los absorbentes de incontinencia desechables se dividen en tres tipos, y se catalogan por el Ministerio de Sanidad y Consumo según su capacidad de absorción:

ABSORBENTE DIA	ABSORBENTE NOCHE	ABSORBENTE SUPER- NOCHE
de 600 a 900 ml	de 900 a 1.200 ml	más de 1.200 ml

- **Tipo o forma del absorbente:**

Los absorbentes se fabrican en diferentes formas para cada uno de las absorciones antes descritas:

RECTANGULAR	ANATOMICO	ANATOMICO ELASTICO
Compresas rectangulares	Compresas anatómicas	Braga-pañal

El absorbente rectangular y el anatómico se sujetan mediante una malla slip elástica que permite una mejor adaptación al cuerpo del paciente.

Los absorbentes elásticos se sujetan mediante etiquetas autoadhesivas reposicionables que permiten efectuar comprobaciones y curas con facilidad y colocar de nuevo el absorbente si éste sigue en condiciones óptimas.

- **Talla del absorbente:**

La indicación del absorbente de incontinencia debe realizarse conociendo las características y necesidades del incontinente, tanto de capacidad de absorción como de talla. Así es posible seleccionar la más adecuada al tamaño del individuo:

TALLA PEQUEÑA	TALLA MEDIANA	TALLA GRANDE
Cintura de 50 a 80 cm	**Cintura de 70 a 125 cm**	**Cintura de 100 a 150 cm**

CAPACIDAD	TIPO	TALLA	Absorción
DIA	**Rectangular**	Unica	> 600 ml
DIA	**Anatómico**	Única	> 600 ml
DIA	**Anatómico con elásticos**	Pequeña (50-80 cm)	> 600 ml
NOCHE	**Anatómico**	Única	900-1.200 ml
NOCHE	**Anatómico con elásticos**	Pequeña (50-80 cm)	900-1.200 ml
NOCHE	**Anatómico con elásticos**	Mediana (70-110 cm)	900-1.200 ml
NOCHE	**Anatómico con elásticos**	Grande (100-150 cm)	900-1.200 ml
SUPER-NOCHE	**Anatómico**	Única	> 1.200 ml
SUPER-NOCHE	Anatómico con elásticos	Mediana (70-110 cm)	> 1.200 ml
SUPER-NOCHE	Anatómico con elásticos	Grande (100-150 cm)	> 1.200 ml

ELECCION DEL ABSORBENTE

Existen situaciones que deben ser consideradas para ajustar la indicación a las necesidades:

- **Invalidez funcional del paciente.**

Los pacientes incontinentes deberán utilizar el absorbente adecuado tanto para el día como para la noche. Podemos disponer de un patrón basándonos en un paciente tipo que presenta incontinencia, tiene un deterioro de movilidad física grado 3 de la NANDA y dispone de un cuidador capacitado y colaborador que precisaría 1 pañal Supernoche y 3 noche(o 2 noche y 1 día). Partiendo de este estándar, sería preciso tener en cuenta el grado de movilidad, la necesidad de usar pañales todo el día o sólo durante la noche y la presencia de un cuidador capacitado y colaborador entre otras circunstancias.

El grado de **movilidad** facilita el uso de técnicas de vaciamiento programado y contribuye a un menor uso de pañales, al menos durante el día. Por otro lado, para la práctica de esta técnica resulta más cómodo el uso de pañales anatómicos. No es infrecuente en estos pacientes que los escapes durante el día sean pequeños con lo que el uso de pañales rectangulares o compresas puede ser suficiente. En los varones, incluso puede plantearse el uso de colectores u Oris al menos durante el día.

- **El tipo y severidad de incontinencia.**

En el presente trabajo se han desarrollado las diversas técnicas que pueden usarse en función del tipo de incontinencia. Estas técnicas pueden ser usadas simultáneamente al uso de absorbentes pues en muchos

casos no solucionaran por completo los escapes aunque si los disminuirán. La severidad de la incontinencia puede tenerse en cuenta aunque no siempre es fácil objetivarla puesto que las clasificaciones al efecto se basan en el consumo de absorbentes (no útiles al efecto que nos ocupa) o en el número de escapes por día.

- **Género.**

La anatomía del varón se presta con mayor facilidad al uso de dispositivos distintos al absorbente como pueden ser colectores o dispositivos oclusores.

- **Disponibilidad de cuidadores.**

El grado de movilidad por si sólo no es orientativo salvo los grados 0-1-2 de la NANDA en los que por definición el paciente puede valerse, en los grados 3-4 debemos contemplar simultáneamente la presencia de **cuidador capacitado y colaborador** que puede paliar en buena medida la falta de movilidad del paciente acompañándolo al retrete o realizando más o menos cambios de absorbente, por ejemplo, un cuidador con graves dificultades para realizar 4 cambios de pañal al paciente puede agradecer la prescripción de pañales más absorbentes (más tiempo entre cambios) aunque precisará de menor número.

- **Fracaso con programas de tratamiento anteriores.**

El fracaso de técnicas conductuales debe tenerse en cuenta pues estas disminuyen el número de escapes.

- **Preferencia del paciente.**

Debemos contemplar en la medida de lo posible las preferencias del paciente ofertándole toda la gama de técnicas y dispositivos disponibles para su incontinencia. Cuando de la selección del absorbente se trata debe contemplarse la talla que le resulta más

cómoda y el tipo de pañal: rectangular, anatómico o elástico. Otros factores como la sudación o la comodidad de manejo según sus habilidades personales o las del cuidador deben tenerse en cuenta.

- Los absorbentes rectangulares (día) y anatómicos (día, noche y supernoche) se presentan en talla única.

- Los anatómicos con elásticos se comercializan, con absorción día sólo en talla pequeña, mientras que los noche se comercializan en las tres tallas (pequeña mediana y grande) y los supernoche sólo en talla mediana y grande.

Hasta hace poco, la oferta de absorbentes elásticos establecía un cierto paralelismo entre poder de absorción y talla (día-pequeña, noche-mediana, supernoche-grande), en estos momentos existen en el mercado absorbentes dotados de elásticos, en cualificación noche (900-1.200 ml) presentados en talla grande (hasta 150 cm). Por ello, cuando, como sucede frecuentemente, la prescripción del producto está más condicionada por la talla (contorno de cintura) que por la capacidad de absorción, la alternativa de indicar **ABSORBENTE ANATÓMICO ELASTICO NOCHE TALLA GRANDE** nos ofrece una opción económica más favorable.

- **Producto óptimo para el paciente individual.**

El objetivo es mantener al paciente seco el mayor tiempo posible, con la mayor comodidad para él y su cuidador y con un coste razonable en términos económicos y de esfuerzos. Debemos contemplar el

absorbente como una parte del arsenal en el tratamiento de la incontinencia.

- **Integridad superficial.**

La integridad de la piel debe preservarse en todo momento, ya se ha comentado como la aparición de ulceras de presión grado III-IV en zona perianal debe hacernos valorar la pertinencia de usar técnicas conductivas. En todo caso, es preciso extremar las medidas para que el paciente permanezca seco en estos casos por lo que un eventual mayor consumo de absorbentes puede ser necesario si no se realiza sondaje. Debe contemplarse la posibilidad de problemas alérgicos que generen deterioro de la integridad cutánea.

- **Comorbilidad**

Algunas situaciones pueden requerir de un aumento de la capacidad de absorción o del número de pañales:

- Demencia senil avanzada
- Tetraplejia o paraplejia
- Espina bífida
- Parálisis cerebral
- Síndrome de Down
- Niños con retraso psicomotor
- Procesos diarréicos
- Heridas muy supuradas
- Diuréticos

.

- **Incidencia de vaginitis y bacteriuria.**

En ocasiones la presencia reiterada de estos procesos obliga al cambio de marca e incluso a cambios más frecuentes.

- **Calidad del producto.**
- **Costo del producto.**

RESUMEN REVISIONES SISTEMÁTICAS

Intervención	Fuente	Resultados
Base de datos Cochrane: Revisiones sistemáticas		
Uso de absorbentes	Shirran E. Brazzelli M. Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	5 Estudios. Escasa evidencia sobre el tipo de absorbente más indicado. Sí hay una clara indicación de emplear los de un solo uso y hay indicios de mayor efectividad de los superabsorbentes.
Educación vesical	Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	7 estudios. La evidencia es débil por la calidad variable de los estudios. Puede ser útil para la incontinencia de Urgencia. No hay conclusiones sobre si la terapia con anticolinérgicos es mejor que la educación vesical o si es útil como suplemento.
Colposuspensión por laparoscopia	Moehrer B, Ellis G, Carey M, Wilson PD. Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software	Indicada en la incontinencia de esfuerzo, pero, hay gran incertidumbre sobre sus resultados a largo plazo. La recuperación de la intervención es rápida, aunque hay mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas al ser una intervención más prolongada
Ejercicios de suelo pélvico en mujeres	Hay-Smith EJC, Bø K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In:	43 Estudios. Indicada en mujeres con incontinencia de esfuerzo o mixta (terminología CIE). Los ejercicios de suelo pélvico dieron mejores resultados que si no se intervenía o se administraba placebo. En la incontinencia de urgencia

	The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	no hay resultados claros acerca de su efectividad. Los estudios eran con muestras pequeñas e irregularidades en el enmascaramiento de grupos e intervenciones. Así mismo, las medidas de resultados fueron muy heterogéneas. Se necesitan ensayos más amplios y con mejor calidad.
Vaciamiento programado	Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	5 Estudios. Evidencia demasiado débil para realizar recomendaciones para la práctica. Parece haber efectos beneficiosos a corto plazo. Un ECA con muestra pequeña halló una reducción de episodios de incontinencia urinaria añadiendo Oxibutinina[1] a la intervención de vaciamiento programado.
Conos vaginales en mujeres	Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	15 Estudios. El uso de conos fue mejor que ninguna intervención en mujeres con incontinencia de esfuerzo. Su efectividad hasta el momento, es similar a los ejercicios de suelo pélvico o la electroestimulación. Se han documentado muchos casos de abandono del tratamiento en algunas mujeres, por lo que se deben ofertar todas las alternativas posibles en caso de que la mujer no acepte este tipo de intervención.

[1] Oxibutinina clorhidrato: relajante muscular de uso en la enuresis, la incontinencia en mujeres con vejiga inestable y vejigas neurógenas. Dos presentaciones comerciales en España: Ditropán© 5 mg (comp) y Dresplán© 5 mg (comp). Junto con la Tolterodina, son los fármacos de elección en estos procesos.

ANEXOS

La Nursing Outcomes Clasification (NOC) nos ofrece la posibilidad de medir los resultados obtenidos con nuestras intervenciones con lo que se cierra el circulo*: Diagnóstico- Intervenciones – Resultados. La NOC Continencia Urinaria puede ser útil como instrumento de evaluación de entrada y salida del paciente en el proceso, aunque durante el mismo puedan seleccionarse otros indicadores NOC como los sugeridos en las tablas específicas para cada diagnóstico.*

NOC: Continencia Urinaria (0502)[16]

Definición: Control de la eliminación de orina

		No demostrable	Raramente demostrado	Algunas veces demostrado	Con frecuencia demostrado	Demostrado con consistencia
050201	**Reconoce la urgencia miccional**					
050202	**Predice la salida de la orina**					
050203	**Responde de forma adecuada a la urgencia**					
050204	**Orina en un receptáculo adecuado**					
050205	**Tiempo adecuado para alcanzar retrete entre el impulso y la evacuación de orina**					

050206	**Vaciamiento > 150 cc cada vez**					
050207	**Ausencia de pérdidas de orina entre micciones**					
050208	**Capaz de iniciar y detener el chorro de la orina**					
050209	**Vacía la vejiga completamente**					
050210	**Ausencia de residuo postmiccional >100-200 cc**					
050211	**Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal**					
050212	**Ropa interior seca durante día**					
050213	**Ropa interior o de cama seca durante la noche**					
050214	**Ausencia de infección urinaria**					
050215	**Ingesta hídrica en valores esperados**					
050216	**Capaz de vestirse independientemente**					
050217	**Capaz de usar el WC de forma independiente**					
050218	**Uso independiente del WC sin barreras ambientales**					
050219	**Ausencia de medicaciones que interfieren el control urinario**					

REGISTRO DE CONTINENCIA

Este modelo de registro de continencia es útil para la aplicación y seguimiento de algunas técnicas conductuales en las que es preciso conocer la evolución horaria de la contienencia.

FECHA								
HORA	¿seco?	WC	¿seco?	WC	¿seco?	WC	¿seco?	WC
8								
10								
12								
14								
16								
18								
20								
24								
NOTAS								

DIPTICO PARA ENTREGAR AL PACIENTE

La entrega de información escrita a nuestros pacientes como complemento (no como sustitución) a nuestra educación verbal es una medida que mejora la efectividad de la intervención. Por lo tanto, consideramos de utilidad disponer de alguna información escrita para motivar a los pacientes a consultar por este motivo, como ejemplo se ofrece a continuación un díptico.

BIBLIOGRAFÍA

[1] García Fernández, C; Moreno Pastor, A; Núñez Palenzuela, C . Incontinencias en una residencia asistida geriátrica . Rev ROL Enferm, 1996; XIX(211):65-67

[2] International Continent Society. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. Urology 1997;9:237.

[3] Vila Coll MA, Floresa Claramunt E, Fernández Parces MJ. Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria. Cuad de gestión, 1997; 3: 147-156.

[4] Espuña M, Fortuny M, Narvona P, Salinas J, Verdejo C. Apuntes de incontinencia urinaria. Vejiga hiperactiva. Almirall Prodesfarma. Sin fecha de edición.

[5] Vila Coll, MA; Fernández Parcés, MJ; Florensa Claramunt, E; Orejas López, V; Dalfó Baqué, A; Romea Lecumberri, S . Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria . At Prim, 1997; 19(3):122-126.

[6] Sánchez González, R; Rupérez Cordero, O; Delgado Nicolás, MA; Mateo Fernández, R; Hernando Blázquez, MA . Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria . At Prim, 1999 ; 24(7):421-424

[7] Vila-Coll, MA; Dalfó-Baqué, A . Eficacia de un programa de fisioterapia en el tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés en una población rural femenina, algunas matizaciones . At Prim; 1999; 23(2):103-104

[8] Bretones Alcaraz, JJ; Pino y Pino, MD de; García Vílchez, MA; Fajardo Cabrerizo, ML; Sáez García, JM; Ortega López, I . Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural . At Prim, 1997 ; 20(1):45-48

[9] Pérez Bastarrica, E; Aranegui Lasuen, P; Ruiz Peñagaricano, M.M; Emparanza Knör, J. I .La incontinencia urinaria en una unidad de media-larga estancia: implicaciones clínicas y de cuidados de Enfermería . Rev ROL Enferm , 1997; XX(227-228):44-56

[10] North American Nursing Diagnosis Association.(2001).Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2001-2002.Madrid.

[11] Vila Coll, MA; Florensa Claramunt, E; Fernández Parcés, MJ . Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria . Cuad Gestión , 1997; 3(3):147-156

[12] Diagnósticos de Enfermería, un instrumento para la práctica asistencial M.T. Luis Harcourt Brace, 1999

[13] Urinaru Incontinence in Adults:Acute and Chronic Management Clinical Practice Guideline Number 2 (1996 Update). AHCPR Publication No. 96-0682:Marzh 1996.
http://www.incontinet.com/articles/AHCPR/ahcpr96.htm

[14] Nursing Intervention Classification (NIC).Iowa Intervention Project. (2 ed.) St. Louis: Mosby, 1996.

[15] Civera Olivas, A . Autocuidados del incontinente urinario de origen neurológico. Rev AE Enferm Urolog, 1995; 54:5-13.

[16] Nursing Outcomes Classification (NOC). Iowa Outcomes Project.. (1st ed.) St.Louis:Mosby, 1997.

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.