

GUÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA



Edita: **AEU. Asociación Española de Urología**

C/Valenzuela, 6 - 28014 -Madrid.

Fecha de publicación: **Enero 2020**

Diseño y maquetación: Estudio Gráfico. A.F.

Imprime: Artes Gráficas Campillo Nevado, S.A.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del copyright. This is a project supported by a restricted grant of Essity.

ISBN: 978-84-09-17847-6

Depósito Legal: M-2496-2020

GUÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA



GUÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA

Francisco José **García González**
Jesús Salinas **Casado** • Blanca **Madurga Patuel**
José Manuel **Cózar Olmo** • Manuel **Esteban Fuertes**

GRUPO PROMOTOR DE LA GUÍA

AEU

D. Manuel Esteban Fuertes
Presidente de la AEU

Consejo General de Enfermería

Dña. Pilar Fernández Fernández
Vicepresidenta Primera del CGE

SERGAS

D. Alberto Fuentes
Secretario General Técnico del Sergas

ASANEC

Dña. Felisa Gálvez Ramírez
*Presidenta de la Asociación Andaluza
de Enfermería Comunitaria*

**Hospital Universitario
Puerta del Mar - Cádiz**

Dña. Antonia López Sánchez
Responsable de Admisión

**Servicio Andaluz de Salud -
Distrito Sanitario Bahía de
Cádiz - La Janda**

D. Manuel Martínez Mora
*Enfermero Adjunto a la Dirección
de Cuidados*

Servicio Madrileño de Salud

Dña. María Lourdes Martínez Muñoz
Gerente de Cuidados del SERMAS

ASANEC

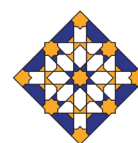
Dña. María José Molina Gil
*Vicepresidenta de la Asociación
Andaluza de Enfermería Comunitaria*



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



aeu
asociación
española
de urología



asanec
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria



ÍNDICE

1. Introducción

2. Normativa

3. Objetivos

4. Epidemiología

5. Incontinencia urinaria: definición, fisiología de la micción, clasificación y tipos de incontinencia

5.1. Definición de la incontinencia urinaria

5.2. Anatomía del aparato urinario

5.2.1. Composición y características de la orina

5.2.2. Riñones

5.2.3. Cálices y pelvis renal

5.2.4. Uréter

5.2.5. Vías urinarias bajas

5.2.5.1. La vejiga urinaria

5.2.5.2. La uretra

5.2.6. La próstata

5.2.7. Suelo pélvico

5.2.7.1. Mecanismos esfinterianos masculinos

5.2.7.2. Mecanismos esfinterianos femeninos

5.2.6 Próstata

5.2.7 Suelo pélvico

5.2.8 Mecanismos esfinterianos masculinos

5.2.9 Mecanismos esfinterianos femeninos

5.2.10. Inervación

5.2.11. Coordinación neurológica

5.3. Fisiología de la micción

5.3.1. Ciclo funcional

5.4. Clasificación del grado de incontinencia

5.5. Tipos de incontinencia urinaria



5.5.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

5.5.1.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo por hipermovilidad uretral

5.5.1.2. Incontinencia urinaria de esfuerzo por incompetencia esfinteriana

5.5.2. Incontinencia urinaria mixta (IUM)

5.5.3. Vejiga neurógena

5.5.3.1. Incontinencia de urgencia

5.5.3.2. Incontinencia urinaria refleja

5.5.3.3. Incontinencia urinaria por rebosamiento debido a vejiga hipotónica o atónica.

5.5.3.4. Detrusor acontráctil

5.5.4. Incontinencia urinaria funcional

5.5.5. Incontinencia urinaria por rebosamiento

5.5.6. Incontinencia urinaria postmiccional

5.5.7. Incontinencia urinaria por goteo continuo

5.5.8. Enuresis nocturna

6. Importancia de la estandarización del proceso enfermero en la incontinencia urinaria

6.1. Diagnósticos enfermeros relacionados con la incontinencia urinaria

6.2. Indicadores no relacionados con la incontinencia urinaria

6.3. Intervenciones enfermeras (NIC) relacionadas con la incontinencia urinaria

7. Valoración enfermera en la incontinencia urinaria

8. Algoritmos de decisión de los diagnósticos enfermeros en la incontinencia urinaria

9. Planificación del cuidado enfermero en la incontinencia urinaria

10. Ejecución del plan enfermero en la incontinencia urinaria

11. Evaluación del plan enfermero en la incontinencia urinaria

12. Manejo y tratamiento de la incontinencia urinaria

12.1. Normas generales en el tratamiento de la incontinencia urinaria

12.2. Algoritmo sobre el manejo y tratamiento de la incontinencia urinaria. EAU (2017).

12.3. Técnica conductual



12.3.1. Individuos susceptibles de terapia conductual

12.3.2. Tipos de técnicas conductuales

13. Los absorbentes de incontinencia urinaria (AIU)

13.1. Características de los AIU

13.2. Composición básica de los AIU

13.4. Clasificación y características

13.4.1. Por su capacidad de absorción

13.4.2. Por su forma y sistema de sujeción

13.4.3. Por la talla

13.4.4. Resumen de los tipos de AIU

13.5. Evaluación de los absorbentes

13.5.1. Requisitos evaluación

13.5.2. Métodos de ensayo

13.5.2.1 Métodos de ensayo de producto terminado

13.5.2.2. Métodos de ensayo de materias primas

13.5.3. Garantías de los AIU

13.6. Evaluación individualizada de la persona con incontinencia

13.7. Riesgos asociados al uso de los AIU

13.8. Uso de indicadores de resultados para garantizar la mejora del cuidado de la continencia

14. Prescripción y visado de absorbentes para la incontinencia urinaria

14.1 Algoritmo de prescripción enfermera

14.2. Visado

15. Errores más frecuentes y recomendaciones de los AIU

16. Prevención de la incontinencia urinaria

17. Aspectos psicológicos de la persona incontinente

18. Actividades asistenciales

19. Innovación de los absorbentes del siglo XXI

20. El futuro y enfoques de la investigación en innovación frente a la incontinencia urinaria.

21. Guía de cuidadores

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA



1. INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria (IU) representa un problema de salud muy importante, tanto para las personas que se ven afectadas, como para el entorno familiar y/o cuidadores. Esta importancia no se expresa en términos de gravedad, sino en un deterioro de la Calidad de Vida del Paciente; y por consiguiente, en una mayor necesidad de cuidados. Esta enfermedad es considerada como uno de los tabúes médicos que no se ha conseguido erradicar. Se estima que en los 27 países de la Unión Europea (UE), más de 36 millones de personas sufren incontinencia urinaria, el 60% de las cuáles son mujeres y el número de personas afectadas está incrementándose por el aumento de la longevidad. Esta patología se considera más como una consecuencia natural de la edades avanzada o de enfermedades que a menudo provocan la afección (diabetes, obesidad, inflamación vaginal y uretral, demencia senil, Alzheimer, etc.)¹.

Según una revisión sistemática realizada por el observatorio de la incontinencia (ONI); la prevalencia de la IU en España varía en función de la edad y el sexo. Aumentando esta con la edad, y siendo más frecuente en la mujer (24%), que hombres (15,8%). Llegando esta cifras al 80% en aquellas mayores de 85 años e institucionalizadas. Esta patología se encuentra infradiagnosticada, y en muchos casos infra tratadas de forma correcta². Las razones que motivan este hecho es que la patología se ve envuelta de problemas sociales que limitan la relación del paciente afectando a la autoestima, su independencia, vulnerabilidad...

Además, muchos profesionales sanitarios no han recibido una formación adecuada en esta patología, en especial el personal de enfermería³. Aunque estos profesionales son los que pueden realizar una valoración más continuada sobre el paciente, ya que es un problema de salud que tiene su propio diagnóstico de enfermería. Pero en general, se le otorga poca importancia, y se percibe como un trabajo no muy gratificante, de poco interés, casi desagradable y mal pagado¹. Ante estos hechos, **la Asociación Española de Urología (AEU), ve necesaria la elaboración de una guía específica que aborde el manejo de la incontinencia urinaria de manera global incluyendo el uso de absorbentes como una estrategia de formalizar el conocimiento en relación a este importante problema de salud.**

En esta guía abordaremos los diferentes tipos de IU, ya que cada una conlleva un manejo clínico diferente que puede ir desde: el uso de fármacos, ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, autosondaje intermitente o cirugía. Pero cuando estas vías son agotadas se recurre a medidas paliativas, como es el uso de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU)³.

Estos AIU son productos sanitarios, que se rigen por el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre; y son susceptibles de ser sometidos a proceso de homologación sanitaria, representando un importante impacto económico dentro del gasto sanitario, ya que el coste económico de la IU supone el 2% del presupuesto en los países desarrollados⁴, del que el 90 % lo justifica el uso de accesorios. Así en algunas áreas españolas el incremento del coste asociado a este producto supone un crecimiento del gasto cercano al 20%⁵.

Una utilización inapropiada de estos productos puede afectar negativamente a la autoestima, calidad de vida, independencia del paciente y afecta a la carga de trabajo de los cuidadores, que debe dedicar un tiempo adicional tanto a la preparación de la piel, la higiene y el cambio del absorbente⁶. Otros errores frecuentes son el uso de absorbentes de talla excesiva tratando de conseguir una mayor absorción, utilizar 2 absorbentes superpuestos con el objetivo de lograr una mayor protección y menos cambios⁷... Por eso, el establecer unos criterios claros y consensuados como este documento técnico de material de apoyo, para la formación de profesionales sanitarios puede ser una solución para mejorar la respuesta ante esta patología.



2. NORMATIVA

La Directiva 93/42/CEE sobre Productos Sanitarios del 14 de Junio de 1993⁸ define el **producto sanitario** como cualquier instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, material u otro artículo, utilizado solo o en combinación, incluidos los programas informáticos destinados por su fabricante a finalidades específicas de diagnóstico y/o terapia y que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de: diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad⁸. En este último punto es donde se encuadrarían los AIU.

Esta directiva hace referencia a que la prescripción podrá ser extendida por cualquier persona, que en virtud de sus cualificaciones profesionales, esté autorizada para ello. Donde estos productos debe cumplir la finalidad prevista, es decir, la utilización a la que se destina el producto según las indicaciones proporcionadas por el fabricante en el etiquetado, las instrucciones de utilización y/o el material publicitario. Además, estos productos deberán cumplir los requisitos esenciales establecidos en el Anexo I entre las que destacan la seguridad del paciente, alcance de las prestaciones, calidad e información sobre sus características esenciales. Y estos serán clasificado según las reglas del Anexo IX.

La Directiva 93/42/CEE ha sido derogada por el REGLAMENTO (UE) 2017/745 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 5 de abril de 2017 sobre los productos sanitarios. Este Reglamento tiene por objeto garantizar el buen funcionamiento del mercado interior por lo que se refiere a los productos sanitarios, tomando como base un elevado nivel de protección de la salud de pacientes y usuarios y teniendo en cuenta los intereses de las pequeñas y medianas empresas que desarrollan sus actividades en este sector. Al mismo tiempo, el presente Reglamento fija normas elevadas de calidad y seguridad para los productos sanitarios con objeto de responder a las preocupaciones comunes de seguridad que plantean.

En el que deben reforzarse algunos elementos clave del enfoque normativo vigente: como la supervisión de los organismos notificados, los procedimientos de evaluación de la conformidad, las investigaciones clínicas y la evaluación clínica, la vigilancia y el control del mercado, al tiempo que se introducen disposiciones que garanticen la transparencia y trazabilidad en lo que respecta a los productos sanitarios, para proteger mejor la salud y mejorar la seguridad. Para ello, se garantizará la supervisión y el control de la fabricación de los productos y las actividades de seguimiento poscomercialización y de vigilancia de los mismos sean realizados en la organización del fabricante por una persona responsable del cumplimiento de la normativa que cumpla unas condiciones mínimas de cualificación.

La trazabilidad de los productos mediante un sistema de identificación única (sistema UDI) basado en directrices internacionales debe hacer que aumente significativamente la eficacia de las actividades relacionadas con la seguridad poscomercialización, al hacer posible una notificación de incidentes mejorada, unas acciones correctivas de seguridad más precisas y un mejor seguimiento por parte de las autoridades competentes. Para alcanzar los objetivos del presente Reglamento se ha creado una base de datos europea sobre productos sanitarios (Eudamed)

En España, el único organismo designado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para evaluar los productos sanitarios es la propia **Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)**, organismo notificado número 0318, quien ejerce estas funciones de evaluación a través de la División de Certificación de productos sanitarios (organismo notificado).



A nivel nacional, funciona una Red de Alerta, constituida por la AEMPS y los puntos de vigilancia de las comunidades autónomas, a través de la cual se transmite la información, recomendaciones y medidas a adoptar a los profesionales y centros sanitarios.

En el que según el **Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio**⁹ por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece que la prestación farmacéutica comprende los medicamentos y los productos sanitarios, así como el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban y los utilicen de forma adecuada a sus necesidades clínicas y en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información necesaria para su correcto uso y al menor coste posible.

Por tanto, el papel de los profesionales sanitarios del sector es fundamental para alcanzar estos logros. El médico es una figura central en las estrategias de impulso de la calidad en la prestación farmacéutica y el Enfermero debe ser el responsable del cuidado básico de la Continencia en atención primaria tal como se muestra en la publicación del **OCSS (Optimum Continence Service Specification)** garantizando resultados en salud en dicho cuidado tanto en la detección, prevención y en el diagnóstico de la enfermedad. El trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica también tiene una importancia esencial, ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes.

En el que el desafío es asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado capaz de impulsar el uso racional de los medicamentos/productos sanitarios, y en el que el objetivo central sea que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento/producto que necesiten, cuando y donde los necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.

Por eso, la elaboración de una guía clínica en el abordaje de la incontinencia urinaria con el uso de absorbentes de consenso a nivel nacional, es útil para lograr los objetivos propuesto por la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y los productos sanitarios. Ya que, los AIU representa hasta un 20% del gasto sanitario. A la misma vez, que se informa al profesional sanitario en el buen uso de este producto, mejorando la calidad de los servicios prestados a estos usuarios, así como su seguridad y mejor manejo de los recursos existentes para abordar esta patología.



3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

3.1.1. Realizar un plan de actuación personalizado a las personas con incontinencia urinaria, basado en las mejores prácticas clínicas y utilización eficiente de los recursos.

3.2. ESPECÍFICOS

3.2.1. Elaborar un plan de cuidados individualizados centrados en la persona con incontinencia y su registro en la historia clínica.

3.2.2. Involucrar al paciente y su cuidador en la toma de decisiones para alcanzar los mejores resultados, así como a la persona que le cuida.

3.2.3. Aumentar la seguridad y calidad de atención a las personas con incontinencia urinaria.

3.2.4. Disminuir la variabilidad clínica en la atención a las personas con incontinencia urinaria.

3.2.5. Mejorar la calidad de la prescripción y utilización de los absorbentes de incontinencia urinaria.

3.2.6. Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre el impacto que la incontinencia urinaria tiene en las personas potenciando la información y formación de los mismos.

3.2.7. Desarrollar e implantar indicadores de seguimiento.

4. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de incontinencia urinaria en el mundo es de aproximadamente 50 millones de personas¹⁰, donde estimaciones aproximadas de la prevalencia en población para hombres afecta del 3% al 23% y en las mujeres oscilan entre el 11% y el 52% a nivel mundial¹¹. Para la incontinencia diaria, la prevalencia varía de 5% a 15% entre las mujeres de mediana edad y mayores¹². La IU es más frecuente entre las personas que residen en instalaciones a largo plazo, especialmente si padecen demencia, movilidad limitada y condiciones de comorbilidad. Dependiendo de los métodos utilizados para determinar la incontinencia, la prevalencia en entornos residenciales generalmente alcanza una tasa del 50% al 80%¹².

Las diferencias culturales, la disposición a reportar IU y las diferencias metodológicas en la investigación son factores que afectan la variación entre países. En el que para los 27 países de la Unión Europea (UE), se estima que afecta a más de 36 millones de personas sufren incontinencia urinaria, el 60% de las cuáles son mujeres y el número de personas afectadas está incrementándose por el aumento de la longevidad¹.



Siendo para España una prevalencia media estimada para las mujeres del 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas^{13,14}. Mientras que la prevalencia global estimada en hombres es del 7%^{14,15}.

En España la prevalencia de la Incontinencia Urinaria IU en mayores de 65 años con datos publicados en el año 2003, se sitúa alrededor de un 15% en personas en atención comunitaria, siendo más frecuente en mujeres que en varones. En atención domiciliaria pueden sufrirla hasta el 30% de nuestros pacientes y en residencias o instituciones el 70%¹⁶. La estimación a nivel global oscila entre un 15-50%; varones 14-30% y mujeres 16,1%-51%^{14,17}.

Así, la evolución de estos pacientes diagnosticados de IU en nuestro país ha ido en aumento en los últimos años. Según la OMS, se pasó de los 2.200.000 casos en 1997 a 3.255.539 en 2003². Con lo que la tendencia demuestra que el envejecimiento de la población es uno de los factores más importante, y que para el año 2050 en los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se espera que la población mayor de 80 años aumente del 4% al 9,4%¹⁸, con niveles mayores en los países europeos¹⁹. Por lo que se convertirá en un gran problema con implicaciones sociales, psicológicas y económicas, siendo esencial una gestión correcta e integral, que en un futuro nos permita ahorrar en costes y reducir su impacto negativo en toda la población.

No solo la prevalencia de la IU difiere entre hombres y mujeres y edad, sino también el tipo de incontinencia y el impacto de la IU en la vida diaria son diferentes. En los hombres, la incontinencia de urgencia es el tipo más prevalente, mientras que en las mujeres más jóvenes la incontinencia por estrés y en las mujeres de mayor edad la incontinencia mixta es la más frecuente²⁰.

Las causas comunes y los factores de riesgo de la IU incluyen la vejez, los embarazos y los partos vaginales, la obesidad, los cambios en los niveles hormonales, la histerectomía y la menopausia, la diabetes, las infecciones del tracto urinario, las enfermedades neurológicas, el deterioro cognitivo y físico, el tabaquismo, los antecedentes familiares y Cardiopatía genética e isquémica¹². Otro factor es la aparición de incontinencia durante la hospitalización de adultos mayores es un fenómeno poco estudiado y se habla de una tasa de entre el 10 y el 21% en la hospitalización de adultos mayores²¹.

Por lo que la institucionalización debe ser abordada, pero también la atención domiciliaria, ya que la tendencia europea se basa en aumentar esta última para personas más vulnerables. Porque garantiza una mejor calidad de la asistencia y permite reducir costos de la institucionalización. Donde en nuestro país destacan los cuidadores informales (familia o amigos) en los que para la OCDE España representa uno de los niveles máximos llegando al 16%¹⁸. Así esta guía abordará en cada uno de sus apartados todas estas cuestiones, y adecuarla para profesionales sanitarios y cuidadores informales.



5. INCONTINENCIA URINARIA. DEFINICIÓN, FISIOLÓGÍA DE LA MICCIÓN, CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA.

5.1. DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA (IU)

Según la International Continence Society (ICS)²² organismo internacional dedicado a la investigación y educación multidisciplinar de la continencia, la incontinencia urinaria es **la manifestación por parte del paciente de una pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, proveniente de la vejiga.**

Se trata de una definición que no tiene en consideración la cantidad de orina que se pierde, ni el número de ocasiones en que ocurre, por lo que gran número de persona en el mundo, se ven afectadas por este problema.

La incontinencia urinaria es un problema que, si bien no se trata de una enfermedad grave, que ponga en compromiso la vida de la persona, si afecta a la calidad de vida de la persona y de su círculo familiar, durante muchos años, ya que se trata de una enfermedad que va empeorando con el paso del tiempo.

Está presente en todas las etapas de la vida y afecta a ambos sexos, si bien es verdad que mayormente a las mujeres y a las personas mayores.

Supone una carga social y emocional al paciente y afecta negativamente en las relaciones sociales, sexuales y psicológicas del paciente, disminuyendo significativamente su calidad de vida.

Está relacionada directamente con un mayor riesgo de caídas, fracturas, autoaislamiento, depresión, genera limitaciones en la vida cotidiana, bajas laborales y pérdida de la autoestima.

Otro dato a tener en cuenta a la hora de cuantificar la afectación de esta enfermedad, es que en gran número de casos, se trata de una “consecuencia de la edad” o del proceso de envejecimiento, por lo que no se llegan a diagnosticar en las consultas, bien porque está asumido por parte de la población como algo natural al envejecimiento, o bien porque se trata de un tema “tabú” que produce vergüenza o humillación el hablar de ello, por lo que no se expresa en las consultas, o bien porque el profesional de la salud, no es capaz de detectar el problema en las consultas.

Como vemos, la incontinencia urinaria afecta a gran número de personas en nuestro país, al igual que en el resto del mundo, lo que lleva a ser una carga económica importante medida en términos de salud, pérdida de productividad y baja laboral³.

Mientras que, la Continencia **es el resultado del buen funcionamiento de todas las estructuras que forman parte del tracto urinario inferior, (vejiga, uretra y estructuras del suelo pélvico), así como de los centros nerviosos encargados de su funcionamiento y coordinación.**

Dependiendo de qué estructura se ve alterada, aparecen distintos tipos de incontinencia, es decir, la etiología es diferente y como consecuencia el tratamiento también será distinto.



Los grupos poblacionales con mayor riesgo de padecer incontinencia urinaria son:

- **Mujeres** cuyos factores de riesgo serían el embarazo, parto vaginal, diabetes (alrededor del 10%). Parece que existe una mayor relación, entre la aparición de pérdidas de orina durante el embarazo o inmediatamente después del parto, y la futura incontinencia.

Otros factores influyentes son el índice de masa corporal y los niveles de estrógenos.

- **Niños A partir de 5 años**, pues antes no se considera enuresis, con una prevalencia próxima al 10 -15%. Que desciende progresivamente según va creciendo el niño.

- **Personas mayores de 65 años**, en los que se ve aumentada la prevalencia (del 20-30%), si permanecen institucionalizados. Los factores asociados a este grupo poblacional son la comorbilidad y por tanto el aumento del consumo de fármacos, y el déficit cognitivo.

- **Pacientes con patología neurógena**, que por su patología específica, pueden desarrollar una incontinencia con mayor frecuencia, al verse afectados el sistema nervioso, regulador del ciclo miccional.

5.2. ANATOMÍA DEL APARATO URINARIO

El Aparato Urinario es un conjunto de órganos que se encarga de la formación y excreción de la orina a partir de la filtración de la sangre. Está compuesto por los riñones, uréteres, vejiga urinaria y uretra²³.

5.2.1. COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA.

La orina se compone en un 95% de agua, en la que se encuentran disueltos distintos tipo de sustancias como:

- **Desechos nitrogenados:** provienen del catabolismo proteico como urea, ácido úrico, amoníaco y creatina.
- **Electrolitos:** Sodio, potasio, amoníaco, cloro, bicarbonato, fosfato y sulfato.
- **Toxinas:** durante una enfermedad, las toxinas bacterianas, se eliminan en la orina.
- **Pigmentos:** sobre todo urocromos, pigmentos amarillentos derivados de los productos de la rotura de viejos hematíes en el hígado y en otros lugares.
- **Hormonas:** cuando hay elevación de algunas hormonas, aparecen en orina.
- **Constituyentes anormales:** azúcar, sangre, proteínas o cálculos.



TABLA 1. COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA

Color:	Amarillo transparente
Composición:	Iones: Sodio, Cloro, Potasio.
	Desechos Nitrogenados: Amoniacó, Creatinina, Urea, Ácido Úrico
Olor:	Ligero olor a Amoniacó
pH:	4,6 a 8
Densidad:	1001-1035

5.2.2. RIÑONES

Los riñones tienen un tamaño medio de 11x7x3 cm y un peso aproximado de 150 g. Se localizan en posición retroperitoneal a ambos lados de la columna vertebral, entre las vértebras duodécima dorsal y tercera lumbar. Los riñones están rodeados por varias capas de tejidos que los protegen y los fijan en su posición. Su capa externa se denomina cápsula renal, que está formada de tejido fibroso.

Estructura

Macroscópica. Está compuesta por dos zonas: la zona cortical o exterior y la zona medular o interna.

Microscópica. Encontramos la unidad funcional, la nefrona, compuesta de glomérulo y túbulo. Cada riñón tiene aproximadamente un millón de nefronas que funcionan de forma independiente.

El riñón recibe sangre a través de la arteria renal que es una rama principal de la arteria abdominal. Esta arteria se ramifica en arterias segmentarias que irrigan todo el riñón, y derivan en otras arterias menores que aportan sangre a todo el parénquima renal. Los riñones reciben aproximadamente el 20% del gasto cardiaco total.

Funciones de los riñones

Eliminación de desechos.

Actividades reguladoras:

- Regulación del equilibrio **hidroelectrolítico**.
- Regulación de la **presión arterial**.
- Regulación del equilibrio **ácido básico**.

Vías de eliminación: hay que diferenciar entre vías altas y vías bajas.

- **Vías altas:** cálices, pelvis renal y uréteres.
- **Vías bajas:** vejiga urinaria y uretra



5.2.3. CÁLICES Y PELVIS RENAL

Conjunto de estructuras que se disponen en forma de embudo, saliendo del seno renal al uréter.

5.2.4. URÉTER

Cada riñón tiene un uréter que une la pelvis renal con la vejiga urinaria; es un conducto de unos 25-30 cm de longitud y de 2 a 6 mm de diámetro. Tiene capacidad para realizar movimientos peristálticos gracias a su capa muscular inervada y regulada por ramas de los nervios sacroilíacos. Su función principal es transportar la orina desde la pelvis renal a la vejiga.

5.2.5. VÍAS URINARIAS BAJAS

Las vías urinarias bajas las componen la vejiga urinaria y la uretra (el deterioro de estos órganos nos llevará a la incontinencia urinaria):

5.2.5.1. LA VEJIGA URINARIA

Se trata de un órgano hueco músculo-elástico, que recibe la orina procedente de los riñones a través de los uréteres, y cuya función principal, es el almacenamiento (depósito músculo-membranoso) de dicha orina, hasta que es expulsada voluntariamente al exterior a través de la uretra, durante la micción. Se encuentra en la cavidad peritoneal posterior cerca del suelo pélvico. En el hombre se encuentra por delante del recto y en la mujer detrás de la sínfisis de pubis, por delante de la vagina. Su capacidad media oscila entre 300 y 500 ml, pero según la circunstancia puede llegar a contener más de 1 litro. Cuando está llena, tiene forma de globo y cuando está vacía tiene forma más o menos piramidal.

Está formada por tres capas: serosa, muscular y el urotelio.

A) Capa serosa: El peritoneo parietal recubre la vejiga en su cara superior y partes posteriores y laterales.

B) Capa muscular: Está formada por músculo liso con tres elementos:

- 1. Elemento externo o superficial:** Formado por fibras musculares longitudinales.
- 2. Elemento medio:** Formado por fibras musculares circulares.
- 3. Elemento interno o profundo:** Formado también por fibras longitudinales

Los tres elementos de la muscular forman el músculo detrusor, que cuando se contrae, expulsa la orina.

C) Urotelio: que proporciona una barrera, poco permeable a la orina. La capa muscular a su vez, está compuesta por dos tipos de fibras, el colágeno y fibras de músculo liso. Los uréteres entran en la vejiga diagonalmente a través de la pared dorso-lateral, en un área llamada trígono, que tiene forma triangular y ocupa el área correspondiente a la pared postero-inferior de la vejiga.



El orificio interno de la uretra define el punto inferior del triángulo que dibuja el trigono. La vejiga, tiene la propiedad de mantener una presión casi constante durante el llenado vesical, sin aumentar la presión intravesical a pesar de ir aumentando el volumen.

Se comporta como una estructura visco-elástica. Esta propiedad se debe a las fibras de músculo liso, en cuanto la rigidez se lo aporta las fibras de colágeno, que son las responsables de ese pequeño aumento de la presión, que se produce con el llenado vesical.

5.2.5.2. LA URETRA

La uretra es el conducto tubular estrecho y elástico cuya función es transportar la orina desde el cuello vesical al meato urinario por el cual se elimina la orina, que se ha estado almacenando en la vejiga durante la fase de almacenamiento, al exterior del organismo.

Se trata de un espacio virtual que se va abriendo al paso de la orina hacia el exterior.

Existen diferencias evidentes entre la uretra femenina más corta, unos 4 centímetros, que se sitúa por encima de la vagina en el introito vaginal, y la del hombre de longitud aproximada entre los 15 y 20 cm que atraviesa la glándula prostática y elimina la orina al exterior a través del pene.

Funcionalmente cumple dos objetivos: Proporcionar un mecanismo eficaz de continencia durante la fase de almacenamiento, es decir, la mayor parte del tiempo, y permitir el vaciado adecuado de la vejiga, con el mínimo de resistencia, durante la fase miccional.

La uretra y más concretamente el esfínter que en ella existe, será responsable en gran medida de la continencia.

Para que exista la continencia, la presión que se genera a este nivel debe ser superior a la presión que exista en la vejiga, ya que de lo contrario se producirá la incontinencia. La uretra femenina se encuentra sometida a mayores traumatismos obstétricos durante el parto, y esta es una de las causas más importante de incontinencia urinaria en las mujeres.

5.2.6. LA PRÓSTATA

La próstata es un órgano glandular del aparato reproductor masculino, localizada anterior al recto, a la salida de la vejiga urinaria y que produce secreciones contribuyendo a la formación de líquido seminal.

Parte de la próstata se compone de músculo liso controlado por el sistema nervioso simpático, que actúa liberando noradrenalina sobre los alfa 1 receptores, lo que provoca una contracción de la musculatura lisa y como consecuencia una mayor resistencia a la salida vesical y adicionalmente ayuda a la continencia en el hombre. Con el paso del tiempo, suele aumentar de tamaño y provocar problemas de obstrucción a la salida de la orina.



5.2.7. SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos (estructura miofascial) que cierra la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga, uretra, útero, vagina y recto) en la posición adecuada ya que de ello depende su normal funcionamiento.

La estructura está dispuesta en músculos superficiales (fibrosos y alargados): Bulbo-cavernoso, Isquio-cavernoso, transverso-superficial, esfínter del ano, transversos profundos, esfínter externo de la uretra. Y músculos profundos (anchos y gruesos). Elevador del ano: Pubo-vaginal, Pubo-coccígeo, Íleo coccígeo, Isquio-coccígeo

Esta capa tiene la capacidad de responder a las variaciones de presión del abdomen tanto de manera pasiva como activa. Las fibras de ambas capas están presentes en un 70% fibras tónicas (fibras de contracción lenta) y un 30% por fibras fásicas (de contracción rápida). La pelvis humana es muy particular, ya que al adoptar la posición erecta ha hecho que la relación de fuerzas que se produce en su interior como consecuencia de los esfuerzos facilite el prolapso de las vísceras.

La mujer ha tenido que adaptarse no sólo a la postura eréctil, sino a ser capaz de dar a luz, lo que motiva un hecho traumático para las estructuras blandas de la pelvis femenina. Existen cuatro grupos musculares que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la estructura y función del soporte pélvico: los músculos de la pared pélvica, los accesorios, los del suelo pélvico y los del perineo.

5.2.8. MECANISMOS ESFINTERIANOS MASCULINOS

En el hombre hay dos mecanismos esfinterianos o de continencia:

- **Un mecanismo del cuello vesical, proximal**, que se constituye en un elemento poderoso en el mantenimiento de la continencia urinaria y previene la eyaculación retrógrada. Está formado por una capa interna de paquetes musculares lisos, dispuestos en una orientación circular.
- **Un mecanismo esfinteriano, distal**, extremadamente importante por su capacidad de mantener la continencia, incluso cuando se encuentra dañado por una cirugía el mecanismo del cuello vesical, proximal. Se encuentra en la uretra membranosa, a nivel del verumontanum, con un espesor de 3 a 5 mm, y se compone principalmente de músculo estriado extrínseco capaz de una contracción sostenida, necesaria, para la continencia urinaria.

5.2.9. MECANISMOS ESFINTERIANOS FEMENINOS

Las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de sufrir incontinencia urinaria ya que los mecanismos esfinterianos son menos poderosos que los de los hombres. El cuello vesical es una estructura más débil que el masculino, con fibras musculares orientadas longitudinalmente y a menudo incompetentes incluso en las nulíparas. La continencia urinaria depende de la integridad del mecanismo esfinteriano uretral que se compone de músculo liso longitudinal y de un músculo estriado extrínseco más representativo. Este músculo se sitúa en los dos tercios proximales de la uretra. El daño al esfínter o a su inervación (trauma obstétrico), reduce la efectividad de este mecanismo y predispone a la incontinencia urinaria de esfuerzo.



5.2.10. INERVACIÓN

Todo el aparato urinario está regulado por centros nerviosos en los que intervienen los sistemas simpático, parasimpático y espinal. Las neuronas que inervan el aparato urinario inferior sirven para transmitir los mensajes y que éstos sean realizados²⁴.

La inervación se lleva a cabo tanto por el sistema nervioso central o voluntario (SNC) como por el sistema nervioso vegetativo o involuntario (SNV). El SNC actúa sobre el esfínter estriado de la uretra (esfínter externo) y esfínter anal a través del nervio pudendo. El SNV actúa sobre el esfínter interno y el trigono en la fase de llenado a través del nervio hipogástrico, y sobre el detrusor en la fase de vaciado a través del nervio pélvico.

5.2.11 COORDINACIÓN NEUROLÓGICA

Para la regulación del ciclo miccional, existe un complicado entramado neuronal, que coordina la relajación del esfínter estriado de la uretra y contracción de diversos músculos simultáneamente (incluido el detrusor vesical), para conseguir un almacenamiento sin pérdidas de orina, y un vaciamiento completo⁴

Existen 4 grandes niveles que **toman parte en el control de la vejiga:**

- **Centro cortical:** situado en la parte anterior del lóbulo frontal. A este nivel llega toda la información, tanto del llenado de la vejiga como de su evacuación. Gracias a él somos consciente de nuestros deseos miccionales y podemos adaptar la micción a nuestra vida social.
- **Hipotálamo:** es el centro autónomo principal donde se organiza la micción una vez que el centro cortical ha mandado la señal.
- **Núcleo pontino o mesencefálico:** coordina los núcleos medulares.
- **Núcleos medulares:** centro sacro S2-S4 y C. Dorso-Lumbar D10-L1.

Interviniendo los siguientes **sistemas en dicho control:**

- **Sistema simpático:** A través del nervio hipogástrico. Sale de D10-L2. Provoca la relajación del músculo detrusor y contrae el músculo liso esfinteriano (cuello y uretra posterior/proximal). Neurotransmisor: la noradrenalina.
- **Sistema parasimpático:** A través del nervio pélvico. Sale de S2-S4 (centro miccional espinal). Provoca la contracción del detrusor y la relajación del músculo esfinteriano. Neurotransmisor: la acetilcolina.
- **Sistema somático voluntario:** A través del nervio pudendo. Sale de S2-S4. No tiene acción sobre el detrusor y contrae el músculo estriado esfinteriano y del suelo pélvico. Neurotransmisor: la acetilcolina.
- **Centro coordinador pontino:** En el mesencéfalo existe un centro nervioso encargado de coordinar la actividad de los tres tipos de inervación. Este centro envía fibras eferentes a los tres centros medulares (citados anteriormente) regulando su actividad.



- **Centros nerviosos corticales:** La micción en el hombre está bajo control voluntario. Existe un centro cortical que puede iniciar o postponer la micción de manera voluntaria. Este centro envía conexiones al centro coordinador mesencefálico.

5.3. FISIOLÓGÍA DE LA MICCIÓN

La micción es el acto fisiológico que tiene la finalidad de evacuar la orina. La micción y la continencia son el resultado de la perfecta función y coordinación del detrusor y el esfínter. En una persona sana la micción se produce cuando la vejiga urinaria ha alcanzado su capacidad fisiológica y el sujeto ordena voluntariamente su vaciado.

Aunque en condiciones normales la vejiga no se considera llena hasta alcanzar 350 ml, al llegar a 200-250 ml los receptores sensoriales van emitiendo señales intermitentes a nivel sacro, desde aquí se transmiten al cerebro (centro pontino) donde se hace consciente la necesidad de orinar. Si se decide orinar, el centro pontino no inhibe la contracción del detrusor y la relajación del esfínter uretral por lo que se evacúa la orina. Si no se decide orinar, el centro pontino inhibe la contracción del detrusor y la relajación del esfínter uretral, por lo que no se produce la micción.

5.3.1. CICLO FUNCIONAL

El ciclo funcional del tracto urinario inferior está formado por dos fases:

A) Fase de almacenamiento o de llenado:

La orina se almacena en la vejiga, a una velocidad que oscila entre los 1,5 y 2 ml por minuto, acomodándose ésta al contenido gracias al tono del detrusor. El cual se comporta como un órgano con importantes propiedades visco-elásticas. Provocando bajos niveles de aferencias, hacia la médula sacra, a través del nervio pélvico.

Esta información es transmitida al Sistema Nervioso Simpático, que a través del nervio hipogástrico, produce una inhibición del sistema parasimpático, y en consecuencia, hay una relajación del músculo detrusor, así como de la contracción del esfínter uretral interno; produciéndose una estimulación del Sistema Nervioso Somático, el cuál a través del nervio Pudendo, activa el esfínter uretral externo, y asegura la continencia urinaria. En esta fase se mantiene una estimulación del nervio pudendo, lo que refuerza la musculatura periuretral para conservar la continencia. Así mismo, si se produce un aumento de presión abdominal, como consecuencia de tos, risa o ejercicio físico, se produce simultáneamente una mayor estimulación por parte del pudendo, aumentando la fuerza de contracción de la musculatura periuretral, para evitar la pérdida involuntaria de orina.

Hay que destacar que no se produce durante el llenado vesical un gran aumento de la presión intraluminal gracias a la acomodación de la vejiga. La fase de llenado, lleva unas cuatro horas, hasta que la vejiga alcanza un volumen de entre 300-500 ml, mientras que la fase de vaciado dura apenas unos segundos, hasta vaciar por completo la vejiga.



En conclusión, la fase de llenado es un proceso que depende de la relajación de la musculatura lisa vesical y de la inhibición del Sistema Nervioso Parasimpático.

B) Fase de vaciamiento o fase miccional:

En esta fase, ocurre una actividad inversa a la que se observa durante la fase de almacenamiento. El detrusor debe cesar su relajación y contraerse, para expulsar la orina. Donde la uretra y los mecanismos esfinterianos deben relajarse para disminuir la resistencia de la salida y permitir el paso de la orina. La micción debe ser eficiente y completa no dejando ningún remanente o residuo.

Durante la micción, la relajación uretral precede a la contracción del detrusor. Produciéndose la relajación simultánea de los músculos del suelo pélvico, apertura del cuello vesical (por la inhibición del nervio pudendo, no ofreciendo resistencia por parte de la musculatura periuretral) para facilitar el paso de la orina a la uretra proximal, y la contracción poderosa del detrusor para expulsar la orina.

Después de terminar la fase miccional la uretra proximal se cierra de manera retrógrada, ordeñando así la orina hacia atrás, en dirección a la vejiga. Inmediatamente después, la vejiga vuelve a su estado de relajación y los mecanismos esfinterianos se vuelven a activar. En la fase miccional, se produce una inhibición de la estimulación simpática, con lo que se produce la apertura del cuello vesical y la relajación del esfínter periuretral, y seguidamente, se produce la estimulación parasimpática, que provoca la contracción del músculo detrusor y la consiguiente eliminación de la orina al exterior.

La coordinación de todo el funcionamiento del ciclo funcional de la micción, se lleva a cabo, por el centro Pontino de la micción, que se sitúa en el mesencéfalo. Y es el encargado de sincronizar todas las estimulaciones e inhibiciones de los distintos nervios para conseguir una micción coordinada. Este reflejo miccional es autónomo en los primeros años de vida, hasta que se produce el desarrollo cortical, y como consecuencia de ello la voluntariedad sobre la micción²⁵.

5.4. CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE INCONTINENCIA URINARIA

Existen muchas y diversas clasificaciones de la incontinencia urinaria. Los más habituales. Si tenemos en cuenta **el tiempo de duración** de la incontinencia, las podemos dividir en:

- **Temporales:** cuando aparecen durante un tiempo determinado y son secundarios a otros procesos como puede ser la infección urinaria, toma de fármacos, estreñimiento severo, alteraciones mentales transitorias, deterioro funcional etc.



- **Crónicas:** son las que se mantiene en el tiempo y son debidas a alteraciones permanentes como alteraciones neurológicas, lesiones medulares, anomalías anatómicas, etc.

Desde el punto de vista del **número de episodios de incontinencia** que se producen podemos distinguir entre:

- **Leve:** cuando se producen menos de 10 episodios a la semana.
- **Moderada:** cuando se producen entre 10 y 20 episodios a la semana.
- **Grave:** cuando se producen más de 20 episodios a la semana.

Según la **cantidad de orina:**

- **Ligera:** < 60 cc en cada derrame.
- **Moderada:** 60-150 cc en cada derrame.
- **Grave:** > 150 cc en cada derrame
(Puede haber varios derrames a lo largo del día).

Según el **momento de presentarse:**

- **Diurna**
- **Nocturna**
- **Mixta**

Según **periodicidad:**

- **Permanente**
- **Ocasional**

5.5. TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Según la International Continence Society²⁶ podemos distinguir lo siguientes tipos de incontinencia.

5.5.1. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE).

La súbita e involuntaria pérdida de una cantidad variable de orina consiguiente a un incremento de la presión intraabdominal (ejemplo toser, reírse o ejercicio físico) provocada por los esfuerzos, en ausencia de cualquier contracción del detrusor. Para que con un esfuerzo brusco no salga la orina por la uretra, se requiere que la presión uretral permanezca más elevada que la presión vesical.

En la incontinencia urinaria de esfuerzo todo se reduce a que la uretra es incapaz de mantener el gradiente positivo de presión durante los esfuerzos.



5.5.1.1. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO POR HIPERMOVILIDAD URETRAL

La debilitación y laxitud de los músculos que forman el suelo pélvico provoca una movilidad de la uretra superior. Al producirse un aumento de la presión intraabdominal, al toser, reír etc. la musculatura no tiene tono suficiente para aguantar esta presión y se produce el pequeño derrame de orina ya que la función principal del suelo pélvico es el soporte de los órganos de la pelvis y la contribución a la continencia urinaria.

5.5.1.2. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO POR INCOMPETENCIA ESFINTERIANA

Debido a la deficiencia de la musculatura lisa de la uretra o estriada del esfínter, unida a un cuello abierto. Estas dos formas de incontinencia de esfuerzo, en ocasiones, pueden coexistir. En la gran mayoría de los casos, es importante valorar la intensidad de la pérdida de orina.

- **Grado 0:** El paciente refiere pérdidas de orina con grandes esfuerzos, no demostrable en la exploración.
- **Grado I:** Pérdidas con grandes esfuerzos. Pequeño descenso de cuello vesico-uretral.
- **Grado II:** Pérdidas con esfuerzos medianos. Descenso del cuello vesico-uretral de más de 2 cm.
- **Grado III:** Las pérdidas de orina son constantes ante cualquier modificación de la presión abdominal. Uretra abierta y cuello vesical sin contracción.

5.5.2. INCONTINENCIA URINARIA MIXTA (IUM).

Es la pérdida de orina o percepción de pérdida de orina que se produce asociada tanto al esfuerzo y como a la urgencia. Es decir que tiene los dos componentes.

5.5.3. VEJIGAS NEURÓGENAS

Llamamos vejiga neurógena aquel estado patológico de la vejiga que en el que existen trastornos de la micción cuyo origen está en el sistema nervioso, excluyendo los psicógenos. La alteración de la micción, consecuente a este daño neurológico, dependerá del tipo de daño, de su localización y de su extensión.

5.5.3.1. INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA (IUU)

La IUU es la forma de aparición más frecuente dentro de las llamadas vejigas neurógenas. Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo súbito de orinar (urgencia) sin que sea posible alcanzar el cuarto de baño a tiempo. Lo que caracteriza a este tipo de incontinencia es el deseo miccional consciente. La incontinencia de urgencia es la más frecuente en las personas mayores, manifestándose tanto en el hombre como en la mujer.



La urgencia está asociada a dos tipos de disfunciones:

- **La hiperactividad del detrusor (urgencia motora).** Se caracteriza por la aparición, durante su repleción, de contracciones involuntarias. Cuando las causas son de origen neurógeno estas contracciones las llamamos hiperreflexia del detrusor.

Cuando la causa de la contracción involuntaria no es de origen neurógeno sino que puede ser por una litiasis vesical e incluso de origen Idiopático estas las llamamos contracciones inestable del detrusor (inestabilidad del detrusor). En este tipo de lesión, la hiperreflexia se produce con sinergia del esfínter. Las causas de la incontinencia urinaria de urgencia motora están en lesiones en el SNC: ACVA, demencias, enfermedad de Parkinson, alteraciones medulares...

- **La hipersensibilidad del detrusor (urgencia sensorial).** En ella no existen contracciones del detrusor sino una hipersensibilidad de los receptores sensoriales vesicales y uretrales que impiden el llenado normal de la vejiga. Las causas que la producen son procesos inflamatorios, infecciones urinarias, litiasis, tumores...

5.5.3.2. INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA

En aquellas lesiones medulares en las que el núcleo pontino de la micción pierde la tutela sobre los núcleos medulares de la micción, se produce una hiperreflexia con disinergia del detrusor. La persona afectada por este tipo de lesión (se da tanto en el hombre como en la mujer) no siente ningún impulso de orinar ya que se bloquean las señales nerviosas a lo largo de la médula espinal.

5.5.3.3. INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO DEBIDO A VEJIGA HIPOTÓNICA O ATÓNICA

Si la lesión afecta al nervio pélvico, existiendo lesiones medulares al nivel de las metámeras sacras S2-S3-S4, ocasiona una arreflexia del detrusor, es decir, la ausencia de actividad contráctil del mismo. Las causas pueden ser traumáticas, tumores, hernia de disco, neuropatía diabética, neuropatía secundaria, hipertensión o infección.

El detrusor, en ocasiones, es hipoactivo, es decir, que siendo capaz de contraerse la duración o magnitud de su contracción, es insuficiente para conseguir un vaciado vesical efectivo. El detrusor hipoactivo se da con frecuencia en los pacientes afectados de mielomeningocele, esclerosis múltiple y lesiones medulares incompletas. Si el detrusor es atónico, no existen contracciones.

5.5.3.4 DETRUSOR ACONTRÁCTIL

Cuando existe una lesión neurológica que afecta a la inervación o a cualquiera de los centros que controlan el arco reflejo, el normal funcionamiento de la vejiga se ve alterado, desencadenando una ausencia de contracción del detrusor, no pudiendo ser efectiva la fase normal de vaciado. La causa más frecuente de las neuropatías está producida por diabetes mellitus causando lesión de los nervios pudiendo, pélvico e hipogástrico. Esta alteración puede manifestarse con pérdida o disminución del deseo miccional, chorro miccional débil, sensación de micción incompleta, retención urinaria o pequeños escapes de orina al aumentar la presión abdominal.



5.5.4. INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL.

Denominamos insuficiencia urinaria funcional a los escapes de orina asociados a la incapacidad para llegar al servicio, o utilizar un sustitutivo. Habitualmente aparece en las situaciones de incapacidad tanto física como mental, así como en casos de escasa motivación (depresión) o falta de colaboración (ansiedad). En ocasiones este tipo de incontinencia puede precipitarse por la existencia de barreras arquitectónicas (difícil acceso al servicio o mala situación de los mismos) o por número insuficiente de cuidadores.

5.5.5. INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO (SÍNDROME POR OBSTRUCCIÓN)

La incontinencia por rebosamiento, también conocida como síndrome por obstrucción, es la pérdida involuntaria de orina asociada a una sobre distensión de la vejiga. Este tipo de incontinencia siempre es secundaria a una retención urinaria. Puede producirse por obstrucción o por lesión neurológica (detrusor acontráctil)

Obstrucción

El término “obstrucción del tracto urinario inferior” incluye todos aquellos procesos que, de una forma u otra, comprometen el normal vaciado de la orina durante la micción (hipertrofia prostática, tumores, litiasis, etc.).

Para conseguir el vaciado, el detrusor aumenta la presión mediante mayor actividad, ayudándose de la prensa abdominal, ya que la obstrucción del tracto urinario inferior (TUI) supone un incremento de la presión uretral. De continuar el aumento de la actividad vesical, el detrusor se hipertrofia, las fibras musculares se elongan y pierden su capacidad contráctil pudiendo dar lugar a hernias que, cuando aumentan de tamaño, se convierten en divertículos. Si esto se prolonga en el tiempo la situación puede hacerse irreversible, produciendo daño miógeno, en ese caso la vejiga no es capaz de conseguir el vaciado, produciéndose retención completa y añadiendo mayor riesgo para los riñones.

Si la obstrucción se instaura de forma aguda, la sintomatología es aparatosa: intenso deseo miccional, dolor suprapúbico, malestar general, se aprecia globo vesical, lo que incrementa el dolor y el deseo miccional. Si la obstrucción es lenta o crónica los síntomas se instauran paulatinamente: esfuerzo para evacuar, chorro urinario poco potente, polaquiuria, goteo postmiccional e incluso incontinencia de urgencia.

5.5.6. INCONTINENCIA URINARIA POSTMICCIONAL

Consiste en la pérdida de una pequeña cantidad de orina después de haber completado la micción, produciendo problemas higiénicos y estéticos. Este tipo de incontinencia es propia del hombre a cualquier edad. Está producida por la acumulación de orina en la uretra bulbar. Su causa es idiopática. Puede paliarse con una simple maniobra, mediante una firme presión detrás del escroto, hacia arriba y adelante, ejercida con los dedos o con el puño al finalizar la micción. Con esto se consigue que esta cantidad de orina acumulada en la uretra salga al exterior en ese mismo momento.



5.5.7. INCONTINENCIA URINARIA POR GOTEO CONTINUO

Como su propio nombre indica, se manifiesta por una fuga continua de orina según se produce su filtrado.

Las causas más frecuentes son:

- **Causas congénitas:** malformaciones uretero-ectópicas.
- **Causas orgánicas:** lesiones postquirúrgicas.
- **Causas neurológicas:** pérdida del potencial contráctil del esfínter.

5.5.8. ENURESIS NOCTURNA

La pérdida de orina que se produce durante el sueño. Existen dos tipos de Enuresis Nocturna dependiendo a si se presenta aislado o asociado a otros síntomas.

Se habla de **enuresis nocturna monosintomática** cuando el único síntoma que se produce es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño y **síndrome enurético**, cuando se presenta asociado a otra sintomatología como puede ser, infecciones, urgencia, incontinencia diurna, aumento de la frecuencia miccional.



6. IMPORTANCIA DE LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA, Y TERMINOLOGÍA N-N-N.

En los últimos años existe un interés de dimensionar la profesión enfermera a sus legítimos espacios, para desarrollar esta actividad. Así la aparición y desarrollo de diversos lenguaje estandarizados supone un importante paso en el entendimiento y unificación del trabajo enfermero. El sustento legal que en nuestro país se ha producido con el Real Decreto que regula la Organización Colegial y la Actividad profesional de Enfermería²⁷, la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias²⁸ y el Real Decreto sobre Especialidades²⁹, marca un gran avance en este sentido. Por lo que los profesionales están incorporando nuevas herramientas y sistemas de trabajo para facilitar la transposición del marco teórico a la realidad clínica.

Para ello, es esencial incorporar un lenguaje estandarizado: ya en 1990 se comenzó a difundir la Clasificación Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Al mismo tiempo aparecen nuevas herramientas como el Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA)³⁰, esta nos permiten mejorar en determinadas áreas deficitarias. Así, la **Clasificación NANDA-NOC-NIC (NNN)³¹ permite que el proceso enfermero pueda disponer de instrumentos estandarizados y mundialmente reconocidos para llevarlo eficientemente al terreno clínico³².**

El proceso Enfermero es la aplicación del método científico y sistemático de brindar cuidados de Enfermería al individuo, familia o comunidad centrado en el logro de los resultados esperados de forma eficiente. Teniendo en cuenta que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad. El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia. De esta forma la valoración constituye una parte fundamental del proceso enfermero, ya que es la primera aproximación al paciente/familia, conocer la situación del paciente y su entorno es mejorar su tratamiento.

De la valoración se obtendrá el diagnóstico, la planificación (fijando prioridades y objetivos), la ejecución de las actividades (registro del plan de acción) y la evaluación continua del paciente. Dónde el lenguaje y el vocabulario es de especial importancia, ya que en esta fase de valoración es dónde se recaba información y se debe hacer de forma estructurada por Necesidades Básicas o Patrones Funcionales, y centrarse en las respuestas humanas que presenta el paciente. Ante pacientes dependientes valoramos si dispone de alguien que le cuide, si es formal o informal (familiar) y si es familiar valoraremos a esta persona que cuida y su preparación para los cuidados de incontinencia.



Para después elaborar el diagnóstico enfermero, que viene descrito por la NANDA, que clasifica las incontinencias urinarias (IU) mediante 5 etiquetas diagnósticas que se pueden corresponder con la nomenclatura de la clínica médica antes descritas. Dónde **el interés para la enfermería no está en la etiología, si no en la respuesta que la pérdida de orina involuntaria genera en las personas.**

Las etiquetas diagnósticas son:

- **Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (00017)**
- **Incontinencia Urinaria Refleja (00018)**
- **Incontinencia Urinaria de Urgencia (00019)**
- **Incontinencia Urinaria Funcional (00020)**
- **Incontinencia Urinaria por Rebosamiento (00176)**

También existen otras etiquetas diagnósticas sobre la eliminación urinaria como:

- **Deterioro de la eliminación (00016)**
- **Riesgo de I.U de Urgencia (00022)**
- **Retención Urinaria (00023)**

El profesional debe plantearse si existen elementos diagnósticos y problemas colaborativos antes de la generación de este y la creación de una red lógica de razonamiento.

En el que es necesario clarificar/cribar los muchos diagnósticos enfermeros para hacer operativo el trabajo en el terreno clínico. Así, el Modelo AREA plantea mediante redes de razonamiento cuál es el elemento a tratar en el que se debe pensar en todas las dimensiones de la persona (físico-psicológico-emocional-familiar-social).

Por lo que es fundamental identificar el problema principal que da soporte a la historia del paciente, y esta se realiza sobre las necesidades de cuidados que presenta el paciente sin perder de vista a este y su contexto. Para después pasar a monitorizar, evaluar, controlar y vigilar los factores de seguridad de dichas complicaciones potenciales, evitando que aparezcan.



6.1. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Una vez realizada la valoración enfermera se determinará el tipo de diagnóstico enfermero, donde a continuación se describen los distintos tipos de diagnóstico, según la NANDA para los diferentes tipos de incontinencia. Este documento debe ser documento vivo, ya que los Diagnósticos NANDA se actualizan cada 2/3 años.

TABLA 2. DIAGNÓSTICOS NANDA

Código: (00017): INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO			
Definición:	Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal		
Dominio: 3	Eliminación e Intercambio	Clase: 1	Función Urinaria
Necesidad: 3	Eliminación	Patrón: 3	Eliminación
CARACTERÍSTICAS Y FACTORES			
Características definitorias	• Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor.		
	• Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de sobredistensión de la vejiga.		
	• Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina (p. ej., al toser, reír, estornudar o con el esfuerzo).		
Relacionado	• Aumento de la presión intraabdominal.		
	• Cambios degenerativos en los músculos pélvicos.		
	• Debilidad de los músculos pélvicos.		
	• Deficiencia intrínseca del esfínter uretral.		



DIAGNÓSTICOS NANDA

Código: (00018): INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA			
Definición:	Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical determinado		
Dominio: 3	Eliminación e Intercambio	Clase: 1	Función Urinaria
Necesidad: 3	Eliminación	Patrón: 3	Eliminación
CARACTERÍSTICAS Y FACTORES			
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de sensación de micción. • Ausencia de urgencia para miccionar. • Incapacidad para inhibir voluntariamente la micción • Incapacidad para iniciar voluntariamente la micción. • Patrón previsible de micción . • Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical. • Sensaciones asociadas a repleción vesical. • Vaciado incompleto con lesión por encima del centro pontino de la micción. 		
Relacionado	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro neurológico por encima del centro pontino de la micción. • Deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción. • Lesión tisular. 		

Código: (00019): INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA			
Definición:	Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una sensación intensa o urgencia de orinar.		
Dominio: 3	Eliminación e Intercambio	Clase: 1	Función Urinaria
Necesidad: 3	Eliminación	Patrón: 3	Eliminación
CARACTERÍSTICAS Y FACTORES			
Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida de orina. • Pérdida involuntaria de orina con contracciones vesicales. • Pérdida involuntaria de orina con espasmos vesicales. • Urgencia urinaria 		



Relacionado	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol. • Disminución de la capacidad vesical . • Hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractilidad vesical. • Impactación fecal. • Infección vesical. • Ingesta de cafeína. • Régimen terapéutico. • Uretritis atrófica. • Vaginitis atrófica.
--------------------	--

Código: (00020): INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL			
Definición:	Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.		
Dominio: 3	Eliminación e Intercambio	Clase: 1	Función Urinaria
Necesidad: 3	Eliminación	Patrón: 3	Eliminación
CARACTERÍSTICAS Y FACTORES			
Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> • El tiempo requerido para alcanzar el inodoro tras la sensación de urgencia es demasiado largo. • Incontinencia urinaria a primera hora de la mañana. • Micción antes de alcanzar el inodoro. • Sensación de necesidad de orinar. • Vacía completamente la vejiga. 		
Relacionado	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en los factores ambientales. • Alteración de la función cognitiva. • Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte. • Deterioro de la visión. • Deterioro neuromuscular. • Trastorno psicológico. 		



DIAGNÓSTICOS NANDA

Código: (00176): INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO			
Definición:	Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga		
Dominio: 3	Eliminación e Intercambio	Clase: 1	Función Urinaria
Necesidad: 3	Eliminación	Patrón: 3	Eliminación
CARACTERÍSTICAS Y FACTORES			
Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> • Distensión vesical. • Nicturia. • Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina. • Volumen residual alto después de la micción. 		
Relacionado	<ul style="list-style-type: none"> • Disinergia del esfínter detrusor externo. • Hipocontractilidad del detrusor. • Impactación fecal. • Obstrucción del drenaje vesical. • Obstrucción uretral. • Prolapso pélvico grave. • Régimen terapéutico 		

6.2. INDICADORES NOC RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA URINARIA

Una vez identificada la cuestión o problema se debe convertir el problema (NANDA) en un resultado esperado (NOC), es decir, “un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermera/s. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo utilizando una escala o escalas de medida. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados”²⁸. Este documento debe ser un documento vivo, ya que los NOC se actualizan cada 2/3 años.

Para conocer el resultado esperado sobre el paciente hay que identificar los criterios con los que vamos a medir el avance del paciente, estos criterios son los **indicadores NOC**, estos nos permiten medir los cambios, avances del paciente, y el efecto de las intervenciones que se ponen en marcha.



Para esta medición se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos con todos los resultados e indicadores que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado³³.

TABLA 3. INDICADORES NOC: CONTINENCIA URINARIA

Código	NOC	DEFINICIÓN
(502)	Continencia Urinaria	Control de la eliminación de orina de la vejiga
Indicadores:		
50201	Reconoce la urgencia miccional	
50202	Patrón predecible del paso de orina	
50203	Responde de forma adecuada a la urgencia	
50204	Orina en un receptáculo apropiado	
50205	Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina	
50218	Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales	
50206	Micción > 150 ml cada vez	
50208	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina	
50209	Vacía la vejiga completamente	
50215	Ingesta hídrica en el rango esperado	
50216	Capaz de manejar la ropa de forma independiente	
50217	Capaz de usar el inodoro de forma independiente	
50219	Identifica medicaciones que interfieren con el control urinario	
50207	Pérdidas de orina entre micciones	
50210	Residuo posmiccional >100-200 ml	
50211	Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos)	
50212	Ropa interior mojada durante el día	
50213	Ropa interior o de la cama mojada durante la noche	
50214	Infección del tracto urinario	

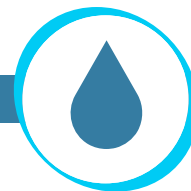


TABLA 3. INDICADORES NOC: ELIMINACIÓN URINARIA

Código	NOC	DEFINICIÓN
(503)	Eliminación Urinaria	Recogida y eliminación de la orina
Indicadores:		
50301	Patrón de eliminación	
50302	Olor de la orina	
50303	Cantidad de orina	
50304	Color de la orina	
50306	Claridad de la orina	
50307	Ingesta de líquidos	
50313	Vacía la vejiga completamente	
50314	Reconoce la urgencia	
50305	Partículas visibles en la orina	
50329	Sangre visible en la orina	
50309	Dolor al orinar	
50330	Quemazón al orinar	
50310	Vacilación al orinar	
50331	Micción frecuente	
50311	Urgencia para orinar	
50332	Retención urinaria	
50333	Nicturia	
50312	Incontinencia urinaria	
50334	Incontinencia por esfuerzo	
50335	Incontinencia por urgencia	
50336	Incontinencia funcional	



6.3. INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC) RELACIONADAS CON LA INCONTINENCIA URINARIA

Una vez analizadas las distintos resultados y sus indicadores, el personal de enfermería deberá seleccionar las intervenciones que nos permitan realizar dicha transición hacia los resultados esperados. En nuestro caso, a la continencia o mejora de la incontinencia. Por lo que es necesario que se conozcan las diferentes intervenciones (NIC) más relevantes, en relación a este problema de salud. Este documento debe ser un documento vivo, ya que los NIC se actualizan cada 2/3 años.

TABLA 4. INTERVENCIONES DE INCONTINENCIA URINARIA

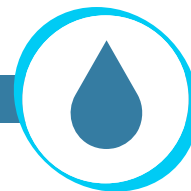
NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[1804]	AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: MICCIÓN/ DEFECACIÓN
DEFINICIÓN:	Ayudar a otra persona en las eliminaciones
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none">• Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.• Ayudar al paciente en el inodoro/ inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados• Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.• Disponer intimidad durante la eliminación.• Facilitar la higiene tras miccionar/ defecar después de terminar con la eliminación.• Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.• Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña).	<ul style="list-style-type: none">• Instaurar un programa de eliminación, según corresponda.• Enseñar al paciente/allegados la rutina del aseo.• Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario.• Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), según corresponda.• Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.• Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado• Controlar la integridad cutánea del paciente.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 3:	Conductual
CLASE T:	Fomento de la comodidad psicológica
Código	INTERVENCIÓN
[5860]	BIORRETROALIMENTACIÓN
DEFINICIÓN:	Ayudar al paciente a asumir el control voluntario de las respuestas fisiológicas utilizando la retroalimentación de un equipo electrónico que monitoriza procesos fisiológicos
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente. • Elaborar un plan de tratamiento para el problema. • Conectar al paciente a los dispositivos de instrumentación, si es necesario. • Ayudar al paciente a que aprenda a modificar las respuestas corporales según las indicaciones del equipo. • Enseñar al paciente a comprobar la instrumentación antes de utilizarla para garantizar un funcionamiento correcto. • Dar respuesta a los miedos e inquietudes relacionados con los instrumentos. • Identificar los criterios adecuados para el refuerzo de las respuestas del paciente. • Proporcionar retroalimentación sobre el progreso después de cada sesión. • Establecer las condiciones con el paciente para evaluar el resultado terapéutico. • Entrevistar al paciente para obtener su historia clínica. • Analizar la naturaleza del trastorno de salud específico que ha de tratarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las capacidades y deseos de utilizar el tratamiento bioconductual. • Comentar la cronología, frecuencia, duración y configuración de las sesiones con el paciente/familia. • Comentar la justificación para utilizar la biorretroalimentación y el tipo de retroalimentación. • Decidir sobre el dispositivo de monitorización específico que se va a utilizar (p. ej., retroalimentación térmica; respuesta electrodérmica o respuesta cutánea galvánica; retroalimentación por electromiografía; retroalimentación del pulso digital; biorretroalimentación de la respiración; biorretroalimentación por electroencefalograma). • Explicar el procedimiento referente al equipo de monitorización específico utilizado. • Disponer la habitación de terapia de forma que el paciente no pueda tocar ningún objeto conductor. • Accionar el dispositivo de biorretroalimentación según las instrucciones. • Establecer un nivel basal adecuado con el que comparar el efecto del tratamiento.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0610]	CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA
DEFINICIÓN:	Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos). • Proporcionar intimidad para la evacuación. • Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. • Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. • Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente. • Ayudar a desarrollar/mantener un sentimiento de esperanza. • Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño. • Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo. • Proporcionar prendas protectoras, si es necesario. • Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. • Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda. • Programar la administración de diuréticos para que tenga menos impacto en el estilo de vida. • Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis y el patrón miccional, según corresponda. • Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1,5 l de líquido al día. • Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación fecal. • Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té y chocolate). • Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario. • Monitorizar la efectividad de los tratamientos quirúrgico, médico, farmacológico y autoprescrito. • Monitorizar los hábitos intestinales. • Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO I:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0612]	CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA: ENURESIS
DEFINICIÓN:	Estimulación de la continencia urinaria en niños.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la evaluación diagnóstica (exploración física, cistograma, cistoscopia y análisis de laboratorio) para descartar causas físicas. • Entrevistar a los progenitores para obtener datos acerca del historial del control de esfínteres, patrón de eliminación urinaria, infecciones del tracto urinario y sensibilidad a ciertos alimentos. • Determinar la frecuencia, duración y circunstancias de la enuresis. • Comentar los métodos eficaces e ineficaces del tratamiento anterior. • Observar periódicamente el nivel de frustración y estrés de la familia y del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una exploración física. • Comentar las técnicas que se han de utilizar para disminuir la enuresis (luz nocturna, restricción de ingestión de líquidos, programa de uso nocturno del baño y de sistema de alarmas). • Animar al niño a verbalizar los sentimientos. • Enfatizar las virtudes del niño. • Animar a los progenitores a que muestren amor y aceptación en casa para contrarrestar la ridiculización por parte de los compañeros. • Analizar la dinámica psicosocial de la enuresis con los progenitores (patrones familiares, ruptura familiar, cuestiones de autoestima y características de autolimitación). • Administrar medicamentos según corresponda para el control a corto plazo.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[1876]	CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO
DEFINICIÓN:	Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Observar las características del líquido drenado. • Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro. • Cambiar el aparato de drenaje urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro. • Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario (es decir, asegurar que la bolsa de drenaje está por debajo del nivel de la vejiga). • Comprobar las correas de la bolsa de pierna a intervalos regulares para ver si hay constricciones • Desconectar la bolsa de pierna por la noche y conectar a la bolsa de drenaje de pie de la cama. • Pinzar el catéter suprapúbico o de retención, según prescripción. • Irrigar el sistema del catéter urinario usando una técnica estéril adecuada. • Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato. • Limpiar el equipo del drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro. • Limpiar la zona cutánea circundante con regularidad. • Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. • Mantener un cuidado de piel meticuloso en pacientes con bolsa de pierna. • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones. • Observar si hay distensión vesical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener una muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado. • Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados. • Determinar la indicación del catéter urinario permanente • Usar órdenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto. • Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter. • Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. • Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente). • Utilizar bolsas o sistemas de medición de la orina con dispositivos de vaciado situados en el fondo del dispositivo. • Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario. • Usar un sistema de fijación del catéter. • Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente. • No colocar la bolsa de drenaje entre las piernas del paciente durante el traslado. • Asegurarse de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente. • Evaluar las opciones de eliminación para evitar la reinserción (p. ej., medición ecográfica del residuo urinario, urinario portátil, orinal, absorbentes, rondas de enfermería). • Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.

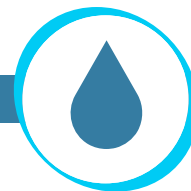


NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO I:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0560]	EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO
DEFINICIÓN:	Fortalecimiento y entrenamiento del elevador del ano y de los músculos urogenitales mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mixtos de incontinencia urinaria.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar. • Fortalecimiento y entrenamiento del elevador del ano y de los músculos urogenitales mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mixtos de incontinencia urinaria. • Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, a aguantar la respiración o a hacer sobreesfuerzos durante la realización de los ejercicios. • Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseada y el esfuerzo de pujo no deseado. • Enseñar a la mujer a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la página y procediendo a apretar. • Enseñar al paciente a realizar ejercicios para tensar los músculos, practicando 300 contracciones cada día, manteniendo las contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según el protocolo del centro.** 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente que la eficacia de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas. • Proporcionar una retroalimentación positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos. • Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana. • Proporcionar biorretroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes seleccionados cuando la ayuda esté indicada para identificar los músculos correctos que se deben contraer y/o escoger la fuerza deseada de la contracción muscular. • Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas. • Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar un refuerzo.

***Arnold Kegel demuestra que para fortalecer las fibras del suelo pélvico deteriorado son necesarias 100 contracciones al día, alternando contracciones lentas (ideal 8 ó 10 seg) con contracciones rápidas (1 seg). Recomienda comenzar con menos segundos de contracción (2,3 seg) hasta aprender a manejar la musculatura. El tiempo de relajación debe ser el doble del tiempo de contracción. Para prevenir con 60 contracciones diarias es suficiente.*



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0570]	ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA
DEFINICIÓN:	Mejora de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de la eliminación urinaria.• Animar al paciente a miccionar a diario.• Mantener un registro de específico de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.• Ayudar al paciente a identificar los patrones de incontinencia.• Revisar la micción a diario con el paciente.• Establecer los intervalos de la pauta inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria.• Establecer una hora de inicio y finalización de la pauta para ir al baño, si no es de 24 horas.• Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño no inferior a 1 hora y preferiblemente no inferior a 2 horas.• Llevar al paciente al baño o recordarle que orine en los intervalos prescritos.• Proporcionar intimidad a la hora de ir al baño.• Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del inodoro) para ayudar al paciente a miccionar.	<ul style="list-style-type: none">• Evitar dejar al paciente en el aseo durante más de 5 minutos.• Reducir el intervalo de ir al baño en media hora si se producen más de tres episodios de incontinencia en 24 horas.• Mantener el intervalo de ir al baño si se producen tres o menos episodios de incontinencia en 24 horas.• Aumentar el intervalo de ir al baño en media hora si el paciente no puede orinar en dos o más veces programadas para ir al baño.• Aumentar el intervalo de ir al baño en 1 hora si el paciente no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.• Expresar la confianza en la posibilidad de mejorar la continencia.• Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al baño.• Estudiar el registro diario de continencia con el paciente para darle seguridad.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO I:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0600]	ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO
DEFINICIÓN:	Establecer un patrón miccional predecible para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria. Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse). Establecer una hora de inicio y finalización del programa para ir al baño, si no es de 24 horas Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño preferiblemente no inferior a 2 horas. Ayudar al paciente a ir al baño y estimular la micción a los intervalos prescritos. Proporcionar intimidad para ir al baño. Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del aseo) para ayudar al paciente a orinar. Evitar dejar al paciente en el baño durante más de 5 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir el intervalo de ir al baño en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas. Mantener el intervalo de ir al baño si se producen dos o menos episodios de incontinencia en 24 horas. Aumentar el intervalo de ir al baño en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas. Comentar el registro diario de continencia con el personal para dar seguridad y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al baño. Mantener el programa de ir al baño para ayudar a establecer y mantener el hábito miccional. Realizar una retroalimentación positiva o refuerzo positivo (5 minutos de conversación social) al paciente cuando miccione en los momentos programados y no realizar ningún comentario cuando el paciente presente incontinencia.



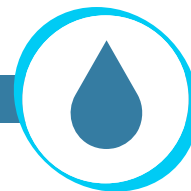
NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0590]	MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
DEFINICIÓN:	Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.• Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.• Identificar factores que contribuyan a episodios de incontinencia.• Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.• Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda.• Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.• Insertar supositorios uretrales, si procede.• Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda.• Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.• Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de reaparición de los síntomas y signos de infección.	<ul style="list-style-type: none">• Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, según corresponda.• Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.• Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al baño, según corresponda.• Enseñar al paciente a vaciar la vejiga antes de los procedimientos pertinentes.• Registrar la hora de la primera micción después del procedimiento, según corresponda.• Restringir los líquidos, si procede.• Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0630]	MANEJO DEL PESARIO
DEFINICIÓN:	Colocación y control de un dispositivo vaginal para el tratamiento de la incontinencia urinaria por esfuerzo, de la retroversión uterina, del prolapso genital o de la incompetencia del cuello uterino.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar si en los antecedentes de la paciente hay alguna contraindicación para la terapia con pesario (p. ej., infecciones pélvicas, heridas o lesiones ocupantes de espacio, falta de cumplimiento, o endometriosis). • Determinar las necesidades de estrógenos, según sea conveniente. • Comentar con la paciente el régimen de mantenimiento antes de ajustar el pesario (el ajuste se realiza por ensayo y error; son necesarias visitas frecuentes de seguimiento y procedimientos de limpieza). • Comentar las necesidades de actividad sexual antes de elegir el pesario. • Revisar las instrucciones del fabricante respecto al tipo específico de pesario. • Elegir el tipo de pesario, según sea conveniente. • Indicar a la paciente que orine y que defeque. • Realizar una exploración con el espéculo para visualizar el estado de la mucosa vaginal. • Realizar una exploración pélvica. • Introducir el pesario siguiendo las instrucciones del fabricante. • Pedir a la paciente que cambie de posición (p. ej., levantarse, agacharse, andar y realizar un pujo ligero). • Realizar una segunda exploración en posición vertical para verificar el ajuste. • Enseñar el método para extraer el pesario, según sea conveniente. • Enseñar las contraindicaciones de las relaciones sexuales o de la ducha vaginal en función del tipo de pesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar que se notifiquen las molestias, disuria, así como los cambios de color, consistencia o frecuencia de la secreción vaginal • Prescribir medicación para reducir la irritación, según sea conveniente. • Determinar la capacidad para realizar los autocuidados del pesario. • Programar citas para comprobar el ajuste del pesario a las 24 horas, a las 72 horas y posteriormente, según sea conveniente. • Recomendar una exploración anual mediante citología (Papanicolaou), según sea conveniente. • Determinar la respuesta terapéutica al uso del pesario. • Observar si hay secreción o fetidez vaginal. • Palpar la ubicación del pesario. • Extraer el pesario, si procede. • Examinar si en la vagina hay excoriaciones, desgarros o ulceraciones. • Limpiar y examinar el pesario siguiendo las instrucciones del fabricante. • Reemplazar o reajustar el pesario, según sea conveniente. • Programar el seguimiento por un médico a intervalos de entre 1 y 3 meses. • Realizar duchas vaginales de vinagre o de peróxido de hidrógeno diluido, según sea necesario. • Aplicar estrógenos tópicos para reducir la inflamación, según sea necesario.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0640]	MICCIÓN ESTIMULADA
DEFINICIÓN:	Promover la continencia urinaria a través del uso de recordatorios verbales para ir al baño con regularidad y de retroalimentación social positiva por el éxito al orinar.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la capacidad para reconocer la urgencia de orinar.• Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer un patrón miccional.• Utilizar para pacientes sin signos ni síntomas de incontinencia urinaria por rebosamiento y/o refleja.• Establecer intervalos del programa inicial de micción estimulada a partir del patrón miccional.• Establecer un inicio y un final para el programa de micción estimulada, si no es de 24 horas.• Respetar los intervalos prescritos para la micción estimulada con un margen de ± 15 minutos.• Conceder tiempo (5 segundos) para que el propio paciente solicite ayuda para ir al baño.• Determinar la conciencia del paciente del estado de continencia preguntándole si está mojado o seco.• Determinar la precisión de la respuesta comprobando físicamente la ropa, o la ropa de cama, si procede.• Reforzar positivamente la precisión de la respuesta del estado de continencia y el éxito de la continencia entre períodos programados de aseo.	<ul style="list-style-type: none">• Estimular el uso del váter o un sustituto (un máximo de tres veces), independientemente del estado de continencia.• Ofrecer ayuda para ir al baño, independientemente del estado de continencia.• Proporcionar intimidad para ir al baño.• Reforzar positivamente elogiando la conducta deseada de ir al baño.• Abstenerse de hacer observaciones acerca de la incontinencia o de la negación de ir al baño.• Informar al paciente de la próxima sesión de ir al baño.• Enseñar al paciente a tomar conciencia de la continencia urinaria entre sesiones de ir al baño, si no presenta alteraciones cognitivas.• Enseñar al paciente a solicitar por sí mismo el ir al baño en respuesta a la urgencia de miccionar• Documentar los resultados de la sesión de ir al baño en la historia clínica.• Comentar el registro de continencia con el personal para reforzar y estimular la conformidad con el programa de micción estimulada de forma semanal y según sea necesario.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0580]	SONDAJE VESICAL
DEFINICIÓN:	Inserción de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje. • Reunir el equipo adecuado. • Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente con paños para preservar su pudor (es decir, exponer sólo los genitales). • Emplear una iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía. • Prerrellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño. • Mantener una técnica aséptica estricta. • Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda. • Colocar al paciente de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino). • Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro. • Insertar una sonda recta o con balón de retención, según corresponda. • Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón. • Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a la edad y el tamaño corporal del paciente (p. ej., 10 cm 3 en adultos y 5 cm 3 en niños). • Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna. • Fijar el catéter a la piel, según corresponda. • Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria. • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido. • Monitorizar las entradas y salidas. • Realizar o enseñar al paciente el sondaje intermitente limpio, cuando corresponda. • Realizar el sondaje del residuo posmiccional, si es necesario. • Documentar los cuidados, incluidos el tamaño, tipo y cantidad de relleno del balón. • Asegurarse de que la sonda se retira en cuanto esté indicado según la afección del paciente. • Enseñar al paciente y a la familia los cuidados apropiados de la sonda.



NIC: INTERVENCIONES	
CAMPO 1:	Fisiológico: Básico
CLASE B:	Control de la eliminación
Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	
Código	INTERVENCIÓN
[0582]	SONDAJE VESICAL: INTERMITENTE
DEFINICIÓN:	Uso periódico con regularidad de una sonda para vaciar la vejiga.
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración urinaria exhaustiva, centrándose en las causas de la incontinencia (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva y problemas urinarios anteriores). Enseñar al paciente/familia el propósito, suministros, método y fundamento del sondaje intermitente. Enseñar al paciente/familia la técnica limpia de sondaje intermitente. Monitorizar la técnica del personal que realiza el sondaje intermitente en situaciones de cuidados de día/ escolares y documentarlo, según las normativas oficiales. Determinar la disponibilidad y voluntad del niño a realizar el sondaje intermitente. Enseñar al personal designado a vigilar y apoyar al niño que realiza el sondaje por sí mismo en la escuela. Proporcionar una habitación privada tranquila para el procedimiento. Habilitar una zona privada en la escuela para que el niño guarde los suministros del sondaje en una bolsa escolar u otra maleta de transporte que sea aceptable para él. Controlar periódicamente la realización del sondaje por parte del niño y dar instrucciones y apoyo continuos, si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar el procedimiento y que la persona haga una demostración, según corresponda. Montar el equipo de sondaje correspondiente. Utilizar una técnica limpia o estéril para el sondaje. Determinar el programa de sondaje según una evaluación urinaria exhaustiva. Programar la frecuencia del sondaje para mantener una producción de 300 ml o menos en los adultos. Administrar al paciente un tratamiento antibacteriano profiláctico durante 2-3 semanas al inicio del sondaje intermitente, según corresponda. Realizar un análisis de orina cada 2-4 semanas. Establecer un programa de sondaje basado en las necesidades individuales. Llevar un registro del programa de sondaje, ingesta de líquidos y diuresis. Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario. Monitorizar el color, olor y claridad de la orina.



Una vez vistas las intervenciones enfermeras relacionadas con la incontinencia urinaria en el proceso enfermero, estas actuaciones serán evaluadas de forma concurrente y continúa, para conseguir el mejor resultado posible sobre el paciente en este problema de salud.

Aplicar el proceso enfermero en la práctica clínica presenta cierta complejidad y algunas dificultades²⁹. Dónde en la actualidad se está potenciando activamente que los profesionales adquieran esta metodología enfermera y que la actividad asistencial se encauce hacia el desarrollo del proceso enfermero.

Así, este cambio quiere reflejarse dentro de esta guía de incontinencia urinaria acercando esta metodología, nuevas formas de entender al paciente, nuevos sistemas de trabajo y herramientas con el fin de mejorar y estandarizar el cuidado sobre estos pacientes, y por tanto, mejorar el abordaje integral en la incontinencia urinaria.

Por lo que el razonamiento clínico por parte del profesional enfermero se ha dejado en segundo plano, dónde la incorporación de las Clasificaciones NNN requiere un mayor esfuerzo de ahí dedicar este capítulo a conocer este lenguaje y acercarlo más claramente a los profesionales que trabajan en este problema de salud. Comunicarnos con el mismo lenguaje nos va a ayudar a disminuir la variabilidad en la práctica.



7. VALORACIÓN ENFERMERA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

La valoración es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida, selección e interpretación de datos sobre el estado de salud de la persona. El personal de enfermería accede a los datos relevantes de la persona y de sus respuestas. Obteniendo la información a través de fuentes de información directas o indirectas.

Este proceso es básico e imprescindible para la realización de cualquier intervención y para formular el diagnóstico enfermero, permitiendo ejecutar las intervenciones con las máximas garantías de calidad y efectividad sobre la salud evitando efectos indeseados. Esta valoración no sólo forma parte en la primera parte del proceso enfermero, sino también en la fase de evaluación en la que se vuelve a realizar una nueva valoración, para evaluar la consecución o no de los objetivos y volver a replantear un Nuevo plan de cuidados.

■ Esta valoración también **funcionará como documento esencial para la prescripción de los absorbentes**, para su posterior visado. Así el proceso de valoración funcional de enfermería requiere de **2 fases**:

- **Selección y registro de las variables de salud de la persona a través de criterios específicos.**
- **Análisis de la información y formulación de un diagnóstico**

La valoración como proceso independiente es la actuación más frecuente, ya que se realiza en todas las visitas a demanda de sus servicios, revisiones programadas de salud, apertura de historia clínica o en problemas crónicos³⁴. Esta valoración puede ser: **general** encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidado o **focalizada** si se centra en la valoración de aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona. En nuestro caso, en la incontinencia urinaria. Esta valoración debe incluir también los aspectos biológicos, psicológicos y sociales tanto del paciente como de la persona que le cuida, para planificar y consensuar el plan de cuidados.

■ Fases de **la valoración funcional en la incontinencia urinaria**:

- **Recogida de datos**

Los datos son informaciones concretas referidas al estado de salud y la respuesta de la persona ante la situación estos datos deben ser útiles, necesarios, completos y orientados al conocimiento de las situaciones que son necesarias y acordes a las posibilidades de actuación en el medio que trabaja la enfermería. Esta información se obtendrá del propio paciente, la historia clínica, familiares, textos de referencia...

Para ello, en principio se recogerán datos de **Históricos-Antecedentes**, que son aquellas situaciones que han ocurrido anteriormente y comprende hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.



TABLA 5. FACTORES DE RIESGO (PREDISPONENTES) PARA LA INCONTINENCIA

Población general	Ancianos
<p>Establecidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Deterioro de la movilidad • Otros síntomas urinarias • Sexo femenino 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad (en hombres) • Incontinencia fecal • Deterioro cognitivo • Deterioro de la movilidad • Comorbilidad • Fármacos • Caídas • Restricciones físicas • Ictus
<p>Sugeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Actividades de impacto físico • Obesidad • Cardiopatía e HTA en tratamientos con diuréticos. • Enfermedades del SNC (Parkinson, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple) • Enfermedades musculoesqueléticas que supongan disminución de la movilidad • Deterioro cognitivo • Factores ocupacionales (trabajo que suponga grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto, etc.) • Depresión 	
Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo y parto • Multiparidad • Tratamiento hormonal oral • Prolapso de órganos pélvicos • Cirugía genitourinaria: Histerctomía • Aumento de índice de masa corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostatectomía radical.

Y después los datos **Actuales**, que son los motivos que traen al paciente sobre este problema de salud, así como el tratamiento actual del paciente.



Estos datos se obtendrán a través de:

TABLA 6. FÁRMACOS Y SUSTANCIAS QUE PUEDEN PROVOCAR INCONTINENCIA

TIPO DE SUSTANCIA	MECANISMO Y SÍNTOMAS DE IU QUE PUEDE DESENCADENAR
Alcohol	Depresión central y efecto diurético: IUU -Vejiga hiperactiva
Cafeína	Contracciones: IUU-Vejiga hiperactiva
Antidepresivos	Disminuye contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Diuréticos	Contracciones por diuresis aumentada: IUU- Vejiga hiperactiva
Sedantes e hipnóticos	Depresión central: IUU- Vejiga hiperactiva
Antipsicóticos	Disminuye contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Agonistas alfaadrenérgicos	Aumento tono del esfínter: retención, IU por rebosamientos
Antagonistas alfaadrenérgicos	Relajación del esfínter: IUE
Agonistas betaadrenérgicos	Disminuye contracción vesical: retención, IU por rebosamiento

IU: incontinencia urinaria; IUU: incontinencia urinaria de urgencia; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo

A) ENTREVISTA.

A partir de esta técnica nos va a permitir obtener datos subjetivos de la persona acerca de los problemas de salud, su actitud y motivación. Dónde el objetivo se trata de obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de cuidados.

Además de facilitar la relación entre paciente/enfermera, mejorando su participación e implicación en sus cuidados, y determinar que otras áreas requieren un análisis específico.



TABLA 7. PREGUNTAS CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo
¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar, levantar pesos?
Síntomas de incontinencia de urgencia
¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota esta sensación repentina de ganas de orinar?
Síntomas asociados con la incontinencia
¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de ganas de orinar? ¿Cuántas veces orina durante el día? * ¿Cuál es el máximo tiempo que aguanta sin orinar? * ¿Cuántas veces se le despiertan las ganas de orinar durante el sueño? ¿Limita voluntariamente la ingesta de líquidos? ¿Alguna vez va a orinar “por si acaso”?
Síntomas sugestivos de disfunción del vaciado vesical
Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente
Síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia
¿Se le escapan sólo unas gotas o se moja mucho? ¿Tiene que llevar algún sistema de protección para la incontinencia? ¿Cuál? ¿Cuántas veces se ha de cambiar en 24 h?

*Se consideran anormales más de 8 micciones en 24 h.

B) EXPLORACIÓN FÍSICA

Esta técnica nos aporta gran cantidad de datos y confirma algunos datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Se basará en la inspección, palpación... La forma de abordar este examen físico será por criterios la valoración “patrones Funcionales de Salud”, ya que pone de manifiesto los hábitos y costumbre del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. Ya que enfermería se basa en respuesta humanas.

- Valorar el estado general de salud del paciente y descartar enfermedades que puedan tener relación con los síntomas urinarios (neuropatías, demencias, existencia de edemas...)



- Descartar enfermedades neurológicas que afecten al área lumbosacra
- Objetivación de la pérdida de orina con el esfuerzo, a través del test de provocación en tres posiciones (decúbito supino, lateral y bipedestación). IU de esfuerzo: pérdida inmediata; IU de urgencia más intensa en bipedestación y pequeño intervalo entre el toser y el escape.
- Prueba de Bonney-Kead-Marchetti: Elevación del cuello vesical: introducción de los dedos 2° y 3° de la mano en vagina elevando el cuello vesical y se repite el test de provocación. Test (+) si no hay pérdida de orina.
- Tacto rectal en la exploración inicial de varones con incontinencia urinaria. Valoración prostática.
- Valoración del tipo y grado de prolapso genital en mujeres, a través de una sonda o tubo de pírex introducido en la vagina.(Anexo A)
- Evaluación de la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico: Escala de Brink, Escala de Laycock (Anexo B). o uso de perineómetro de Kegel
- Descartar enfermedades ginecológicas asociadas.
- Exploración pélvica (realizarse con la vejiga llena).
- Test de orina para descartar infección.
- Medición del volumen residual o residuo posmiccional, mediante cateterismo o ultrasonografía
- Manejo del diario miccional. Simple y rentable. Tabla donde se anotan el estado de continencia por período de 1 ó 2 horas.

■ **Validación/Verificación de los datos**

Consiste en la confirmación de que los datos obtenidos en la etapa anterior son ciertos. Serán datos verdaderos los datos objetivos que sean evaluados **por una escala de medida**.

- Cuestionario de valoración de Incontinencia urinaria- Mujeres (Anexo I)
- Cuestionario de valoración de Incontinencia urinaria - Hombres (Anexo II)
- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la Incontinencia Urinaria. (Anexo III)
- Cuantificación de las pérdidas: “Pad Test” o Test de la Compresa”(Anexo IV)
- Graduación de severidad de Sandvik (Anexo V)
- Calidad de Vida relacionada con Salud en pacientes incontinentes (Anexo III)
- Diario miccional (Anexo VI)



- Índice de Barthel, modificación de Granger et alt. (Anexo VII)
- Valoración de las Actividades de la Vida Diaria- Índice de Katz (Anexo VIII)
- Riesgo Social - Escala de Valoración Sociofamiliar (Anexo IX)
- Test de Deterioro Cognitivo- Test de Pfeiffer (Anexo X)
- Cribado de Demencias - SET - TEST de ISAACS (Anexo XI)
- Cribado de Demencias - Test del Informador (Anexo XII)

■ Organización de los datos

Consiste en agrupar datos en categorías o conjuntos de información, de tal forma que nos ayuden a la identificación de problemas. En nuestro caso como enfermeros la forma más habitual, y en especial en la incontinencia urinaria, será a través de patrones funcionales (M. Gordon), que ayudan a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros (DE).

■ Registro y comunicación de los datos

Consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida, pues construye un sistema de comunicación entre profesionales del equipo sanitario, facilita la calidad de cuidados, permite la gestión de calidad de los servicios prestados, a nivel legal, y permite la investigación en enfermería.

- La Valoración integral del paciente se realizará según el modelo de patrones funcionales de Salud (M. Gordon).

Estos patrones son una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuye a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Y nos ofrece una valoración sistemática y premeditada con la obtención de datos de una manera ordenada, lo que facilita el análisis de los mismos. Los 11 patrones funcionales son:

- **Patrón 1:** Percepción de la salud
- **Patrón 2:** Nutrición/metabólico
- **Patrón 3:** Eliminación
- **Patrón 4:** Actividad/Ejercicio
- **Patrón 5:** Sueño/Descanso
- **Patrón 6:** Cognitivo/perceptivo
- **Patrón 7:** Autopercepción/autoconcepto
- **Patrón 8:** Rol/ Relaciones
- **Patrón 9:** Sexualidad/reproducción
- **Patrón 10:** Adaptación/tolerancia al estrés
- **Patrón 11:** Valores/Creencias



8. ALGORITMO DE DECISIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA INCONTINENCIA URINARIA

Una vez realizada la valoración enfermera se determinará el tipo de diagnóstico enfermero, según la NANDA, que se describieron en el apartado 6.1 de esta guía. Así, seguiremos el algoritmo de decisión de diagnóstico de la incontinencia urinaria propuesto por Juan Carlos Morrilla Herrera (Fig. 1). Para conceptualizar el plan de cuidados para este tipo de pacientes incontinente

FIGURA 1. ALGORITMO. Desarrollado por Juan Carlos Morilla Herrera





9. PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que se inicia con el diagnóstico de enfermería y concluye con las intervenciones de cuidado. Consta de cuatro partes:

A) SELECCIÓN DE PRIORIDADES

En este apartado, esta guía se enfoca principalmente a los problemas de incontinencia urinaria, pues cuando se elabora un plan de cuidados deben priorizarse los diferentes diagnósticos enfermeros en orden de relevancia. Por lo que en este apartado sólo seleccionaremos como prioridad la incontinencia urinaria.

B) DETERMINACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS, OBJETIVOS O METAS.

Los resultados esperados (NOC) son situaciones que implicarán cambios totales, parciales o sino cambios que por lo menos no impliquen empeoramiento de la respuesta humana disfuncional. Estos se dirigirán a la primera parte del diagnóstico, lo que ayudan a definir conductas con el fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema. Estos servirán como base de una evaluación posterior, y para orientar las intervenciones (NIC).

Los resultados deben estar centrados en el usuario, ser breves, claros, comparables, medibles, ajustados a la realidad, consensuados con el usuario, y programados en un tiempo determinados, y abarcando las diferentes esferas de la persona. De esta forma para la incontinencia urinaria se describen los siguientes resultados según la terminología N-N-N:

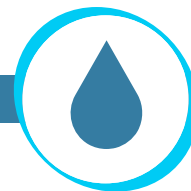
TABLA 9. RELACIÓN DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS

Incontinencia urinaria de esfuerzo	
Definición:	Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.
Resultados para medir la resolución del diagnóstico:	Continencia urinaria
Resultados adicionales para medir las características definitorias:	
Eliminación urinaria	Severidad de los síntomas
Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	
<ul style="list-style-type: none"> Control de síntomas Envejecimiento físico 	



Incontinencia urinaria de urgencia	
Definición:	Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar
Resultados para medir la resolución del diagnóstico:	Continencia urinaria
Resultados adicionales para medir las características definitorias:	
Autocuidado: uso del inodoro	Eliminación urinaria
Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento: medicación • Conocimiento: Proceso de la enfermedad • Conocimiento: régimen terapéutico • Control de síntomas • Eliminación intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento físico • Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos • Respuesta a la medicación • Severidad de la infección

Incontinencia urinaria funcional	
Definición:	Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina
Resultados para medir la resolución del diagnóstico:	Continencia urinaria
Resultados adicionales para medir las características definitorias:	
Autocuidado: uso del inodoro	Severidad de los síntomas
Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	
<ul style="list-style-type: none"> • Ambular • Ambular: silla de ruedas • Autocuidados: vestir • Cognición • Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar • Control de síntomas • Eliminación urinaria • Equilibrio • Estado neurológico: función sensitiva/motora medular. • Función sensitiva:visión 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha • Movilidad • Movimiento coordinado • Nivel de agitación • Nivel de ansiedad • Nivel de delirio • Nivel de estrés • Realización de transferencia • Respuesta a la medicación



Incontinencia urinaria por rebosamiento	
Definición:	Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga
Resultados para medir la resolución del diagnóstico:	Continencia urinaria
Resultados adicionales para medir las características definitorias:	
Severidad de los síntomas	
Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	
<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: uso del inodoro • Conocimiento: medicación • Conocimiento: proceso de la enfermedad • Eliminación intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación urinaria • Estado neurológico: función sensitiva/motora medular. • Respuesta a la medicación

Incontinencia urinaria refleja	
Definición:	Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical determinado
Resultados para medir la resolución del diagnóstico:	Continencia urinaria
Resultados adicionales para medir las características definitorias:	
Eliminación urinaria	Severidad de los síntomas
Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	
<ul style="list-style-type: none"> • Cognición • Conocimiento: proceso de la enfermedad • Estado neurológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado neurológico: función sensitiva/motora medular. • Integridad tisular: piel y membranas mucosas



Riesgo de Incontinencia urinaria de urgencia	
Definición:	Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.
Resultados para medir la resolución del diagnóstico:	Continencia urinaria
Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	
<ul style="list-style-type: none">• Autocuidado: uso del inodoro• Conocimiento: medicación• Conocimiento: régimen terapéutico• Control del riesgo• Control del riesgo: consumo de alcohol• Control del riesgo: proceso infeccioso	<ul style="list-style-type: none">• Detección del riesgo• Eliminación intestinal• Eliminación urinaria• Estado neurológico: función sensitiva/motora medular• Respuesta a la medicación• Severidad de la infección

Disposición para mejorar la Eliminación urinaria	
Definición:	Patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y que puede ser reforzado
Resultados para medir la resolución del diagnóstico:	Continencia urinaria
Resultados para medir las características definitorias	
<ul style="list-style-type: none">• Autocontrol: enfermedad renal• Autocuidado: uso del inodoro• Conducta de búsqueda de la salud• Conocimiento: control de la infección• Conocimiento: medicación• Conocimiento: proceso de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Continencia urinaria• Control del riesgo: proceso infeccioso• Eliminación urinaria• Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos• Función renal• Hidratación

C) ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Estas son las acciones e intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados.

Estas deben ser coherentes con el plan de cuidado general, basadas en principios científicos, individualizadas, proporcionar oportunidad de enseñanza, y utilizar los recursos apropiados.



TABLA 10. NIC RELACIONADOS CON LA CONTINENCIA URINARIA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	IMPORTANCIA
[560]	Ejercicios del suelo pélvico	Principal
[570]	Entrenamiento de la vejiga urinaria	Principal
[640]	Micción estimulada	Principal
[582]	Sondaje vesical: intermitente	Principal
[2300]	Administración de medicación	Sugerida
[1804]	Ayuda con el autocuidado: micción/defecación	Sugerida
[5860]	Biorretroalimentación	Sugerida
[610]	Cuidados de la incontinencia urinaria	Sugerida
[612]	Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	Sugerida
[620]	Cuidados de la retención urinaria	Sugerida
[1876]	Cuidados del catéter urinario	Sugerida
[1750]	Cuidados perineales	Sugerida
[6930]	Cuidados posparto	Sugerida
[5606]	Enseñanza: individual	Sugerida
[5616]	Enseñanza: medicamentos prescritos	Sugerida
[5618]	Enseñanza: procedimiento/tratamiento	Sugerida
[600]	Entrenamiento del hábito urinario	Sugerida
[550]	Irrigación de la vejiga urinaria	Sugerida
[6480]	Manejo ambiental	Sugerida
[6486]	Manejo ambiental: seguridad	Sugerida
[590]	Manejo de la eliminación urinaria	Sugerida
[2380]	Manejo de la medicación	Sugerida
[4120]	Manejo de líquidos	Sugerida
[630]	Manejo del pesario	Sugerida
[1260]	Manejo del peso	Sugerida
[4130]	Monitorización de líquidos	Sugerida
[2390]	Prescribir medicación	Sugerida
[580]	Sondaje vesical	Sugerida



Estas acciones se contemplarán dentro de un plan de atención general, que se acompañan con el plan médico.

D) DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

Estas actividades están basadas en la evidencia de la práctica enfermera, y se acoplan al plan de prescripción médica. Estas actividades deben incluir: fecha; verbo con los calificativos precisos que indiquen la acción; especificaciones de quién, qué, dónde, cuando, como, cuanto; modificaciones que se hagan a un procedimiento estandarizado; firma.

E) LOS REGISTROS DEL PLAN DE CUIDADOS

Para que este plan de cuidados se ejecute y con el fin de lograr los resultados, y por tanto, pueda ser evaluado debe ser registrado.

En el contexto actual, se suele integrar dentro de la Historia clínica electrónica facilitando el registro y ejecución del mismo. Por eso, utilizar la codificación permite una mejor estandarización y lenguaje común lo que permite la interoperabilidad con el resto de documentos de plan general del paciente.

Esto garantiza seguir un esquema para dirigir las acciones de enfermería dando respuesta a las necesidades de salud del usuario; mejora la prestación de cuidado específico y coordinado; sirve de instrumento de comunicación entre enfermeras y el resto de miembros del equipo de salud; y como guía para la evaluación de la efectividad de los cuidados brindados y disminuye la variabilidad en la práctica



10. EJECUCIÓN DEL PLAN ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

En esta etapa el profesional enfermero entra en contacto directo con el paciente no sólo para aplicar las distintas intervenciones y actividades, si no para valorar y evaluar el estado del usuario y para ajustar el plan. Este puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional enfermero; el profesional de enfermería; el profesional de enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de Enfermería.

En el caso de paciente ambulatorio lo ejecuta el paciente mismo y los miembros de su familia o persona que le cuida. Por lo que es necesario en estos casos conocer las capacidades intelectuales, interpersonales y técnicas. De ahí, que en la guía también abordaremos técnicas para los cuidadores. Y es que las capacidades para tomar decisiones, la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan la probabilidad de éxito de la ejecución. Otros factores de mejorar el éxito son la capacidad de innovación del personal de enfermería y creatividad para realizar las adaptaciones apropiadas, atendiendo a las singularidades y particularidades de cada usuario, y que puedan aparecer en el curso del cuidado ya sean físicas, emocionales, culturales, espirituales.

Las acciones realizadas pueden ser funciones independientes o interdependientes. Estas últimas son las que se refieren a la ejecución de indicaciones médicas relativas a medicamentos y tratamientos que forman parte del plan de atención médica, así como la colaboración con miembros del equipo de atención multidisciplinaria para lograr un objetivo específico.

Según Iyer y Taptich la ejecución del plan, independientemente del escenario donde se cumpla, comprende tres subetapas:

A) ETAPA DE PREPARACIÓN. SE INCLUYEN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1. **Revisar las acciones** que se han propuesto en el plan escrito
2. **Analizar los conocimientos** y habilidades que se requieren para cumplirlos con la seguridad para el usuario.
3. **Identificar las complicaciones** potenciales que conllevan dichas actuaciones
4. **Determinar y procurar los recursos** necesarios
5. **Preparar el ambiente idóneo** para las actividades (ambiente seguro y cómodo)
6. **Identificar y considerar los aspectos legales y éticos** de las intervenciones de enfermería. (derechos del usuario, código de ética enfermera, implicaciones legales de negligencia profesional).

B) INTERVENCIÓN

C) REGISTROS. Registrar las acciones cumplidas y sus resultados. Sirve para mejorar la comunicación, como documento legal, instrumento para investigación, para Estadística, Educación, y en auditoría para controlar la calidad de los cuidados. Todas estas cuestiones deberán tenerse en cuenta a la hora de realizar la ejecución del plan de cuidados.



11. EVALUACIÓN DEL PLAN ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

Es la quinta y última etapa del Proceso de enfermería, aunque en muchos casos es olvidada según Kelly esta etapa es el núcleo del Proceso de Enfermería, pues permite asignar valores a la información con el fin de pesar, discriminar, cuantificar y calificar. La aplicación de la evaluación se puede realizar en cada una de las etapas de la siguiente manera:

A) VALORACIÓN

La evaluación de esta etapa comprende la ponderación de los datos respecto de su significado para formular hipótesis diagnósticas posteriormente. Además que contribuye a reconocer que faltan datos y mantener el principio de continuidad.

B) DIAGNÓSTICO

La evaluación crítica de las categorías diagnósticas utilizadas para rotular un conjunto de signos y síntomas sirve para establecer la corrección del diagnóstico utilizado y para dirigir la selección de las etapas siguientes del proceso de enfermería

C) PLANIFICACION

En esta evaluación crítica los planes se evalúan en dos sentidos: Si son adecuados para el usuario y si se ajustan a normas preestablecidas. Así la evaluación en la etapa de planeamiento, juzga, si los planes propuestos son comparables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del usuario. El plan de cuidados debe ser consensuado/pactado con el usuario y/o persona que le cuida.

D) EJECUCIÓN DEL PLAN

En esta etapa la evaluación se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del usuario son tan importantes como en el planeamiento y diagnóstico. Pero hacer la evaluación a la vez que se realizan las actividades puede llevar fines adicionales:

1. **Evaluar la capacidad** de quienes ejecutan: autoevaluación o evaluación personal por superiores.
2. **El conocimiento sobre las actividades se puede evaluar observando las intervenciones al tiempo que se ejecutan.** Si es el usuario quién la ejecuta hacer juicio crítico e identificar si el usuario requiere ayuda.
3. **Determinar los esfuerzos que se requieren** para ejecutar las acciones de enfermería. (factores que puedan afectar al progreso y ejecución intervención programada)
4. **Para asegurar la cooperación y persistencia en las actividades** se requiere evaluar los esfuerzos, conocimientos y habilidades de los ejecutores.
5. **Evaluación por parte del usuario**, que es tan importante como la que hace el profesional enfermero. (evaluando al personal y su actividad personal). Mostrando el grado de satisfacción según sus expectativas.



E) EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta evaluación se dirige a los comportamientos, y es que cuando se consiguen los resultados esperados en la etapa de planeamiento.

Si los resultados están dentro de la dirección deseada se considera que los diagnósticos existentes, actividades, intervenciones de enfermería permanecieron inmodificados en todo el proceso. En la evaluación de resultados se recomiendan los siguientes pasos:

1. **Hacer una lista de todos los resultados** que se propusieron en el plan con las fechas límites
2. **Valorar al usuario** para ver si demuestra cambios propuestos en las metas o resultados propuestos.
3. **Establecer la comparación** entre lo que se planeó y lo alcanzado en el plazo establecido y prefijado.
4. **Discutir con el usuario** sus percepciones e ideas respecto a los cambios alcanzados o los que no se lograron
5. **Examinar detenidamente las metas** y logros alcanzadas
6. **Si los resultados se logran parcialmente o no se logran**, reunirse para examinar los errores: si eran reales, eran importantes, obstáculos...
7. **Registro de hallazgos y respuestas** en una nota evaluativa, que contemple: ¿Qué logro completamente? ¿Parcialmente? ¿no logro? ¿razones que puedan justificarlo?

Las respuestas a estas preguntas nos sirve para proponer nuevos planes, y es que una evaluación cuidadosa, crítica y detallada de los diferentes aspectos del cuidado de enfermería es la clave para lograr la excelencia en la provisión de los cuidados y la mejora continua de los servicios de salud.



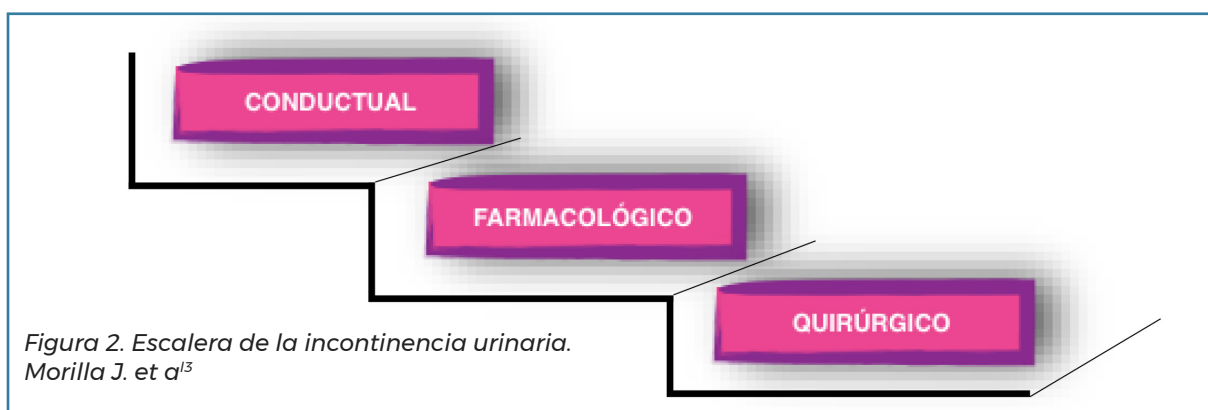
12. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

12.1 NORMAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU).

1. **Las reglas generales en la IU** indican usar los tratamientos menos invasivos.
2. **Respetar deseos del paciente.**
3. **Mejorar la situación del paciente:** Se deben contemplar las complicaciones de añadir tratamientos farmacológicos en pacientes, sobre todo en aquellos polimedicados, dando bienestar y calidad de vida.
4. **Corregir factores favorecedores:** excitantes y precipitantes de la incontinencia urinaria
5. **Hábito miccional adecuado:** Buscando periodicidad no superior a las 2 horas y motivando al anciano y cuidadores
6. **Ingesta de líquidos:** A través de la distribución de la ingesta de líquidos adecuada, mínimo 2 litros, si no existe ninguna contraindicación médica.
7. **Corregir el estreñimiento**
8. **Extremar Medidas de Higiene** y Cuidado Personal de la piel
9. **Movilización correcta** en pacientes encamados
10. **Evitar barreras: adecuada iluminación,** accesibilidad al aseo, adaptaciones, ropa fácil de quitar, cuñas...
11. **Fármacos de IU:** Ajustar períodos en los que el mayor presente incontinencia:
 - Episodios nocturnos (no dar de día)
 - IU constante (dar cada 6 h)

La escalera de tratamiento de la incontinencia urinaria debe iniciarse con técnicas conductuales a las que se añadirán tratamiento farmacológico y/o cirugía según cada paciente.

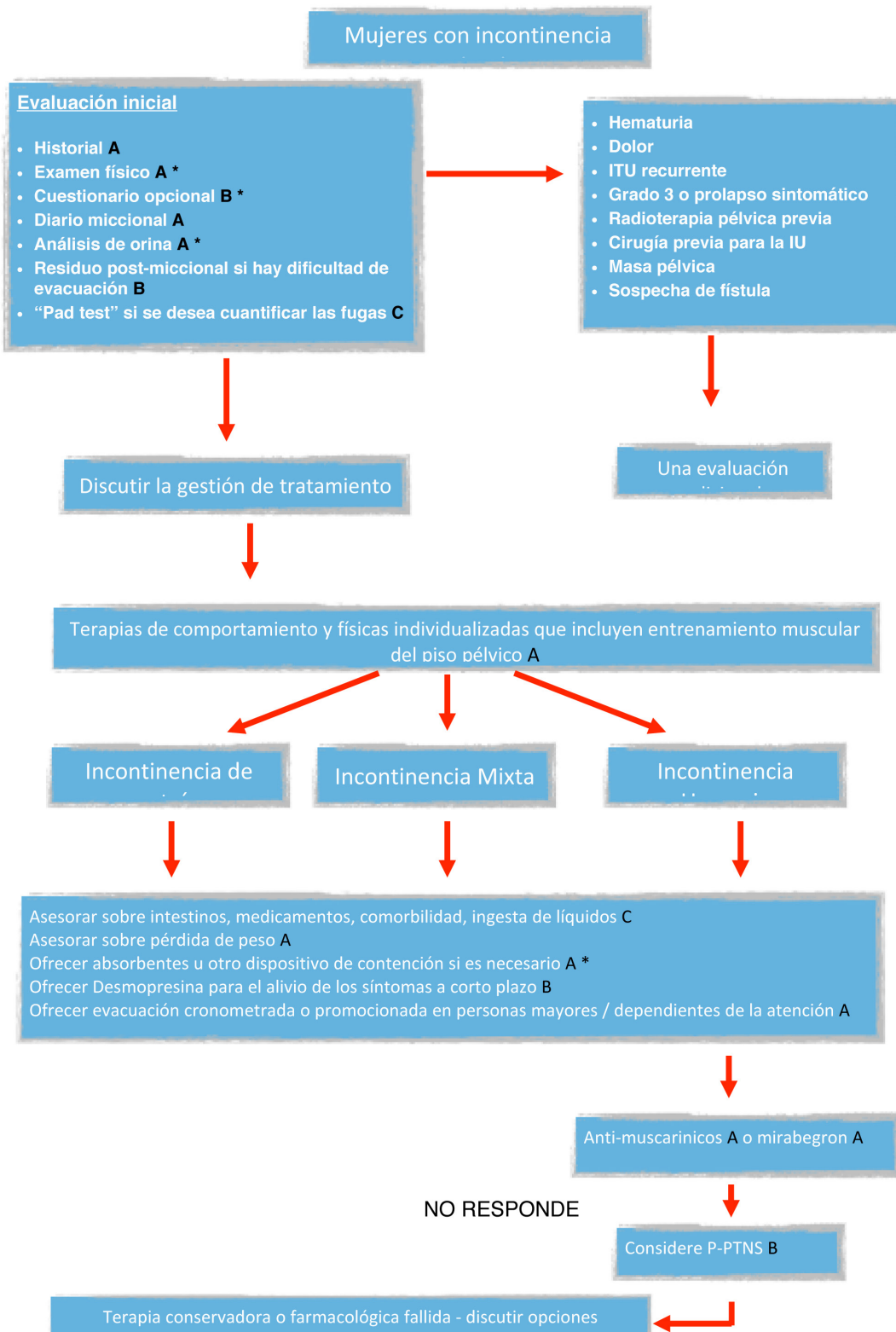
FIGURA 2. ESCALERA DE LA INCONTINENCIA URINARIA





12. 2. ALGORITMOS SOBRE EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA. EAU (2017).

FIGURA 3. ALGORITMO DE TRATAMIENTO (MUJER)



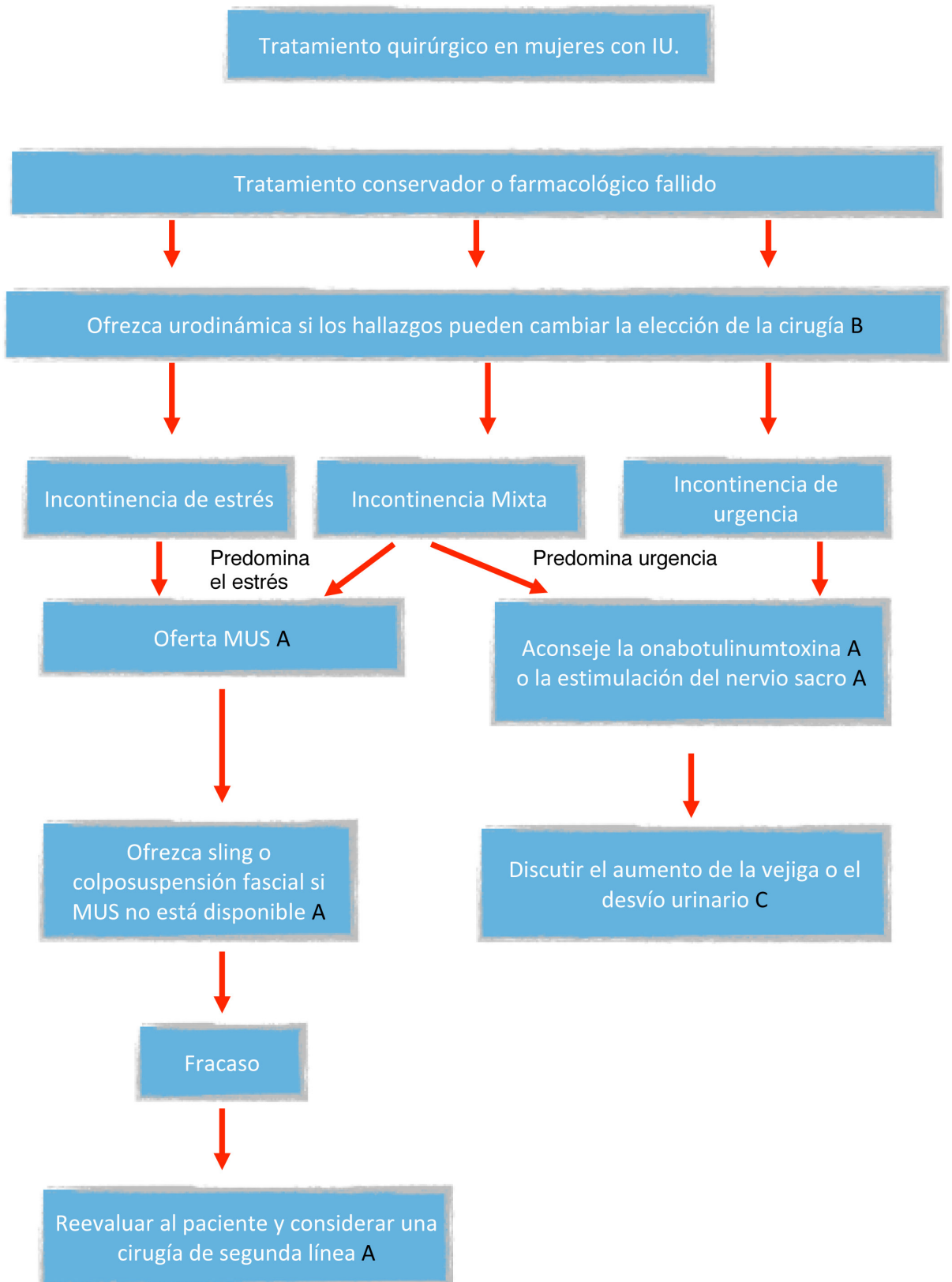
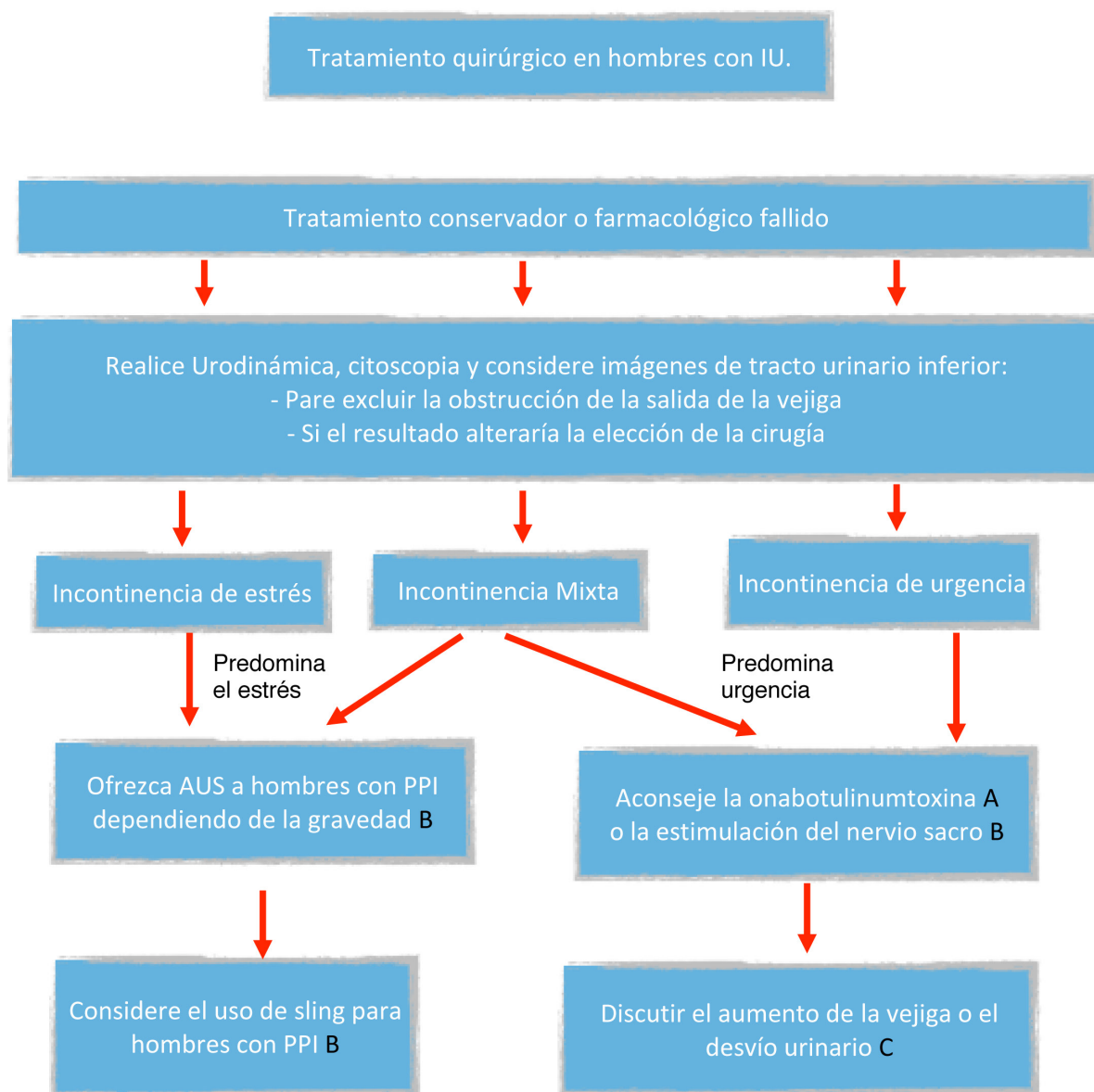


Figura 3. Algoritmo de tratamiento (mujer). Diomende F et al'



FIGURA 4. ALGORITMO DE TRATAMIENTO (HOMBRE)



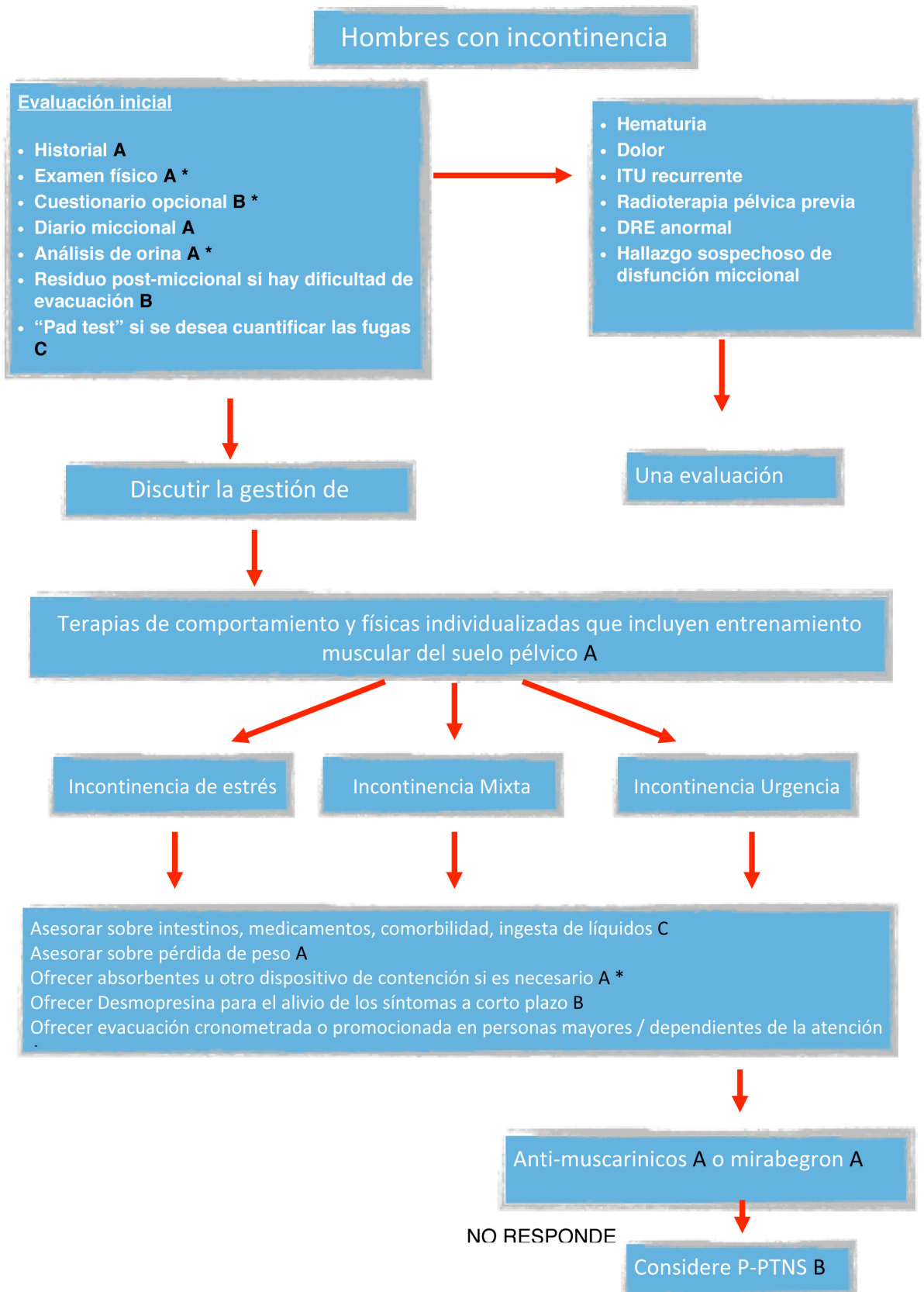


Figura 4. Algoritmo de tratamiento (hombre). Diomende F et al¹



12.3. TÉCNICA CONDUCTUAL

Ventajas:

- Reducir las pérdidas en la mayoría de los individuos.
- No tienen efectos secundarios conocidos
- Pueden usarse conjuntamente con otros tratamientos

12.3.1. PERSONAS SUSCEPTIBLES DE TERAPIA CONDUCTUAL

- Motivados para mantener un **refuerzo positivo**
- Los que quieren mantener **independencia de dispositivos** protectores externos
- Aquellos que evitan o postergan **tratamientos farmacológicos o invasivos**

12.3.2. TIPOS DE TÉCNICAS CONDUCTUALES

Cuidadores - dependientes: para individuos que tienen grave deterioro motor, cognitivos o ambos. Precisan de un cuidador capacitado para llevarlo a cabo. Dentro de este grupo estarían:

A) VACIAMIENTO PROGRAMADO

Útil en adultos y ancianos con IU de esfuerzo, de urgencia, mixta y funcional; aunque se hace imprescindible en la IU de urgencia y funcional⁶⁴. Consiste en controlar el estado de continencia del paciente, sugiriendo el vaciamiento previo al escape de orina en intervalos de tiempo regular. Lo que facilita detectar el patrón individual de vaciamiento, consiguiendo promover mayor nivel de continencia. Por tanto, reduce frecuencia y severidad de los episodios de IU; Prevenir complicaciones asociadas de IU como: deterioro de la integridad cutánea, ITU, caídas; satisfacción del paciente; y calidad de vida.

B) DOBLE VACIAMIENTO

Esta técnica permite disminuir el volumen residual, el cuál si es >100 ml es patológico (aumento de frecuencia miccional y de ITU). La técnica consiste en mantener en pie unos minutos tras la micción si es varón y sentada si es mujer para forzar una nueva micción⁴.

C) ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO: NIC 0600 (ver cuadro de intervenciones NIC)

Esta técnica se recomienda cuando puede determinarse un ritmo natural de vaciamiento, sobre todo en aquellos pacientes que perdieron el hábito por encamamiento, ingreso hospitalario...Dónde el reforzamiento conductual propuesto en todos los protocolos⁶⁴ consiste en ensalzar al paciente: Si este se mantiene seco en los traslados al WC; Demanda de ayuda a la micción; Respuesta positiva al vaciamiento; Informar con exactitud del estado de continencia.



D) REFUERZO A LA CONTINENCIA

Para aquellos pacientes que demandan ayuda en la micción. Este comunica al cuidador la necesidad de ir WC por cualquier medio. Es recomendable medir esta demanda sobre todo si se inicia un vaciamiento programado para ver su efectividad.

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

A) ENTRENAMIENTO VESICAL: NIC 0570 (ver cuadro de intervenciones NIC)

Técnica dependiente del paciente, que pretende restablecer el patrón miccional normal, vaciando periódicamente la vejiga y tratando de corregir el hábito de orinar con frecuencia. Con el objetivo de intentar aumentar la capacidad vesical y reducir la urgencia miccional^{28, 60}.

Las personas incontinentes que se benefician de esta medida educacional/rehabilitadora son fundamentalmente aquellos que presentan Inestabilidad Vesical (i.U.U) e incontinencia transitoria.

Es importante también seleccionar los pacientes en cuanto a su situación física, actividad, movilidad y estado cognitivo.

Esta intervención comprende:

- **Un programa de educación del paciente.** Previamente es imprescindible conocer el esquema miccional de la persona incontinente rellenando al menos durante tres días la hoja de diario miccional (anexo VI)
- **Un régimen de programación progresivo** y autocontrol del vaciamiento.
 - Establecer el intervalo entre micciones.
 - Comenzar con el intervalo mínimo (normalmente 60 minutos).
 - Instruir a la persona con incontinencia para orinar según el programa establecido.
 - Darle herramientas para superar e inhibir la urgencia en caso que se presente antes del horario establecido (distracer, ejercicios suelo pélvico etc.).
 - Revisar el intervalo de tiempo cada dos semanas.
 - Aumentar en 10 ó 15 minutos dicho intervalo hasta conseguir una frecuencia miccional de 3/4 horas.
 - En el periodo nocturno valorar el estrado físico y/o cognitivo de la persona, medicación tipo somnífero, tranquilizantes, hipnóticos... así como el mobiliario y la arquitectura de la vivienda, si existe riesgo de caída colocar un dispositivo absorbente, volviendo durante el día al programa establecido. Si no existe riesgo de caída se recomienda vaciar la vejiga al acostarse y una o dos veces en la noche (cada 4 horas).



Es fundamental:

- **Explicar a la persona incontinente y cuidador el objetivo del programa y su beneficio**
- **El vestuario y el calzado deben ser el adecuado para visitar el baño con frecuencia, así como la iluminación y llevar las gafas puestas**
- **Facilitar el acceso al aseo eliminando obstáculos, ayudándole en los desplazamientos y manteniéndolo cerca del WC**

B) REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO: NIC 0560 (ver cuadro de intervenciones NIC)

Consisten en repetir contracciones de la musculatura del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) con un programa de entrenamiento cuyo objetivo es fortalecerlo progresivamente. Estos ejercicios son efectivos en la IU de esfuerzo y mixta, en varones con síntomas urinarios de prostatectomía radical tienden a mejorar con el tiempo sobre todos en los primeros meses de la intervención²⁷.

El objetivo general será:

- **Integrar la musculatura perineal** dentro del esquema corporal.
- Recuperar el **tono muscular**.
- **Evitar intervenciones** quirúrgicas.

Los objetivos específicos:

- **Reforzar el soporte visceral** (evitar prolapsos).
- **Aumentar la motricidad** voluntaria esfinteriana.
- **Desencadenar el cierre perineal** al esfuerzo (tos, estornudo etc.).
- Mejorar las **relaciones sexuales**.

Es fundamental aprender a localizar y sentir la musculatura pélvica sin lo cual no será posible realizar los ejercicios de forma correcta. La posición inicial que ayudará a la identificación de la musculatura del suelo pélvico para que los ejercicios sean eficaces: Posición sentado con los pies bien apoyados en el suelo, piernas entreabiertas, cuerpo ligeramente inclinado con los antebrazos apoyados en muslos. Después podrá realizar los ejercicios correctamente en cualquier postura. Se recomiendan 60 contracciones diarias para mantener el tono muscular, así como en estados de presión del suelo pélvico como el embarazo. En el caso que, después de valoración individualizada del estado del suelo pélvico, determinemos un deterioro en el tono y fuerza de éste, (anexo A y B) el número de contracciones serán de 100 repeticiones.

Las contracciones comenzaran con un tiempo de 2 ó 3 segundos, hasta asegurar que la contracción es correcta para ir después aumentando paulatinamente el tiempo de contracción hasta un máximo de 10 segundos. Deberán realizarse mínimo en tres sesiones, repartidas en series (ejemplo 10 contracciones en tres series). El tiempo de relajación debe ser el doble del tiempo de contracción ya que si no corremos el riesgo de provocar una hipertonia. Fundamental asegurarnos que la persona incontinente realiza los ejercicios de forma correcta.



C) CONOS VAGINALES O MANEJO DEL PESARIO: NIC 0630 (ver cuadro de intervenciones NIC)

Se basa en retener un pequeño cono en la vagina mediante un suave reflejo de contracción provocado por la sensación de que se va a deslizar hacia afuera. El simple hecho de retenerlo refuerza los músculos del suelo pélvico. El objetivo fundamental es tomar conciencia de la musculatura y trabajar contra resistencia. Cada uno tiene un peso diferente de manera que permite incrementarlo de forma gradual durante unos minutos al día, de pie o caminando. Debe comenzar por el peso menor e ir aumentando gradualmente. Las ventajas son asegurara la contracción correcta, buenos resultados en poco tiempo sin efectos secundarios y sencillo de usar.

D) TERAPIA DE RETROALIMENTACIÓN: NIC 5860 (ver cuadro de intervenciones NIC)

Consiste en técnica de autocontrol y aprendizaje de la funciones biológicas de nuestro cuerpo. La terapia de retroalimentación o Biofeedback utiliza instrumentos electrónicos o mecánicos para revelar a los pacientes información neuromuscular.

Usa métodos de electromiografía o manometría que pone en evidencia mediante sonidos o visualmente la contracción en cuanto a fuerza y tiempo. Es un complemento para conseguir la realización eficaz de un programa de entrenamiento del suelo pélvico.

E) ELECTROESTIMULACIÓN

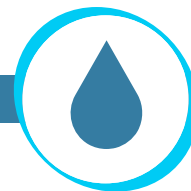
Consiste en administrar pequeños impulsos eléctricos no dolorosos mediante electrodos en forma de agujas o superficiales que son usados para:

- **Inhibir la hiperactividad del detrusor**, induciendo a la relajación.
- **Mejorar la fuerza de la musculatura** estriada del suelo pélvico mediante contracciones.
- Enseñar a la persona incontinente a **localizar los músculos del suelo pélvico**.
- **Reducir el dolor** mediante corrientes de analgesia en un suelo hipertónico.

F) GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA (GAH)

Surge como una forma alternativa de recuperación de la musculatura abdominal y/o pelvica para las mujeres en el postparto. Su creador, Marcel Caufriez, buscaba una técnica para tonificar la musculatura abdominal que evitara el riesgo de provocar alteración en la estática pelviana, como ocurría con los abdominales clásicos⁷⁵.

Ejercicios posturales agrupados en secuencias rítmicas que causan una disminución de la presión intraabdominal e intratorácica, que producen activación automática del suelo pélvico.



G) ESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR.

El nervio tibial posterior tiene origen en las raíces sacras S2 a S4, nacimiento también de todos los nervios que controlan la actividad de la vejiga urinaria, ano y suelo pélvico

La técnica se basa en estimular y neuro modular el nervio tibial posterior a través de pequeños electrodos en la piel lo que, de forma retrograda, también estimulará todas las estructuras pélvicas antes descritas. Es útil en la vejiga neurógena que presenta un vaciamiento incompleto bien por hiper o hipo actividad.

Medidas terapéuticas:

A) SONDAJE VESICAL INTERMITENTE: NIC 0582 (ver cuadro de intervenciones NIC)

En la IU el sondaje vesical intermitente está indicado en los casos en que la vejiga tiene la habilidad de retener la orina entre cateterizaciones²⁷.

Sobre todo, en aquellos pacientes con daño neurológico que bien por hiperactividad del detrusor o por hipotonía o atonía no se vacían adecuadamente

El intervalo entre cateterismo se realizará en función de la orina retenida en la vejiga, previa valoración individualizada Debe instruirse a la persona incontinente o al cuidador para autorrealizarse el cateterismo

La técnica debe ser limpia no es necesario que sea estéril

B) SONDAJE VESICAL: NIC 0580 (ver cuadro de intervenciones NIC)

Algunos autores sugieren que el sondaje vesical permanente está indicado en casos de^{84, 21},

1. **Retención urinaria** que cursa con: incontinencia persistente por rebosamiento, infecciones urinarias sintomáticas; no se puede corregir médica o quirúrgicamente; no se puede manejar con cateterización intermitente.
2. **Heridas en la piel**, úlceras por presión
3. **Cuidados en pacientes** terminales
4. **Preferencia del paciente** por haber fracasado otras medidas.
5. **Retención urinaria** que cursa con: incontinencia persistente por rebosamiento, infecciones urinarias sintomáticas; no se puede corregir médica o quirúrgicamente; no se puede manejar con cateterización intermitente.
6. **Heridas en la piel**, úlceras por presión
7. **Cuidados en pacientes** terminales
8. **Preferencia del paciente** por haber fracasado otras medidas.



Medidas Paliativas:

A) COLECTORES DE PENE (masculinos), Y COLECTORES FEMENINOS.

Estos son dispositivos de goma flexible que se fijan al pene para permitir drenar la orina a una bolsa colectora. Entre sus características se encuentran:

- **Flexibilidad** para adaptarse a los cambios morfológicos del pene.
- **Transparente para permitir inspecciones de la piel**, con una banda adhesiva para su fijación suave y segura.
- **Diseñado con un sistema anti-acodamiento** en forma de fuelle para facilitar el drenaje de la orina a la bolsa de recogida.
- **Compuesto de silicona** y sin látex.

Los riesgos asociados de estos productos son: estrangulamiento del pene por la utilización de tamaños más pequeños; Fugas por la utilización de tamaños más grandes que el necesario; infecciones urinarias por mantenimiento prolongado del colector (no más de 2 días). Lesiones cutáneas o úlceras peneanas

El colector de pene masculino es un dispositivo de plástico que como una pinza con forma anatómica se coloca en la base del pene de manera que presiona la uretra ayudándose de un velcro. Hay también colectores de orina (similar a un preservativo) de silicona y autoadhesivos que facilitan la colocación y aumentan la comodidad. Debe liberar para la micción cada 4 h o menos en anciano.

También existen colectores de orina femeninos, que es un dispositivo externo adherido a la zona genital femenina, recoge la orina derivándola a una bolsa de recogida que se conecta al mismo. Entre sus características son: Hipoalergénicos; adhesivo suave que no irrita la piel; reutilizable; biodegradable. Son preferiblemente de silicona.

B) ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA (AIU)

Los AIU son productos de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener la piel seca y sin humedad. Se indican en pacientes incontinentes cuando no puedan utilizar otros métodos o tratamientos. (En el que le dedicaremos un apartado de esta guía).



13. LOS ABSORBENTES

La incontinencia es un problema sanitario con un impacto significativo en las vidas tanto de las personas que la padece como de sus cuidadores, con graves implicaciones para las economías sanitarias en términos de prestación de cuidados sociales y en salud.

El cuidado de la continencia no supone actualmente una prioridad para los administradores del sistema sanitario.

Existe una falta de profesionales sanitarios formados en cuidados para la continencia, tanto en términos de generalistas con formación básica como en cuanto a especialistas con una formación más integral.

Los absorbentes para incontinencia urinaria (AIU) son productos sanitarios de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior, indicados para personas con incontinencia media, moderada o severa, que padecen pérdidas urinarias y/o fecales cuando no puedan usarse otros métodos o tratamientos.

Los absorbentes son Productos sanitarios de Clase I, no estéril, según la directiva 93/42/CEE traspuesta al RD 1591/2009, la cual se ha visto modificada por el Reglamento (UE) 2017/745 del parlamento Europeo, pero en el que se mantiene la misma clasificación de estos productos.

Además, las actividades de fabricación, importación, agrupación y/o esterilización de los productos sanitarios requieren una licencia previa autorizada expresamente por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). Estos son productos reembolsables y susceptibles de ser sometidos a homologación previa según RD 244/2006 de homologación sanitaria de recetas oficiales para la prestación farmacéutica y complementaria de la Seguridad Social (Cupón Precinto). Y deben llevar marcado CE de conformidad y la información requerida según la legislación de Productos Sanitarios.

Existen varias normas de estandarización española basada en normas internacionales relativas a la evaluación de los productos absorbentes como:

La Norma UNE -EN ISO 15621:2017, se recogen las directrices generales de evaluación de los productos absorbentes para incontinencia urinaria y/o fecal. Dicha norma recomienda considerar un número de factores separados en tres categorías: los factores relativos al usuario, los factores relativos al producto, los factores relativos al uso.

Otra norma a tener en cuenta es la UNE- EN ISO 16021:2000, que establece los principios básicos para diseñar y llevar a cabo una evaluación por el usuario de absorbentes de incontinencia de un solo uso para adultos.

Proporciona un marco para seleccionar y registrar los puntos de vista del producto absorbente según los usuarios y sus cuidadores.



13.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS AIU

- **Eficacia:** deben servir para recibir, recoger y retener la orina teniendo en cuenta factores como: tipo, grado y frecuencia de la incontinencia, complejión física del paciente y nivel de actividad (ambulante, encamado, ensillado...).
- **Confortabilidad:** tanto en volumen, en forma anatómica como en sequedad de la piel.
- **Tolerancia:** no debe contener sustancias químicas susceptibles de modificar las condiciones fisiológicas de la piel, ni producir irritaciones o cualquier otro tipo de lesión.
- **Discreción:** el paciente tiene derecho a proteger su intimidad, por lo que el producto debe tener las características adecuadas antes, durante y después de su uso para permitir la máxima discreción.
- **Rewetting adecuado:** Sensación de humedad que tiene el paciente una vez que se ha producido la micción, siendo el parámetro más importante de la calidad de un absorbente, que afecta al bienestar del paciente.

13.2. COMPOSICIÓN BÁSICA DE LOS AIU.

Estos productos están compuestos por 3 capas de distintos materiales unidos entre sí:

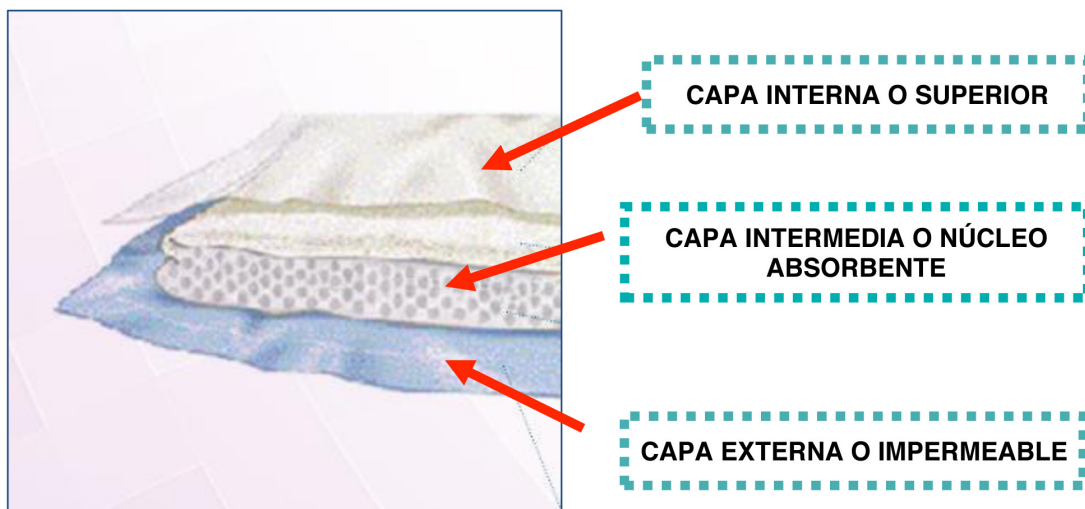
1. **CAPA INTERNA O SUPERIOR**, está en contacto con la piel. Constituida por tela sin tejer (celulosa, viscosa o rayón). Un material filtrante e hidrófilo, (que permite el paso rápido de orina a la capa intermedia ayudando a mantener la superficie de la piel seca), y analérgico. Es la responsable de la tolerancia del absorbente (que no irrite la piel) y de su eficacia (al permitir el paso de orina a la capa central). Algunas marcas comerciales incluyen en este tejido una crema protectora (a veces este debe tenerse en cuenta por no ser recomendable para el paciente).
2. **CAPA INTERMEDIA O NÚCLEO ABSORBENTE.** Compuesto por pulpa de celulosa y súper absorbente, un material con gran capacidad de absorción y retención que impide que la humedad salga de nuevo; el líquido queda atrapado dentro de las partículas del súper absorbente y se transforma en gelatina (el líquido se solidifica) este suelen ser partículas de poliacrilato. Es deseable que la distribución en el espesor de la celulosa no sea uniforme y que la distribución de material súper absorbente con relación a la celulosa sea homogénea. Ya que el material súper absorbente refuerza la capacidad de absorción de las zonas donde es más necesario: la parte central (entre las piernas), y zona posterior del absorbente. Su distribución no puede producir ni encharcamiento, ni rotura en la celulosa. La capacidad mínima de absorción será de 10 gramos de agua por gramo. Esta capa es la responsable de evitar malos olores al neutralizar la formación de amoníaco. Y se tendrá en cuenta que una gran capacidad de absorción implica menor discreción del producto. Algunos absorbentes incluyen un núcleo de absorción rápido, que favorece la retención de pérdidas urinarias de volumen importante.



3. CAPA EXTERNA O IMPERMEABLE. Está conformada de materiales plásticos (polietileno) que deben ser discretos (poco ruidosos), y su finalidad es evitar la salida de la humedad al exterior. Asegura la impermeabilidad e impedir el deslizamiento. En el producto final debe vigilares que después de su uso no se desintegre las capas ni se produzca separación entre ellas. Puede colocarse con un dispositivo de sujeción (bragueta o tiras adhesivas). Algunos fabricantes incorporan en los bordes en contacto con la piel material no plástico, favoreciendo la tolerancia del producto. Estos dispositivos incluyen un indicador de humedad, que se encuentra en la parte exterior del absorbente y constituidos por unas líneas o bandas que cambian de color al entrar en contacto con la humedad, indicando la necesidad de cambio.

Este debe ser visible, tanto para el usuario como para el cuidador.

FIGURA 5. VISUALIZACIÓN DEL PAÑAL



Existen otros componentes u accesorios que pueden incorporarse (dermoprotección, barreras laterales, sistema de ajuste en la cintura a través de las etiquetas reposicionables y entre piernas gracias a los hilos elásticos), que mejoran las prestaciones y eficacia de los absorbentes en uso, aumentando la calidad de vida de la persona con incontinencia y racionalizando el uso gracias a la menor necesidad de cambios, y por tanto, menor coste.

El producto final no deberá desprender residuo, ni desintegrarse en capas ni separación entre ellas, en el que el sistema de sujeción debe ser el adecuado al tipo y capacidad de absorción.



13.3. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Existen varias clases de absorbentes que se adaptan a las características y necesidades de los usuarios y a los diversos tipos de incontinencia.

En la elección habrá que decidir por un producto que garantice una óptima relación entre la seguridad que ofrece, una buena capacidad de absorción y la comodidad que permite para el desarrollo de la actividad normal del usuario y/o su cuidador, aumentando su calidad de vida y dignidad.

Los absorbentes se clasifican en función de su:

- **Capacidad de absorción**
- **Tipo o forma**
- **Sistema de sujeción**
- **Talla**

13.3.1. POR SU CAPACIDAD DE ABSORCIÓN

Se catalogan por el Ministerio de Sanidad y Consumo como:

- **Absorbentes de goteo (50-300 ml)**
- **Absorbente día (600-900 ml)**
- **Absorbente noche (900-1.200 ml)**
- **Absorbente supernoche (>1.200 ml)**

13.3.2. POR SU FORMA y SISTEMA DE FIJACIÓN

Según la Norma UNE -EN ISO 15621:2018, los tipos de absorbentes según su forma son:

13.3.2.1 Financiados en España por el SNS:

- **Absorbentes anatómicos con elásticos (All-in-one, brief, slip):**

Dispositivo absorbente para la incontinencia en el que el núcleo de absorción es montado sobre un chasis, equipado con sistema de fijación reajutable, que permite ajustarlo al cuerpo sin ayuda de sistema de fijación adicionales. Según la clasificación del Ministerio de Sanidad, las distintas tallas van en función de la cintura o talla de ropa (pequeña, mediana, grande y extragrande), y según su capacidad de absorción, se diferencian en día, noche y supernoche,





- **Absorbentes anatómicos con cinturón (Belted product)**

Dispositivo absorbente para la incontinencia en el que el núcleo de absorción es montado sobre un chasis, equipado con un cinturón reajutable. Según el Ministerio de Sanidad se clasifican atendiendo a su capacidad de absorción en noche y supernoche, y según la talla en mediana, grande.



- **Absorbentes Rectangulares (Pad, insert, liner, shield)**

Dispositivo absorbente para la incontinencia sujeto mediante un malla elástica Sistema Rectangular. Consta de una compresa rectangular, y están clasificados según su capacidad de absorción en día, noche, y supernoche, y en talla única.



- **Sistema anatómico o de dos piezas.**

Consta de una compresa anatómica de diferente tamaño y absorción, sujeto mediante una malla elástica. Se clasifican según su capacidad de absorción en día, noche y supernoche y en talla única.





- **Absorbentes Pants**

Dispositivo absorbente para la incontinencia conformado y diseñado para parecerse a la ropa interior para mujeres, hombres o Unisex.

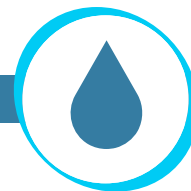


13.3.2.2 No financiados por el SNS:

Compresas Incontinencia (Mujer y Hombre)

13.3.3. POR LA TALLA

Se clasifican en talla extrapequeña, pequeña, mediana, grande, extragrande y única.



13.3.4. RESUMEN CLASIFICACIÓN ABSORBENTES SEGÚN ABSORCIÓN, FORMA, Y TALLA:

TABLA 11. RESUMEN DE LOS AIU

ABSORCIÓN	TIPO	TALLA	CAPACIDAD		
DÍA	Rectangular	Única	> 600 ml.		
	Anatómico	Única			
	Anatómico con elásticos	Pequeña			
		Mediana			
		Grande			
		Extra grande			
	Pants	Pequeña			
		Mediana			
		Grande			
		Extra grande			
NOCHE	Rectangular	Única	900 - 1200 ml		
	Anatómico	Única			
	Anatómico con elásticos	Pequeña			
		Mediana			
		Grande			
		extra grande			
	Anatómico con cinturón	Mediana			
		Grande			
	Pants	Pequeña			
		Mediana			
		Grande			
		Extra grande			
	SUPER NOCHE	Rectangular		Única	>1200 ml
		Anatómico		Única	
Anatómico con elásticos		Pequeña			
		Mediana			
		Grande			
		Extra grande			
Anatómico con cinturón		Mediana			
		Grande			
Pants		Pequeña			
		Mediana			
		Grande			
		extra grande			



13.4. EVALUACION DE LOS ABSORBENTES:

Entre los dispositivos absorbentes de adultos disponibles existen diferencias en calidad y composición, que inciden en el rendimiento en uso, afectando a la dignidad de la persona con incontinencia, y repercutiendo en su calidad de vida.

Existen varias normas de estandarización española sobre normas internacionales relativas a la evaluación de los productos absorbentes.

Sin duda, la manera más adecuada para valorar un absorbente sería mediante un “test en uso”. Hay gran variabilidad en los resultados de los test en uso pues están afectados por múltiples factores difíciles de reproducir. Tal como adelantamos en la introducción del apartado de absorbentes en esta guía, existe un método de evaluación de producto absorbente que establece los principios básicos para diseñar y llevar a cabo una evaluación por el usuario de absorbentes de incontinencia de un solo uso para adultos (UNE 16021 UNE- EN ISO 16021:2000).

La otra norma internacional que establece cómo evaluar los productos absorbentes es la norma UNE EN ISO 15621: 2017, que procedemos a desarrollar a continuación:

13.5.1 REQUISITOS PARA EVALUAR EL PRODUCTO

Según la norma internacional (une en ISO 15621: 2017)

1. Factores relacionados con el usuario:

- Calidad de Vida
- Autonomía: capacidad de acceso al baño y de manejo de su aseo e incontinencia, necesidad de ayuda para realizar estas tareas, etc.
- Tipo de incontinencia: frecuencia, volumen y flujo de las micciones, etc.
- Características del usuario final: edad, discapacidad, deterioro mental y/o físico, movilidad, destreza manual, déficit visual, antropometría.
- Actividad: viajes, trabajo, hora del día, ejercicio físico, vida social, etc.
- Necesidades individuales.
- Manipulación: facilidad de poner y quitar el producto, capacidad de abrir el paquete, facilidad de eliminación, etc.

2. Factores relacionados con el producto:

- Ausencia de fugas (Aparición de líquido por fuera del núcleo absorbente)
- Ausencia de olor.
- Salud de la piel: el daño que sufre la piel en contacto constante con la orina y heces ocasiona un deterioro físico en la persona incontinente, así como un aumento de la atención y cuidados que requiere así como del coste
- Comodidad y ajuste: ciertas características de los absorbentes (mantener la piel seca, adaptabilidad, no romperse con el uso, superficies lisas, presentar formas, etc.) mejoran su comodidad y ajuste.
- Discreción.



3. Factores relacionados con el uso:

- Ergonomía: cuando las características del absorbente facilitan su manipulación y colocación sin originar un esfuerzo físico extra.
- Conocimientos y preparación del cuidador que tiene que colocar el absorbente.
- Información e instrucciones suministradas por el fabricante.
- Lavandería: que la utilización del producto no genere ropa sucia extra.
- Facilidad de eliminación de residuos: que el producto pueda eliminarse de forma segura y discreta.
- Sostenibilidad y medioambiente.
- Seguridad del producto.
- Costes directos: producto, e indirectos: personal, ropa adicional, irritación de la piel.

13.5.2 METODOS DE ENSAYO

Existen normas técnicas específicas de ensayo en laboratorio para demostrar y evaluar las propiedades de los productos absorbentes y realizar el control de calidad de sus materias primas.



Deben indicarse los criterios o parámetros objetivos a evaluar siempre en base a normas de ensayo publicadas, para poder realizar una misma valoración a todos por igual con cualquier laboratorio independiente acreditado. Permiten una valoración objetiva y replicable a lo largo del tiempo que dura el suministro con los años.

13.5.2.1 Métodos de ensayo en producto terminado

Evaluación de las prestaciones fundamentales del producto

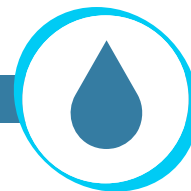
- Capacidad de absorción (distintos métodos)
- Tiempo de absorción de líquidos y retorno de la humedad
- Durabilidad y fin de uso previsto
- Ergonomía y transpirabilidad
- Neutralización del olor
- Evaluación de la biocompatibilidad: citotoxicidad e irritación dérmica
Limpieza microbiana



Métodos de ensayo en producto terminado				
TIPO DE ENSAYO	MÉTODO	RESULTADO OBTENIDO	EVALUACIÓN	SISTEMA DE ESTANDARIZADO
CAPACIDAD DE ABSORCIÓN CLASIFICACIÓN	Método Vertical (PNE_LPS_PS_004) ISCIH*	Mililitros de líquido absorbido total	A mayor valor, mayor absorción	Catalogación del Ministerio de Sanidad: DÍA/ NOCHE/SUPERNOCHE
	Rothwell (ISO 11948-1:1996)	Gramos de líquido absorbido total	A mayor valor, mayor absorción	<i>Banding System</i>
	Maniquí (ABL) UNE 153601-1:2008 **	Gramos de líquido absorbido hasta la fuga	A mayor valor, mayor absorción	No existe aún. Se ha propuesto al Ministerio.
CAPACIDAD DE RETENCIÓN HUMEDAD (<i>Wetback</i>)	Retorno de la Humedad UNE 153601-2:2008	Gramos de líquido no retenido	A menor valor, menor retorno, mayor sensación de sequedad en la piel	No existe aún. Se ha propuesto al Ministerio.
TIEMPO (Y VELOCIDAD) DE ABSORCIÓN	Tiempo y velocidad de absorción UNE 153601-2:2008	Tiempo de absorción de 2 micciones	A menor tiempo de absorción y mayor velocidad más sensación de sequedad en la piel	
CITOTOXICIDAD	UNE-EN ISO 10993-5:2009	% de células viables	Correcto si el resultado es un % ≥ 70	Indicado en la norma: $\geq 70\%$ viabilidad cuantitativa

13.5.2 .2 Métodos de ensayo de laboratorio de materias primas

- Verificación de las fichas técnicas:
 - Determinación de las dimensiones
 - Resistencia a la tracción en seco y húmedo de los materiales: tejidos no tejidos y polietileno
 - Peso total y peso del núcleo absorbente
 - Distribución del SAP
 - Medida del espesor
 - Evaluación de la adhesión del sistema de sujeción
- Ensayos microbiológicos: Determinación de microorganismos patógenos
- pH
- Ensayos de biocompatibilidad: citotoxicidad e irritación dérmica
- Determinación de sustancias nocivas
- Determinación de la elasticidad de los materiales
- Determinación de la suavidad de los no tejidos: Kawabata



13.5.3 GARANTIAS QUE DEBE CUMPLIR UN ABSORBENTE

Desde la perspectiva de la persona con incontinencia que utiliza un producto absorbente, éstos deben asegurar una serie de aspectos que garanticen la calidad de vida y la dignidad de la persona con incontinencia.

GARANTIA DE UN ABSORBENTE		
GARANTIA DE UN ABSORBENTE	PROPIEDAD	BENEFICIO
Evitar que la humedad entre en contacto con la piel	Primera capa siempre seca	Piel protegida y seca; mantiene microclima natural
Transpirabilidad	transpirable en su totalidad	piel protegida y ventilada, mantiene microclima natural
Buen ajuste	Forma anatómica para correcta adaptación y que facilite los movimientos	Seguridad ante los derrames
	Barreras anti-fugas bien posicionadas	
	Sistema de sujeción adecuado a la complexión física	
Confortabilidad	Suave, agradable a la piel	Seguridad, Calidad de vida
Discreción	Utilizar el absorbente sin que se note	Seguridad y Calidad de vida
Poder realizar valoración individualizada	Disponer de distintas tallas y capacidad de absorciones	Calidad de vida
Facilidad de colocación	Sistema sencillo de colocar y cambiar	Autonomía, Calidad de vida
Conocer cuando se debe cambiar el absorbente	Indicador de humedad: cambia de color con el contacto de la orina	Optimo uso de producto, facilita el cambio, ahorro de cambios innecesarios



13.6 EVALUACION DE LA PERSONA CON INCONTINENCIA

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes que más afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen, aumentando su dependencia y dificultando las relaciones sociales.

La sensación de vergüenza hace que muchos pacientes no busquen ayuda, por lo que es necesario informar y concienciar al paciente que los profesionales de enfermería estamos preparados para ayudarles, de esta forma revertiremos la tendencia de las personas incontinentes a ocultar su problema. Para paliar estos síntomas es necesario elegir el tratamiento paliativo adecuado a cada incontinente mediante valoración individualizada .

- **Invalidez funcional del paciente:** Tener en cuenta el grado de movilidad, la necesidad de uso del absorbente para todo el día o sólo durante la noche y la presencia del cuidador capacitado. El grado de movilidad facilita el uso de técnicas de vaciado de la vejiga programada. Esto no excluye el uso de compresas u absorbentes rectangulares para los escapes de día. Y en varones se puede usar absorbentes masculinos o colectores, para contribuir a un menor uso de pañales. Para determinar **el grado de invalidez funcional** se utilizan los niveles descritos por M. Gordon dentro del patrón 4 de actividad-ejercicio, que establece los siguientes niveles:
 - Nivel 0 (independiente),
 - Nivel 1 (necesita el uso de un equipo o dispositivo),
 - Nivel 2 (requiere ayuda o supervisión de otra persona),
 - Nivel 3 (requiere la ayuda de otra persona y equipo o dispositivo),
 - Nivel 4 (es dependiente y no colabora).
- **Tipo y severidad de la incontinencia.** Los diferentes tipos se describieron dentro del apartado 5 de esta guía. Mientras que los criterios que se pueden considerar a la hora de clasificar el grado de incontinencia urinaria. Los más habituales son los siguientes:
 - 1. Según la cantidad de orina:**
 - Ligera: < 60 cc en cada derrame
 - Moderada: 60-150 cc en cada derrame
 - Grave: >150 cc en cada derrame
Puede haber varios derrames a lo largo del día
 - 2. Según el momento de presentarse:**
 - Diurna
 - Nocturna
 - Mixta

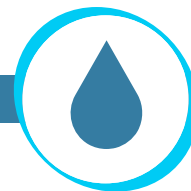


3. Según periodicidad:

- Permanente
 - Ocasional
- **Sexo.** En varones se presta al uso de otros dispositivos como colectores u ORIS
 - **Disponibilidad de cuidadores.** La presencia de un cuidador capacitado y colaborador puede ayudar a un mejor manejo de estos pacientes.
 - **Fracaso con programas de tratamientos anteriores.**
 - **Preferencia del paciente.** Ofertándole al paciente toda la gama de técnica y dispositivos disponibles para su incontinencia. Otros factores son la sudoración o comodidad de manejo según sus habilidades personales o las del cuidador.
 - **Producto óptimo para el paciente individual.** Por lo que deberá hacerse una valoración individual atendiendo a las características del paciente tanto de comodidad, de esfuerzos o económicos.
 - **Integridad superficial.** Debe realizarse valoraciones continuas de úlceras por presión (escala de Braden) en la zona perineal y valorar uso de técnicas conductivas. Contemplarse la posibilidad de problemas alérgicos que puedan generar deterioro de la integridad cutánea.
 - **Comorbilidad.** Situaciones que pueden requerir de un aumento de la capacidad de absorción o número de pañales:
 - Demencia senil avanzada
 - Tetraplejia o paraplejia
 - Espina bífida
 - Parálisis cerebral
 - Síndrome de Down
 - Niños con retraso psicomotor
 - Procesos diarreicos
 - Heridas muy supuradas
 - Diuréticos y otros fármacos como tranquilizantes, etc.
 - **Incidencia de vaginitis y bacteriuria.** Obliga a cambios de marca o cambios más frecuentes.
 - **Calidad del producto.** Descrita en el apartado 13.2 de esta guía.
 - **Costo del producto.**



Evaluación de Persona con Incontinencia: elección de absorbente		
Situación a considerar en la evaluación de la I.U		Valoración
Grado de incontinencia	Mayor o menor cantidad de orina en cada derrame. Ligera, moderada, grave	Prueba de la compresa (ICS) (Anexo IV)
Momento del día	Día o noche	Anamnesis
Periodicidad	ocasional o permanente	Anamnesis
Sexo	Distintos dispositivos según sexo	Anamnesis
Entorno personal. Movilidad/ habilidad	Deambulación,	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel (anexo III) • Índice de Katz (Anexo VIII) • Índice de riesgo de caídas múltiples
	Grado de movilidad	
	Habilidad manual	
	Estado de los pies	
	Estrado de la vista	
Entorno personal. Grado de invalidez funcional	Niveles descritos en M. Gordon dentro del patrón 4 actividad-ejercicio	0-Independiente. 1-Necesita el uso de un equipo o dispositivo. 2-Requiere ayuda o supervisión de otra persona. 3-Requiere la ayuda de otra persona y equipo dispositivo. 4-Es dependiente y no colabora
Entorno personal. Situación de la vivienda	Accesibilidad al WC	Anamnesis, visualización entorno
	Mobiliario	
	Pavimento	
Entorno personal. Situación familiar	Necesidad de cuidadores	Valoración socio-familiar (anexo IX) Test Informador
	Disponibilidad de cuidadores	
	habilidad del cuidador/ disponibilidad	
Deterioro cognitivo. Estado mental	Memoria corto y largo plazo	Test Pheiffer (AnexoX) ICIQ-SF (Anexo III) Cribado de demencias/ test ISAACS
	Deterioro cognitivo	
	Percepción de la salud	
	Orientación	
	Demencia	



Talla	Pequeña	Hasta 90 cm cintura (talla 32/36 aprx)
	Mediana	Hasta 135 cm cintura (38/46 aprox)
	Grande	Hasta 156 cm cintura (26/56 aprox)
	Extragrande	Mas de 156 cm de cintura
Estado de la piel. Integridad superficial	Valoración continua del estado de la piel. Vigilar zona perineal, ingles y cadera. Riesgo de padecer UPP. Ver apartado 15	Escala de Bradem Escala de EVE (Ver apartado 13.7)
Valoración individualizada	Dispositivo más adecuado a la persona incontinente	Recopilación de datos, anamnesis, resultados valoración
Comorbilidad	Situaciones en las que la persona incontinente puede requerir un aumento de la capacidad de absorción o número de absorbentes	Demencia avanzada. Paraplejia o tetraplejia. Parálisis cerebral. Procesos diarreicos etc
Incidencia bacteriuria o Vaginitis	Revisar pautas y productos establecidos, así como medidas higiénicas aplicadas	Revisar valoración
Calidad y coste del producto	Incide en la Calidad asistencial y presupuestos	
Preferencia de la persona incontinente	Ofertar toda la gama de técnicas y dispositivos adecuados a su caso. Fundamental para mantener la calidad de vida y disminuir el deterioro psicológico que provoca la I.U	Cribado de demencias/ test ISAACS

13.7. RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LOS AIU

La Piel es uno de los órganos más importantes del cuerpo humano, tiene funciones de protección, regulación de la temperatura, hidratación... El cuidado de la piel es fundamental para evitar su deterioro. Así la mayoría de los riesgos de estos productos se centra en ella como:

Alergias: látex o colofonia.

La dermatitis asociada a la humedad: Describe la respuesta reactiva de la piel a la exposición crónica de orina y materia fecal que puede ser observada como inflamación y/o eritema; para proteger la piel de la persona incontinente debemos elegir un absorbente que la mantenga totalmente seca y además que sea transpirable.



En términos generales recomendamos los absorbentes completamente transpirables, especialmente para aquellos incontinentes con problemas cutáneos, ya que este tipo de absorbentes preservan el microclima natural de la piel

- **Dermatitis por humedad** (Describe la respuesta reactiva de la piel a la exposición crónica de orina y materia fecal que puede ser observada como inflamación y /o eritema; para proteger la piel de la persona incontinente debemos elegir un absorbente que la mantenga totalmente seca y además que sea transpirable). Irritaciones cutáneas.
- **Dermatitis irritativa de las zonas convexas:** aparición de lesiones cutáneas en las áreas que tienen un contacto más directo con el absorbente, como son los genitales externos, las nalgas y las zonas perineales. Según su gradación se distinguen:
- **Eritema «en W»:** eritema en regiones glúteas, genitales y superficies convexas de los muslos, dejando libre generalmente el fondo de los pliegues.
- **Eritema confluyente:** eritema más vivo e intenso, con afectación de los pliegues y signos de exudación.
- **Dermatitis erosiva ('sífiloides de Jacquet'):** ulceraciones superficiales en sacabocados, salpicadas, en número reducido.
- **Dermatitis irritativa lateral:** es un tipo poco descrito, aunque frecuente, que muestra afectación en la zona lateral de las nalgas, en las áreas que corresponden a la parte del absorbente que carece de material absorbente, y en la que se produce un contacto directo y prolongado de la piel con el material plástico.
- **Dermatitis irritativa por químicos:** se produce una irritación cutánea primaria por la aplicación de sustancias antisépticas, detergentes, cáusticos o perfumes en la zona del absorbente.
- **Dermatitis irritativa perianal:** se debe a la irritación de la zona anal y perianal por el contacto prolongado o repetido con las heces y/o la fricción excesiva con productos de limpieza (toallitas, jabones, etc.).

Úlceras por presión (UPP) y las lesiones por humedad. Estas últimas se caracterizan por la presencia de humedad, siendo ésta la responsable de la presencia de eritema, maceración y excoiación de la piel, lo que puede confundirse con una UPP (que se define como un área de daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes causados por la presión, fricción, la cizalla o combinación de las mismas)^{1,13,14.}

La incontinencia sobre la piel fue monitorizado por *Defloor et al*¹²⁵, encontrando una alta incidencia de **eritema blanqueable**, en la región perineal. Siendo este **un marcador de riesgo elevado para el desarrollo de UPP, y otros desórdenes de la piel.**



*** Criterios de identificación las causas de lesión por incontinencia o presión**

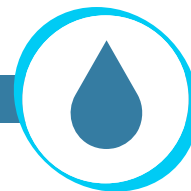
Para poder identificar estas lesiones por incontinencia y aprender como diferenciarles de UPP superficiales, la Gneaupp establece la siguiente tabla:

TABLA 12. CRITERIOS PARA IDENTIFICAR LAS CAUSAS POR LESIÓN POR HUMEDAD O PRESIÓN

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL PACIENTE	
Intenta determinar las causas de la lesión	
Busca la Historia (de la herida en los registros del paciente)	<ul style="list-style-type: none"> • Si la herida comenzó como una lesión grande y profunda, es improbable que sea una lesión por humedad. • Si la lesión se produjo después de un largo periodo de estar sometido a presión/cizalla (ej, cirugía, urgencias, radiología), incluso si la presión y/o la cizalla no están actualmente presentes, es probable que la lesión es una upp.
¿Que medidas se llevarán a cabo/qué cuidados se proporcionarán?	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesiones lineales superficiales son causadas quitando la pasta que se pega y no son a menudo ni upp ni lesiones por humedad. • Si la lesión no mejora a pesar de las medidas de alivio de la presión y los apósitos adecuados durante más de 7-10 días, y la humedad está presente, considere la posibilidad que la lesión es una lesión por humedad. • Si la lesión no mejora a pesar del uso de los productos barrera de la piel y del cuidado de la incontinencia/humedad durante más de 2 días, y la presión y/o la cizalla está presente, considere la posibilidad que la lesión es una upp Excluya la posibilidad de sensibilidad por contacto (ej, alergia al látex). Se recomienda una consulta dermatológica cuando hay duda sobre la diagnóstico de alergia por contacto.
¿Cuál es la condición de la piel en los diferentes puntos de presión?	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay una upp presente en algún punto de presión, es probable que la nueva lesión sea también una upp.



<p>Estudie si los movimientos, cambios de posición, etc, del paciente pueden haber causado la lesión</p>	<ul style="list-style-type: none">• Si el área afectada es un punto de presión, es probable que sea una upp.• Si el área afectada no es un área de presión, será improbable que sea una upp.• Si se ejerce fricción sobre una lesión por humedad, ésta resultará en una pérdida parcial de la piel en la que los fragmentos de piel estarán rotos y dentados.• La fricción continua causa abrasiones.• Si la cizalla deforma las capas de tejido superficial y profundo, una upp debería ser el resultado.• Si la lesión ocurre sobre el talón, chequee si la herida fue causada por:<ul style="list-style-type: none">- Presión y/o cizalla, será upp.- Movimiento, cambios, zapatos, será una abrasión no una upp.
<p>Si el paciente es incontinente, considere si la lesión es o no por humedad</p>	<ul style="list-style-type: none">• Si se han usado productos barrera en pacientes incontinentes, la posibilidad de que una nueva lesión sea por humedad está limitada.• Si los absorbentes o las compresas están saturadas a menudo, considerar la posibilidad de una lesión por humedad.
<p>Excluya otras posibles causas</p>	<ul style="list-style-type: none">• Algunas veces puede ser difícil diferenciar entre una lesión por humedad y una infección, además, caracterizadas por bordes irregulares y lesiones satélites. En estos casos, la situación clínica (fiebre, leucocitosis,) debería servir para diferenciar las lesiones por incontinencia.• Otras condiciones dermatológicas deberían considerarse cuando hay dudas sobre el diagnóstico entre upp y lesión por humedad. Se recomienda consultar al dermatólogo.



Parámetros adicionales	
Textura de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • El tejido muerto se siente como seco y coriáceo y no flexible.
Temperatura de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Compare la temperatura de la piel de los puntos de presión con la temperatura de la piel circundante. Este puede ser también un indicador para detectar las upp de estadio I en pacientes con piel oscura. - Si la temperatura es mayor que la del tejido circundante, la hiperemia está presente y la lesión es reciente. - Si la temperatura es menor que la del tejido circundante, el riego sanguíneo es limitado y la lesión no es reciente.
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • El dolor está descrito en el 37% al 87% de los pacientes con upp. Aun así, el dolor no es un criterio discriminante para las upp. • El dolor es causado: <ul style="list-style-type: none"> - Por irritación de las terminaciones de los nervios sensitivos y alrededor de la úlcera. - Cuando la úlcera se desbrida. - Cuando los dispositivos se aplican demasiado firmemente (ej, tubos, drenajes). - Cuando los apósitos se frotran contra la superficie de la herida. - Cuando se quitan los apósitos que se pegan a la superficie de la herida. • Los pacientes con upp experimentan tanto dolor agudo como crónico y se describe como una sensación sostenida de quemazón, picor, pinchazos, y zumbidos.

* Valoración de la piel expuesta a orina y heces: Indicadores y técnicas de medida.

• **Escala visual del eritema (EVE):63) basada en la escala internacional de la dermatitis de contacto de Quinn64, que presenta 5 grados¹²¹:**

- 0 = No eritema.
- 1 = Poco eritema (casi imperceptible)
- 2 = Eritema moderado (piel rosa)
- 3 = Eritema intenso (piel púrpura o roja)
- 4 = Piel rota o abrasión.



Las pruebas realizadas por Lahti et al.⁶⁵ en 1993 demostraron una adecuada correlación entre la escala visual del eritema y un colorímetro específico de fibra óptica para medir el eritema (Diastron Erythema meter).

• **Escala de medida de la lesión perineal (Perineal Assessment Tool – PAT-)**

FIGURA 6. ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR INCONTINENCIA

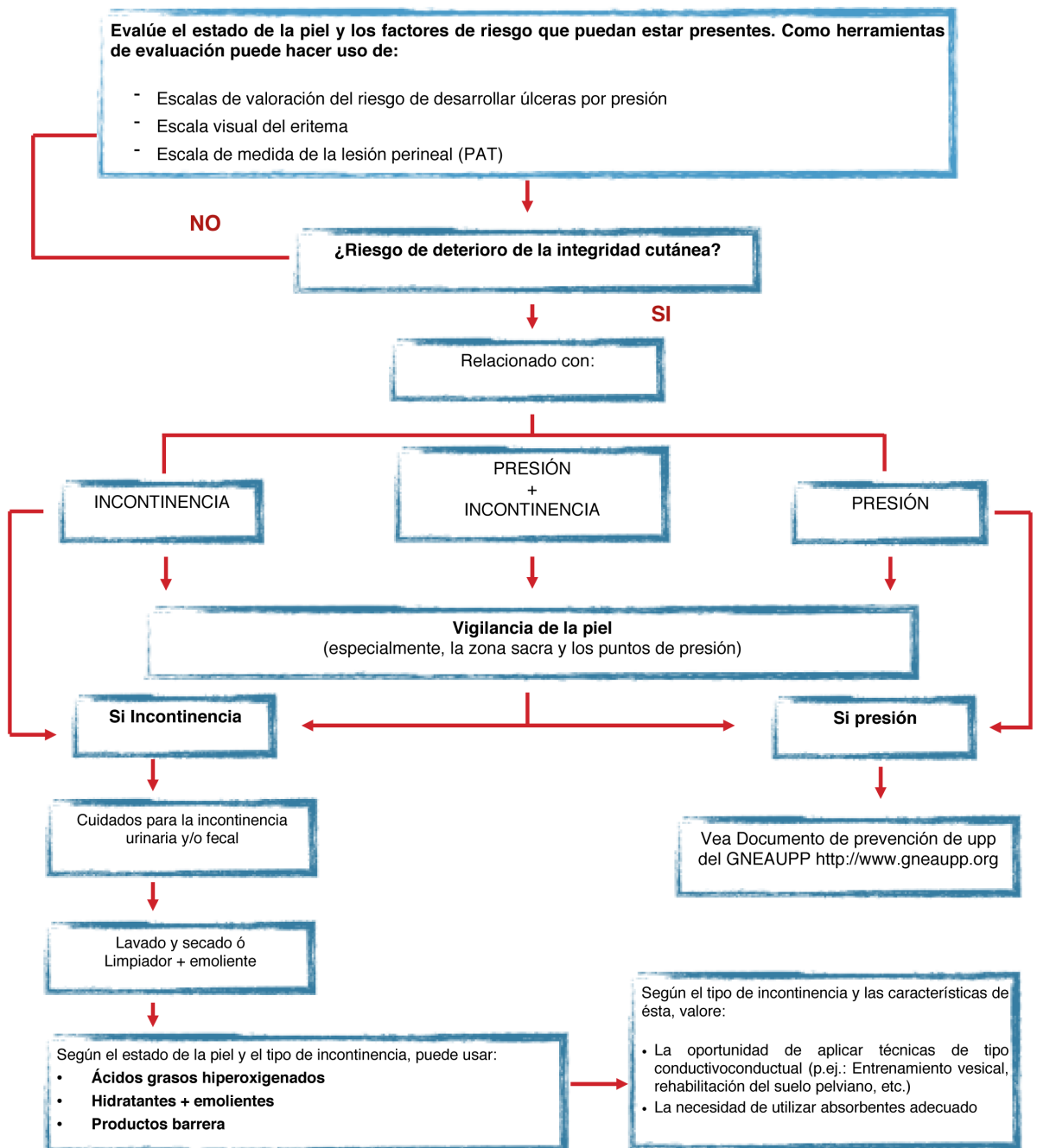


Figura 6. Algoritmo de prevención de las úlceras por incontinencia. García Fernández F et al¹²¹



FIGURA 7. ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR HUMEDAD

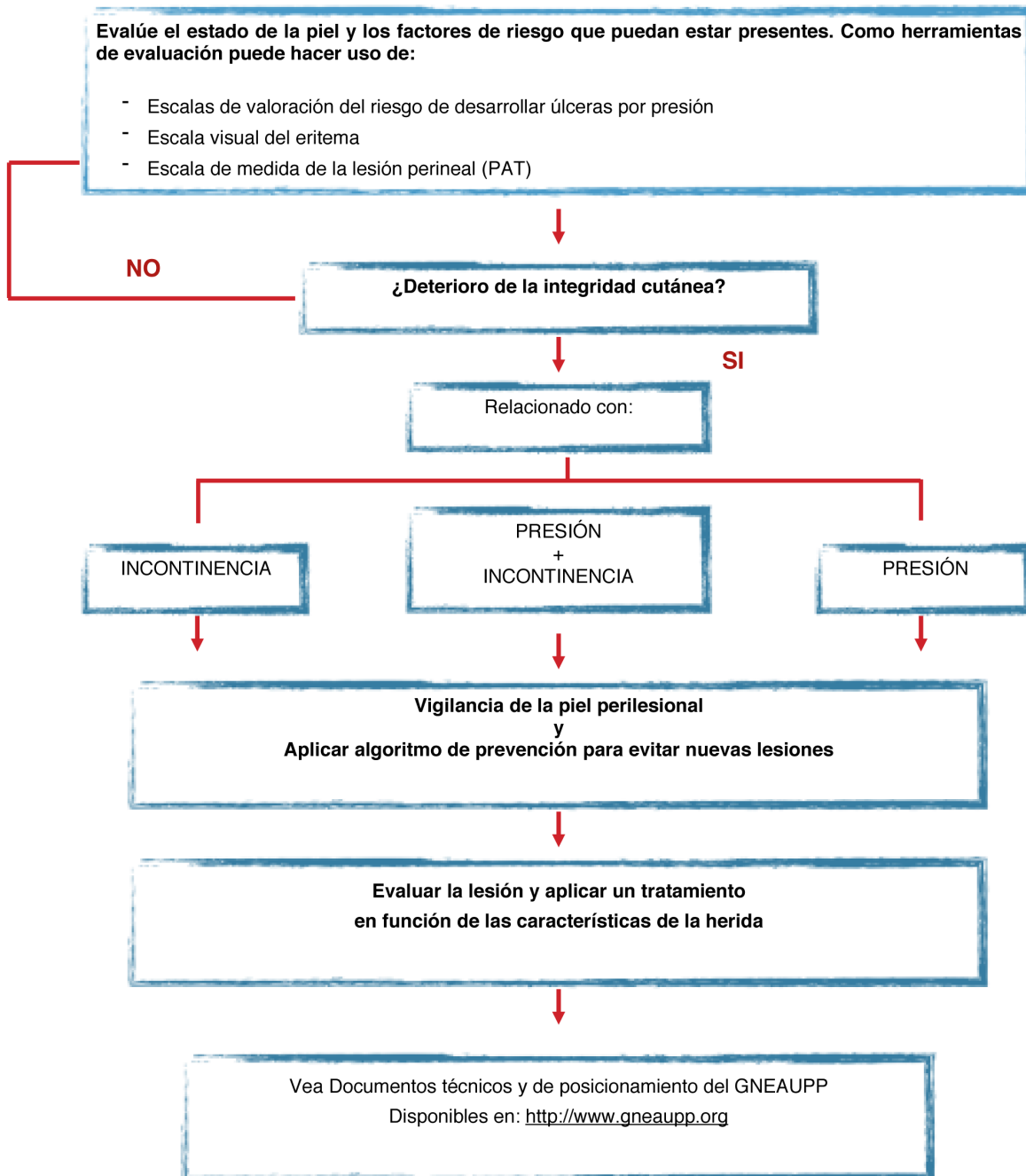


Figura 7. Algoritmo de prevención de las úlceras por humedad. García Fernández F et al¹²¹



- **Infecciones secundarias del tracto urinario (ITU).**

La infección del tracto urinario constituye la causa más frecuente de infección nosocomial y representa el 25-30 % de las infecciones adquiridas en el hospital. La infección del tracto urinario se puede definir como la presencia de microorganismos en la orina que son capaces de invadir el tracto urinario o sus estructuras adyacentes, y que no son producto de contaminación de la muestra. Estas ITU pueden adquirirse de formas diferentes: ascendiendo por la uretra, por vía hemática o por vía linfática.

En las mujeres la poca longitud de la uretra y su proximidad al área perirectal facilita la colonización de la uretra. En la vejiga, gracias a los nutrientes de la orina y a las condiciones de temperatura y pH, los microorganismos se multiplican rápidamente y pueden ascender a uréteres y riñones.

Además los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, las enfermedades concomitantes, la desnutrición, los déficits cognitivos, la incontinencia urinaria y fecal, el uso de catéteres permanentes y la inmovilidad son factores que aumentan el riesgo de desarrollar ITU sobre todo en la población anciana¹²⁶. La transmisión de bacterias durante la atención de incontinencia también se ha asociado con la ITU¹²⁶.

Mejorar la higiene de las manos entre el personal de las instituciones y cuidadores es uno de los métodos más importantes y efectivos para reducir la transmisión de microbios patológicos por parte de las manos¹²⁶.

Algunos autores han sugerido que las almohadillas absorbentes podrían desempeñar un papel en la patogénesis de las infecciones urinarias en personas con incontinencia¹²⁶. De hecho, en el estudio de *Ragnhild Omlie et al*¹²⁶, en sus conclusiones finales asoció el mal uso de absorbentes a un mayor riesgo de desarrollar ITU.

Una vez analizados los principales riesgos asociados al uso de los AIU, así como las indicaciones y criterios de uso de este tipo de productos. Pasaremos a desarrollar la prescripción enfermera en relación a los AIU, que viene descrita en el **Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.**



13.8. USO DE INDICADORES CLAVES PARA GARANTIZAR LA MEJORA DEL CUIDADO DE LA CONTINENCIA

El uso de indicadores de seguimiento de resultados en salud es una herramienta imprescindible a la hora de garantizar el cuidado de las personas con incontinencia. En el estudio *“Development of quality outcome indicators to improve the quality of urinary and faecal continence care”* publicado en Junio de 2018, se presentan los catorce indicadores de seguimiento que mayor impacto tendrían en resultados en salud:

1. Proporción del personal con las habilidades necesarias para llevar a cabo una evaluación de la continencia e iniciar un plan para ir al baño y tratar la continencia.(estructura)
2. Proporción de personas con incontinencia que reciben protectores junto con una valoración documentada y formulación de una planificación para ir al baño y tratar la continencia (proceso)
3. Número medio de días desde la derivación hasta la valoración para personas con incontinencia que requieren de una planificación para ir al baño y tratar la continencia (proceso)
4. Proporción de personas cuya estrategia para ir al baño y de contención se revisa (proceso)
5. Proporción de personas con incontinencia que reciben formación sobre planificación para ir al baño y tratar la continencia (proceso)
6. Proporción de personas con incontinencia que se consideran aptas para una de una planificación para ir al baño y tratar la continencia a las que se les ofrece una selección de productos tras haber realizado la valoración de la incontinencia*(proceso)
7. Proporción de personas dependientes con incontinencia que reciben una planificación para ir al baño y tratar la continencia y que son capaces de gestionar su incontinencia de manera independiente (resultado)
8. Proporción de personas con incontinencia y dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) que reciben una planificación para ir al baño y tratar la continencia (resultado)
9. Proporción de personas con incontinencia con una sonda permanente para gestionar la incontinencia (resultado)
10. Proporción de personas con incontinencia gestionada mediante una planificación para ir al baño y tratar la continencia que afirman tener niveles de acceso “buenos” o “aceptables” y ayuda en el acceso a instalaciones de aseo en su vida diaria (resultado)
11. Personas con incontinencia gestionada mediante una planificación para ir al baño y tratar la continencia que afirman tener un bienestar emocional continuo o mejorado* (resultado)
12. Proporción de personas que gestionan la incontinencia con una planificación para ir al baño y tratar la continencia que pueden seguir trabajando o realizar trabajos (resultado)
13. Proporción de familiares cuidadores de personas con incontinencia que declaran un bienestar emocional de nivel aceptable (resultado)
14. Coste de ingresos y reingresos hospitalarios relacionados con una mala gestión de la planificación para ir al baño y tratar la continencia (resultado)



14. PRESCRIPCIÓN Y VISADO DE ABSORBENTES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA.

Los AIU pueden prescribirse en receta médica oficial u orden de dispensación de enfermería aquellos absorbentes para la incontinencia con cupón-precinto de la Seguridad Social. La prescripción precisa de visado previo a su dispensación.

La prescripción debe ser hecha por un profesional sanitario habilitado del Servicio de Salud para las personas en los que la situación clínica justifique la existencia de una incontinencia de orina, siempre que se descarten previamente otros medios para el manejo de la misma.

El criterio de selección del tipo y la pauta de absorbente se basará en el grado de incontinencia del paciente y en su situación clínica global, toda vez que la diuresis media diaria de una persona adulta es de 1,5-2 litros.

El profesional sanitario que inicie la prescripción debe adjuntar, además de la receta un informe clínico oficial, de acuerdo con el modelo normalizado, para la homologación sanitaria de recetas, establecido por la Orden del 30 de mayo del 2003, que tiene un plazo de validez de un año y debe contener los siguientes datos mínimos: identificación del paciente, identificación del prescriptor y prescripción (cuadro clínico, diagnóstico, tipo de absorbente, número de absorbentes/día y duración del tratamiento previsto).

El número de envases y de recetas a prescribir para cada homologación se determinará en función de la posología indicada y de las posibilidades de acceso del paciente al tratamiento, garantizando un tiempo razonable de tratamiento, pero evitando que el usuario acumule una cantidad excesiva del producto en su domicilio.

La receta deberá indicar con claridad: el absorbente recetado de acuerdo con el grado de absorción (día, noche, supernoche), la forma de este (rectangular, anatómico, anatómico con elásticos), así como la talla (si es el caso) y el tamaño del envase (20, 40, 60 y 80 unidades).



14.1. ALGORITMO DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

FIGURA 8. ALGORITMO DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

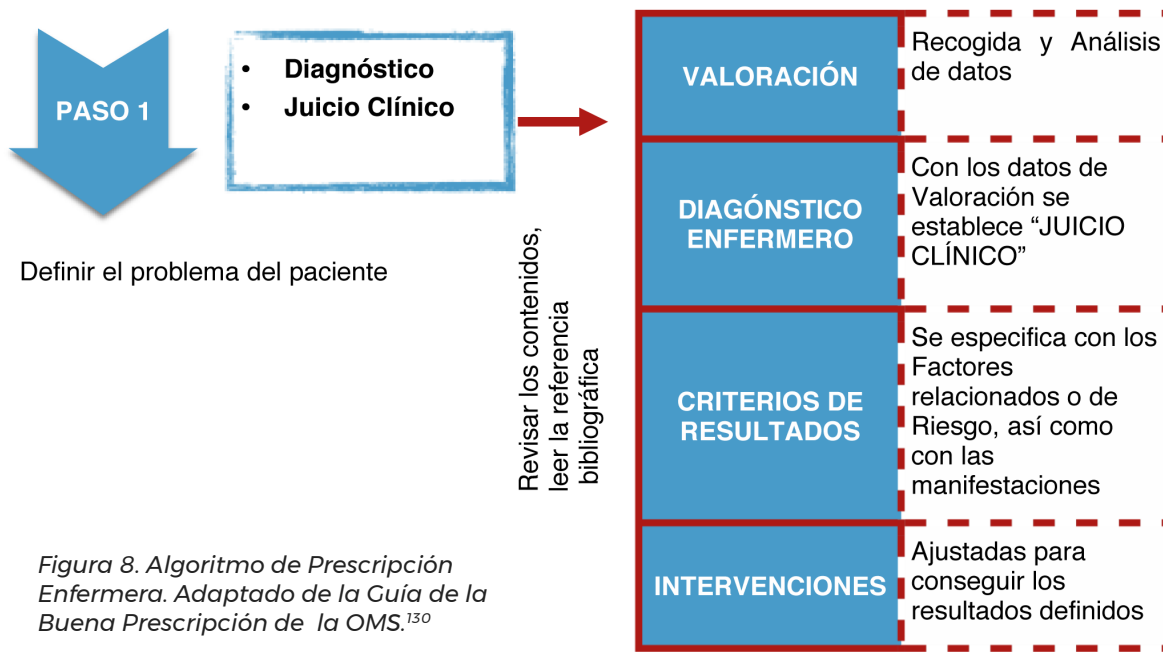


Figura 8. Algoritmo de Prescripción Enfermera. Adaptado de la Guía de la Buena Prescripción de la OMS.¹³⁰

Una vez visto el algoritmo de prescripción enfermera, nos disponemos a aplicar este para los AIU con un instrumento práctico que le permita actuar al personal enfermero a actuar en pacientes con incontinencia urinaria (IU), con el fin de promover y ofrecer respuestas adecuadas a sus necesidades.

Paso 1. Será el de realizar una valoración enfermera. En este mismo paso se utilizará esta valoración para establecer el diagnóstico de incontinencia urinaria que presente el paciente, utilizando el algoritmo para el diagnóstico de enfermería desarrollado por Juan Carlos Morrilla (fig. 1)

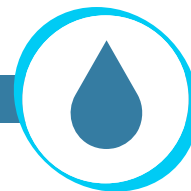
Paso 2. Atendiendo a la situación de salud del paciente (tipo de invalidez funcional, descrito en el apartado 13.6 de esta guía) y relacionando sus pérdidas (Tipo y severidad de incontinencia). Determina el objetivo terapéutico, que en este caso para estos productos es un tratamiento paliativo de la incontinencia. (Véase Tabla 13 Relación Nivel funcional pacientes / Nivel pérdidas)

Paso 3. Tras la valoración de la situación global de la persona con incontinencia, seleccionaremos en función de las características y tipos de AIU el más apropiado de manera individualizada, consensuándolo con la persona con incontinencia o su cuidador a quien previamente hemos informado de las diferentes soluciones. Valorando también el establecer un plan de cuidados que tenga en cuenta los riesgos / beneficios del uso de otras técnicas o terapias complementarias como técnicas conductuales, educativas, sondajes intermitente etc.



TABLA 13. CUADRO ORIENTATIVO PARA SELECCIÓN DE ABSORBENTE

PACIENTE CON AUTONOMÍA (Nivel 0)	NIVEL DE PÉRDIDAS	USO DIURNO	USO NOCTURNO
	Pérdidas de goteo (no financiados)	Compresas femeninas / masculinas	Compresas femeninas/ masculinas
	Pérdidas leves	Rectangulares Anatómico día Pants día	Anatómico día/ noche Pants día/noche
	Pérdidas moderadas	Anatómico día Anatómico elástico día Pants día	Anatómico elástico día/noche Pants día/noche Anatómico cinturón noche
	Pérdidas abundantes (situaciones especiales)	Anatómico día/ noche Anatómico elástico día/noche Pants día/noche Anatómico cinturón noche	Anatómico elástico noche/ supernoche Anatómico cinturón noche/ supernoche



PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA (Nivel 1,2 y 3)	NIVEL DE PÉRDIDAS	USO DIURNO	USO NOCTURNO
	Pérdidas de goteo (no financiados)	Absorbentes Compresas femeninas / masculinas	Absorbentes Compresas femeninas/ masculinas
	Pérdidas leves	Anatómico día Anatómico elástico día Pants día	Anatómico noche Anatómico elástico día/noche Pants día/noche
	Pérdidas moderadas	Anatómico día Anatómico elástico día Pants día	Anatómico supernoche Anatómico elástico noche/ supernoche Pants día/noche Anatómico cinturón Noche
	Pérdidas abundantes (situaciones especiales)	Anatómico día/ noche Anatómico elástico día/noche Pants día/noche Anatómico con cinturón noche	Anatómico elástico noche/ supernoche Anatómico cinturón noche/ supernoche



	NIVEL DE PÉRDIDAS	USO DIURNO	USO NOCTURNO
PACIENTE SIN MOVILIDAD (Nivel 4)	Pérdidas de goteo (no financiados)	Absorbentes Compresas femeninas / masculinas	Absorbentes Compresas femeninas/ masculinas
	Pérdidas leves	Anatómico día Anatómico elástico día Pants día	Anatómico noche Anatómico elástico noche Anatómico cinturón noche
	Pérdidas moderadas	Anatómico día/ noche Anatómico elástico día/noche Anatómico cinturón noche	Anatómico noche Anatómico elástico noche/ supernoche. Anatomico con cinturón noche/ supernoche
	Pérdidas abundantes (situaciones especiales)	Anatómico noche Anatómico elástico noche Anatómico con cinturón noche	Anatómico elástico noche/ supernoche Anatómico con cinturón noche/ supernoche



Paso 4. La pauta terapéutica se deberá adaptar a las necesidades individuales de la persona con incontinencia

La cantidad de absorbentes al día y su absorción (día, noche o supernoche) se fijará en base a dichas necesidades individuales siendo lo más habitual entre 1 y 4 absorbentes cada 24 horas incluyendo un máximo de un absorbente supernoche para su utilización en horario nocturno.

Según el Decreto 244/2003, del 24 de abril, de homologación sanitaria de recetas oficiales para la prestación farmacéutica, los absorbentes urinarios necesitan una homologación sanitaria tras su dispensación, con el objeto de valorar la necesidad de su prescripción.

Paso 5. En este apartado tendremos en cuenta sobre todo los riesgos asociados a los AIU (apartado 13.7), para explicar sobre sus posibles riesgos, y el uso de otros tratamientos en caso de posibles complicaciones.

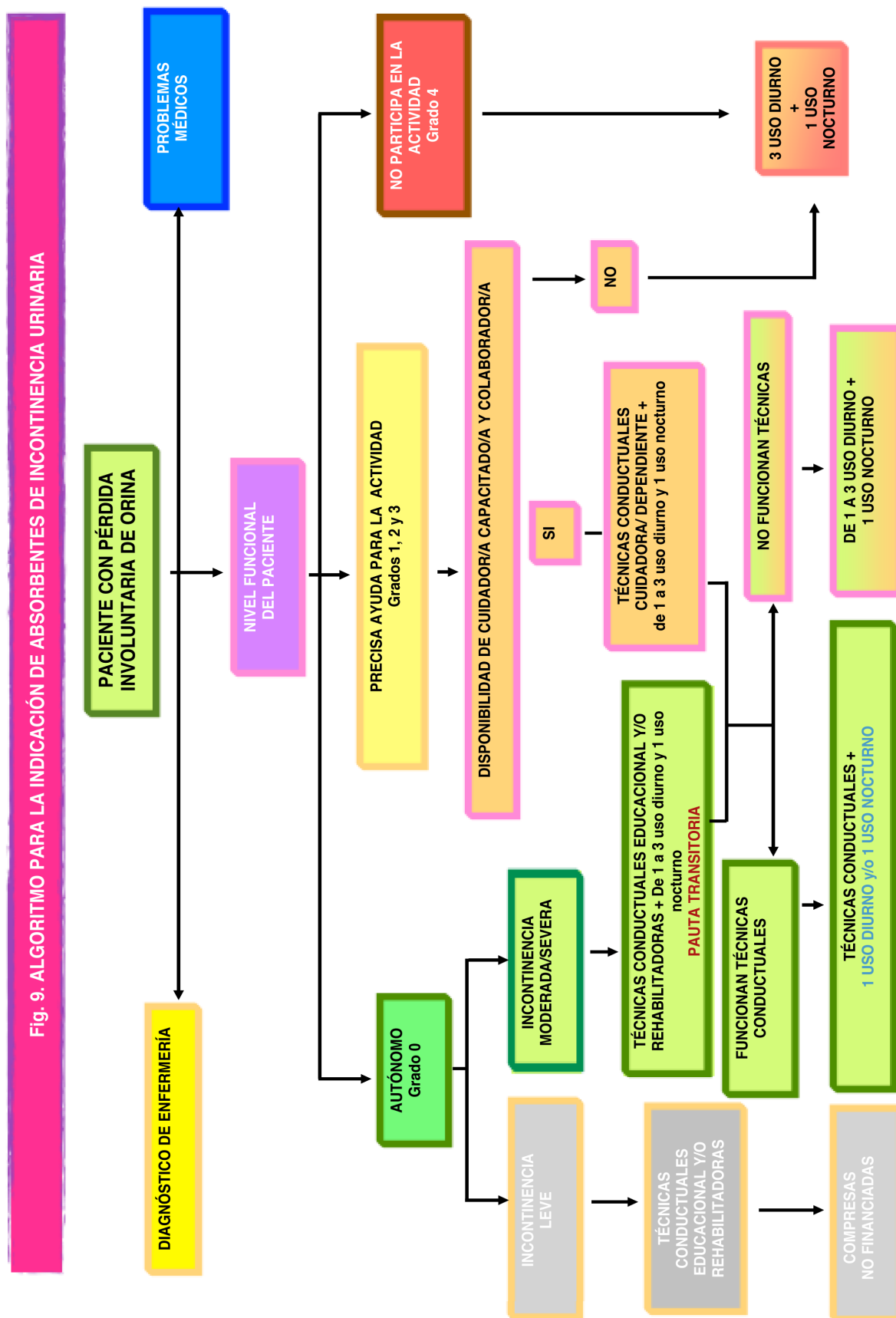
Paso 6. Se realizará una evaluación continua sobre el uso del producto durante todo el proceso asistencial prestado al paciente.

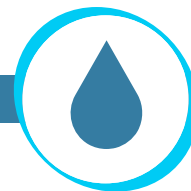
Se recomienda realizar la primera revisión a los 15 días para asegurarnos la eficacia de la pauta establecida y tras la misma valorar a los tres meses y semestralmente ya que la situación de la persona puede variar y precisar ajuste de la pauta.

A continuación, para facilitar la indicación del absorbente y la actuación en relación a la prescripción enfermera de los AIU, se muestra el siguiente algoritmo:



FIGURA 9. ALGORITMO PARA LA INDICACIÓN DE ABSORBENTES. Burgos Sánchez, J.¹¹⁷





La diversidad de absorbentes que existen en el mercado con variada y confusa nomenclatura origina frecuentes errores tanto en la prescripción como en el visado, y dispensación con las consiguientes molestias para el paciente, y el coste adicional que conlleva estas situaciones. Además, no todas las marcas comerciales disponen de toda la variedad de absorbentes que existen, lo que provoca a veces una diferencia entre el absorbente prescrito, el visado y el dispensado en las farmacia. Para evitar estos problemas, la receta médica o de enfermería debe incluir los siguientes datos mínimos:

- **Nombre del absorbente** (comercial o genérico): Absorbente de Incontinencia urinaria.
- **Capacidad de absorción:** día, noche o supernoche
- **Tipo:** rectangular, anatómico, anatómico con elásticos, anatómico con cinturón o pants.
- **Talla: única, pequeña, mediana o grande.**
- **Número de unidades/ envase:** 80.

El número total de envases prescritos podrá ajustarse según la posología y modelo autorizado hasta un máximo de 80 días en prescripción tradicional, o 320 días en caso de prescripción electrónica. Esta última tiene ventajas para el paciente y el profesional, ya que evita realizar periódicamente la prescripción y el trámite del visado, evitando visitas al centro de salud.

14.2 VISADO

El Coordinador de Cuidado de cada unidad de gestión, o enfermero en que se delegue, será el responsable de la autorización del visado de cada centro con las siguientes responsabilidades:

- **En caso de prescripción por 1ª vez o nuevo informe,** deberá comprobar que el informe se ajusta al producto establecido. En caso de considerar insuficiente la información aportada, se devolverá la documentación al profesional que emite el informe para que se complete.
- **Antes de visar una prescripción,** deberá comprobar el tipo y cantidad de absorbentes recetados coincide con lo autorizado en el informe, y que corresponde el visado teniendo en cuenta la fecha de la última receta visada.
- **En el caso de prescripción en receta tradicional,** deberá llevar el registro de recetas visadas para cada paciente, que permita comprobar cuándo le corresponde la siguiente prescripción.
- **En el caso de prescripción por Receta electrónica,** el responsable del visado de cada unidad recibirá copia de la “Hoja de Instrucciones al paciente Receta Médica Electrónica Visado”, a través del procedimiento establecido en cada centro. Si la prescripción se ajusta a lo autorizado para ese paciente, autorizará la prescripción a través del Módulo de Visado. Si no es así se devuelve la prescripción al profesional prescriptor para que la modifique.



15. ERRORES MÁS FRECUENTES Y RECOMENDACIONES DE LA ELECCIÓN Y USO

En cuanto a la elección

- **Utilizar absorbentes de talla excesiva, con el fin de lograr una mayor absorción**, ya que no existe relación entre ambas. Determinaremos la talla con la complejión física de la persona incontinente (ver cuadro assesment apartado 14) . Existe la creencia que a mayor talla mayor absorción, sin embargo en cada talla existe absorciones diferentes (ver tabla 11) Al utilizar una talla mayor a la complejión física de la persona incontinente aumentamos el riesgo de derrames con el consiguiente deterioro de la Calidad de Vida de la persona y el aumento de consumo.
- **Elegir absorbentes supernoche durante el día para evitar cambios**. Los absorbentes supernoche se utilizarán en el periodo nocturno o en aquellos casos que por comorbilidad lo requiera (ver apartado 14).
- **Indicar absorbentes supernoche cuando hay incontinencia fecal y urinaria**, en cuyo caso no es necesaria una mayor absorción, sino aumentar la frecuencia de cambios.

En cuanto a la utilización

- Utilizar dos absorbentes superpuestos (generalmente uno de tipo rectangular dentro de un anatómico), con la creencia de que esto proporciona una mejor protección.

La utilización de dos absorbentes provoca:

- Incrementa el riesgo de derrames, por lo que se hacen más cambios y cambio de ropa.
- Aumenta la temperatura.
- Provoca infecciones.
- Rotura de piel por fricción.

Potenciar la forma de cuenco

Doblar longitudinalmente el absorbente; no sacudirlo ya que desplazamos el núcleo y desaparece la forma de cuenco, incrementando el riesgo de derrames

Ajustar el absorbente en la zona de la ingle Potenciando la forma de cuenco, ajustar las barreras antifugas a la ingle para evitar derrames.

Colocar y retirar el absorbente de la parte más limpia hacia la parte más sucia, con esta práctica evitaremos bacteriuria y Vaginitis (apartado 15).

Utilizar el Indicador de Humedad al realizar los cambios de esta manera no molestaremos innecesariamente a la persona incontinente y contribuiremos a controlar el gasto. (apartado 15).



16. PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria no aparece sólo en personas mayores es un problema mucho más frecuente de lo que la gente cree, que provoca problemas higiénicos, sociales y psicológicos.

Deberíamos afrontar la prevención de la incontinencia urinaria teniendo en cuenta que puede aparecer en diversas y distintas patologías, por lo que es difícil proporcionar una prevención directa contra la misma.

Su prevención, al igual que en el resto de los trastornos sanitarios, es fundamental.

Como inicio y de forma general deberíamos:

- Mantener una actitud de continencia.
- Seguir una vida lo más saludable posible.
- Seguir medidas profilácticas frente a las enfermedades y alteraciones causantes de incontinencia urinaria.

En la mujer el riesgo de incontinencia de esfuerzo es alto. Deberíamos por ello tomar medidas de prevención generales y aquellas específicas para este tipo de incontinencia.

- Seguir una dieta equilibrada y evitar la obesidad.
- Regular hábitos intestinales.
- En la menopausia valorar la terapia hormonal sustitutiva.
- Correcta preparación parto.
- Continuar con actividades y ejercicios específicos postparto.
- Practicar ejercicios para el fortalecimiento de los músculos pélvicos.
- Evitar prácticas deportivas que requieran saltos e impactos.
- Evitar prendas muy ajustadas.



En el hombre la aparición de incontinencia urinaria suele estar ligada estrictamente a la hipertrofia prostática. Las medidas a tener en cuenta son:

- No retardar ni posponer la micción.
- No abusar del alcohol, especias ni picantes.
- Precaución con ciertas medicaciones.
- Evitar el estreñimiento.
- Evitar la sedestación prolongada.
- No montar en motos y caballos.
- Prevenir infecciones urinarias.
- Evitar las relaciones sexuales forzadas.

En la persona mayor, el colectivo más afectado por esta dolencia, debemos:

- No considerar la incontinencia como un proceso normal del envejecimiento.
- Posibilitar el máximo de autonomía, evitando el deterioro físico y mental: fomentando la actividad social, sentimiento de utilidad, actividad física, etc.
- Fomentar rutinas para acudir al servicio, facilitando el acceso, usando ropa fácil de quitar y cuidando el estado de los pies.
- Controlar la hiperglucemia.
- Controlar y tratar las infecciones urinarias.
- Evitar el estreñimiento: comidas no muy copiosas, de fácil masticación y ricas en fibra. Es necesario asegurar una adecuada ingesta de líquidos.
- Revisar periódicamente el tratamiento farmacológico.
- Mantener una actitud de continencia



17. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PERSONA INCONTINENTE

La incontinencia urinaria se convierte en causa directa de la desvalorización personal, atentando contra la autoestima y favoreciendo el apartamiento social y las dificultades de relación. La incontinencia urinaria supone en todos los casos la incapacidad de controlar una parte de uno mismo.

Normalmente esto aparece en un estadio de la vida en que ya había adquirido ese control; por tanto, supone una regresión. Además de las alteraciones físicas que conlleva, la incontinencia es causa de dolor psíquico.

Quienes la padecen sienten vergüenza y esto hace que la persona oculte su problema prescindiendo de buscar ayuda.

El grado de sufrimiento psíquico depende:

- **De la etiología de la enfermedad.**
- **De la personalidad del paciente.**
- **De la estabilidad psíquica.**

Es importante prestar ayuda al incontinente con la finalidad de que las repercusiones tanto sociales como psicológicas, sean mínimas. La incontinencia supone una modificación de:

- **El esquema corporal:** Es el soporte de nuestra realidad externa y el mediador organizado de nuestra relación con los demás (“cómo nos ven los demás”).
- **La imagen corporal:** Representa la imagen interna que tenemos acerca de nosotros mismos (“cómo nos vemos a nosotros mismos”).
- **El nivel de autonomía.**
- **La autoestima personal.**

Todo ello acarrea un distanciamiento social que provoca a la persona incontinente soledad, aislamiento, depresión y ansiedad.

¿Qué siente la persona incontinente? Vergüenza y humillación ante el cambio que le toca vivir, protegiéndose en la ocultación y negación del problema, ridículo, culpabilidad, soledad, suciedad, sensación de que se acaba la vida.



Pero si la incontinencia aparece en la última etapa de la vida, como es lo más frecuente, ésta es además una etapa de deterioro físico y mental, lo que repercute directamente en el individuo, en su nivel de autonomía física, social y psíquica:

- **Autonomía física.** La tercera edad es una etapa de pérdidas físicas debido al envejecimiento de las células, los órganos y los aparatos, con los consiguientes cambios funcionales. Si a todos estos cambios le añadimos la I.U. ésta se convierte en una dificultad más que “incrementa la falta de autonomía y la dependencia”.
- **Autonomía social.** La etapa de la jubilación es una etapa en la que la persona se siente inútil, cualquier dificultad añadida como la falta de salud o la incontinencia contribuyen a configurar el “rol social pasivo”.
- **Autonomía psíquica.** Las progresivas pérdidas que la persona va experimentando provocan un estado de frustración, ya que si a las carencias que le vienen impuestas, le añadimos la incontinencia, el temor hace presa del anciano, lo que le provoca inseguridad. El anciano se ve obligado a replantearse por completo su vida, aprender nuevas formas, aceptar nuevos esquemas corporales, sociales y psicológicos.



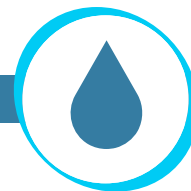
18. ACTIVIDADES ASISTENCIALES

Toda persona incontinente debe ser valorada y considerada para su tratamiento, y teniendo en cuenta que la repercusión de la incontinencia no está relacionada directamente con el grado de severidad de la misma, sino que su impacto difiere para cada individuo de diferente forma en su esfera física, mental y social, deberemos llevar acabo las siguientes actividades:

- **Crear un ambiente de confianza**, comprensión y afecto, favoreciendo la adaptación a la nueva situación.
- **Aumentar la autoestima**, proporcionando apoyo, escuchándolo, estimulándolo para que exprese sus sentimientos y tranquilizándolo.
- **Fomentar su responsabilidad y el sentimiento de utilidad**, desechando el rol social pasivo que en muchas ocasiones, si es anciano, se ve obligado a desempeñar, lo que le provoca sentimiento de frustración.
- **Explicar e informar tanto sobre la propia alteración**, como del tratamiento a seguir, posibilidades de éxito, material existente, forma de utilización, etc.
- **Seguir una dieta equilibrada**: debemos evitar el sobrepeso y el estreñimiento asegurándonos de que realiza una adecuada ingesta de líquidos (aproximadamente dos litros diarios). La falta de líquidos hace que la vejiga no se distienda y pierda capacidad, la orina también es más concentrada y eso puede irritar la mucosa vesical.
- **Revisar regularmente el tratamiento farmacológico**. Algunos fármacos inciden directamente sobre la vejiga; es el caso de los hipnóticos, diuréticos, sedantes, etc. En muchas ocasiones esta medicación fue prescrita hace tiempo y ya no se necesita.
- **Tratar el estreñimiento**: el cúmulo de heces en el recto presiona directamente sobre la vejiga.
- **Controlar las infecciones urinarias**: uno de cada cinco ancianos, especialmente mujeres, sufren infecciones urinarias repetitivas sin clínica aparente.
- **Evitar el sondaje permanente**: la sonda supone una puerta de entrada bacteriana, produciendo infecciones que podrían llegar a fracaso renal, agravando los problemas vesicales y de esfínteres.
- **Evitar la hospitalización**, el cambio de hábitat, ya que la desorientación es una causa de incontinencia.



- **Fomentar al máximo la actividad para reducir al mínimo la incapacidad**, evitar el encamamiento o que sea lo más corto posible. Posibilitar la autonomía, detectando y controlando los factores de riesgo, ayudándose del material accesorio necesario, un buen calzado, podología, andadores...
- **Facilitar el acceso al aseo.**
- **Facilidad en el vestuario**, usando ropas anchas con tiras adhesivas o gomas de fácil manejo.
- **Proporcionar un sistema de aviso eficaz** y acudir rápidamente a las llamadas.
- **Tener una buena higiene**, manteniendo al incontinente siempre limpio y seco, ya que está demostrado que sintiéndose sucio y mojado hay más incidencia de incontinencia por disminución del interés por mantenerse seco, además se previenen así posibles maceraciones e infecciones.
- **Cinesiterapia**, ejercicios para recuperar el tono muscular.
- **Entrenamiento vesical** en aquellos casos sensibles de mejora.
- **Tratamiento paliativo** mediante dispositivos siempre y cuando sea necesario.



19. INNOVACIÓN DE LOS ABSORBENTES DEL SIGLO XXI

En la actualidad, los sistemas innovadores de telemonitorización inalámbrica tiene el potencial de cambiar significativamente la gestión y administración de la continencia urinaria (CU), sobre todo en las personas que viven con demencia en áreas residenciales socio-sanitarias. Lo que conducirán a una mejor calidad de vida para personas mayores y el personal de atención, consiguiendo una mejora en los costos hacia una atención más eficaz y eficiente. Lo que permitirá el ahorro de tiempo, que sean más preciso, y aumenten la dignidad de las persona involucradas en los planes de atención centrándolo en la persona. Pues los cuidados de la incontinencia representa un 60 % del tiempo total de enfermería dentro de las residencias¹²⁷.

Además, el problema Incontinencia Urinaria (IU) representa según una revisión de los Equipos de Evaluación de Cuidados Ancianos en Australia que el 87% de las enfermeras registraron la incontinencia como una razón “significativa” para la reubicación en Centros de mayores. Y es que la incontinencia puede llevar a una pérdida de independencia, aislamiento y vergüenza, lo que resulta en una baja autoestima, soledad y sentimientos de depresión. Por lo que la innovación se está centrando en el manejo efectivo de la IU, ya que es importante para promover la salud y el bienestar de las personas y reducir los costos asociados con la atención de continencia por los servicios de atención.

Por lo que para una buena gestión resulta interesante que el personal de atención registre información específica (tiempos de episodios de IU, tiempos de uso del inodoro, vacíos exitosos o infructuosos en un inodoro, la ayuda, la ingesta de líquidos). Esto permite realizar un plan de atención más individualizado y centrado en la persona.

Así, la innovación tecnológica es el camino a mejorar esta gestión sobre la continencia ofreciendo a través del internet de las cosas (los absorbentes en nuestro caso) registros de datos para evaluar con precisión el patrón natural de evacuación de la vejiga en cada persona, y brindar una atención personalizada sobre la continencia urinaria. Integrando un programa de asistencia para el uso del inodoro. En el que ya existen estudios que han demostrado los beneficios de la tecnología en la evaluación y gestión de la Continencia Urinaria⁴⁶

Estos estudios utilizaron un dispositivo de monitoreo a través de una pequeña placa sensible a la humedad (sensor) colocada dentro de una almohadilla desechable absorbente. Este sensor se comunicaba a un dispositivo de monitoreo portátil enviando alerta cuando la persona estaba incontinente.

La supervisión de los tiempos permitió determinar e identificar los patrones urinarios de forma individual con precisión. Se enseñó al personal el conocimiento generado para identificar los tiempos óptimos para ayudar a la persona a ir al baño.

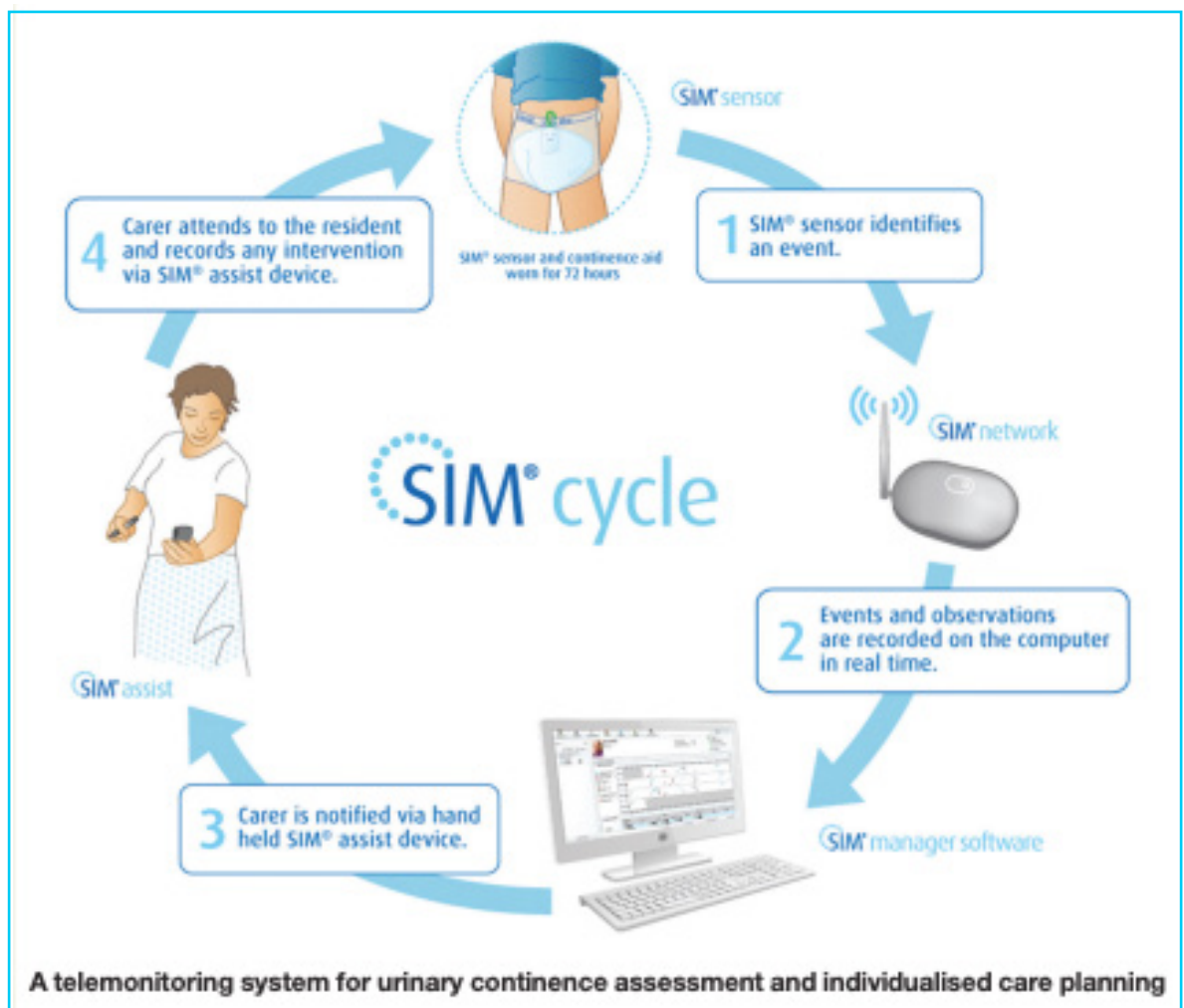
Consiguiendo que los episodios de IU se redujeran un 86%. Dónde la población que se beneficio fue principalmente personas que no podían comunicar sus necesidades de aseo, personas dependiente de su asistencia; y personas mayores con función cognitiva alterada que cumplen razonablemente con el uso del baño.



Otro estudio¹²⁸ se desarrolló un sistema inteligente de gestión de continencia inalámbrica para residencias socio-sanitarias y hospitales. El objetivo del estudio era alertar al personal de atención sanitaria para que realizara los cambios de absorbentes de manera automatizada y oportuna para reducir los riesgos de los absorbentes (dermatitis, lesiones por humedad...). Este sistema alertaba al personal de episodios de Incontinencia a través de tecnología inalámbrica a un sistema de administración central inteligente.

Esta información ayudó al personal a saber cuándo cambiar la almohadilla o ayudar a una persona a ir al baño, independientemente de su capacidad de comunicar la necesidad. Este sistema consta de tres componentes: un sistema de detección de incontinencia y un “absorbente inteligente”, una red de sensores inalámbricos de malla y un software de administración central inteligente. El objetivo de este sistema era proporcionar diarios precisos de micción para mejorar el entrenamiento de hábitos como un programa de asistencia para ir al baño. Yu et al¹²⁹ evaluaron un nuevo sistema de telecontrol inalámbrico llamado SIM (Smart Incontinence Management) para informar la planificación de atención de Continencia Urinaria en personas mayores, y así realizar planes de cuidado individualizados.

FIGURA 10. ALGORITMO DE SISTEMA DE TELECONTROL INALÁMBRICO





Otra de las innovaciones que presentarán los absorbentes de incontinencia urinaria, es el hecho de que los portadores que usan estos productos tienen un alto riesgo de producirse infecciones secundarias del tracto urinario, y el grave problema es la contaminación de las muestras de orina tanto en bebés y ancianos, siendo tan común que el personal facultativo prescribe antibióticos de amplio espectro de manera profiláctica, pudiéndose generar resistencia a los antibióticos por lo que la innovación tecnológica ha desarrollado una almohadilla de microfibras, que puede extraer muestras estériles, este ha sido desarrollado por el *programa BioDesign: Innovación Médica de la Universidad Hebrea de Jerusalén*, a través de UCap, una plataforma de recolección de orina de microfibras no invasiva.

La almohadilla innovadora contiene paquetes de microfibras de vidrio hueco que extraen rápidamente muestras de orina de las almohadillas absorbentes en segundos, mientras que el resto de la orina es absorbido por una matriz de polímero.

Así se evita la contaminación cruzada de las muestras por contacto con la piel o la materia fecal, permitiendo así la recolección de muestras estériles de pacientes propensos a la infección del tracto urinario.



20. EL FUTURO Y ENFOQUES DE LA INVESTIGACIÓN EN INNOVACIÓN FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA.

La investigación sobre tecnología para la incontinencia invita a nuevos modelos de colaboración entre investigadores corporativos, clínicos y académicos. Actualmente, los investigadores en los tres entornos desarrollan y prueban tecnologías de forma independiente.

La colaboración entre investigadores corporativos y no corporativos suele consistir en la contratación de consultores expertos o el patrocinio de médicos con acceso a la muestra adecuada de pacientes que pueden implementar un protocolo diseñado por la corporación.

A menudo, los productos y dispositivos necesarios, la capacidad de producirlos y la evidencia que respalda su beneficio no están sincronizados. La confusión, la falta de confianza o la frustración por parte del paciente-consumidor o clínico obstaculiza la atención apropiada de continencia¹²³.

Por lo que se ve necesario apoyar una colaboración más integrada en la que investigadores corporativos, clínicos y académicos como socios iguales en todas las fases del proceso de investigación. Los colaboradores en este modelo determinarían y priorizarían conjuntamente las preguntas que se investigarán; tener entrada en el diseño, procedimientos y medidas de resultado; permitir la propiedad conjunta de los resultados de manera transparente; interpretar los resultados con el beneficio de múltiples perspectivas; Y estar seguros de que los resultados serían difundidos.

Las posibles ventajas del modelo son una mayor probabilidad de investigación clínica de alta calidad que tenga el poder y la integridad suficientes, la utilización eficiente de recursos especiales para cada entorno y la aplicación acelerada de tecnologías para uso del paciente. Puede ser posible abordar el mérito científico junto con la utilidad de una tecnología en este modelo.

Dado el estado de la ciencia y la práctica de la tecnología para el cuidado de la incontinencia, se necesita el desarrollo de nuevos productos y procesos que puedan fomentarse mediante una estrategia innovadora.

El modelo propuesto extiende los principios exitosos de la investigación interdisciplinaria a los colaboradores corporativos, al tiempo que reduce los problemas o sugerencias de sesgo que se han asociado con la suscripción corporativa de la investigación en el pasado. Existen mecanismos para financiar nuevas tecnologías a través de la Investigación de Innovaciones para Pequeñas Empresas y / o la Transferencia de Tecnología Científica. Este modelo puede requerir una reevaluación de los criterios de financiamiento de fuentes privadas y públicas y el desarrollo de mecanismos dentro de las instituciones académicas.



21. GUÍA PARA CUIDADORES

Esta sección de la guía pretende ayudar al usuario y la familia para comprender el problema de la incontinencia urinaria. Sirviendo de orientación y ayuda a la hora de tomar decisiones para el cuidado de la persona con incontinencia. Ante cualquier duda, consultar con su médico y profesional enfermero, que será los que le asesorarán.

La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina de causas variables, y que es más común en personas mayores.

Soy incontinente o tengo algún familiar a mi cargo que es incontinente, ¿qué debo hacer?

Es preciso ver en qué grado de incontinencia padece su familiar, su estado general, patologías previas, complexión física, estado cognitivo, habilidad... (Ver apartado 15) y, en cada caso, cuál es el tratamiento adecuado que debe seguir. Acuda a su médico o profesional de enfermería y ellos lo asesorarán.

¿Qué tipo de absorbentes debería usar?

Existen muchos modelos en el mercado. Un mismo producto no es apropiado para todas las ocasiones ni para todas las personas. La **elección del absorbente ha de hacerse de manera individualizada, teniendo en cuenta diferentes factores como:** estado del paciente, uso de determinados tratamientos (diuréticos, antibióticos) y con la alimentación enteral (algunas veces, se producen como complicaciones diarreas y aumento de la diuresis).(apartado 15). Consulte con su médico o personal de enfermería, ellos le indicarán el tipo de absorbente más adecuado a su problema.

¿Qué pasos tengo que seguir para que me prescriban absorbentes de incontinencia?

Póngase en contacto con su médico o personal de enfermería. Ellos le informarán de los pasos que debe seguir una vez prescritos por el médico o la enfermera.

¿Tengo que seguir algún consejo especial si yo o alguna persona a mi cargo usa absorbentes?

Es conveniente que siga algunas pautas:

- Mantener el paciente **limpio y seco**.
- Revisar los absorbentes con frecuencia.
- **Cambiar el absorbente cuando sea preciso**, para ello los absorbentes están provistos de un indicador de humedad en la parte exterior que son unas bandas que cambian de claro a oscuro, a medida que se van saturando con la orina.
- **Prevenir las maceraciones de las zonas de más riesgo**, como sacro, nalgas y órganos genitales y evitar tener mucho tiempo el absorbente sin cambiar, controlando también las deposiciones, e hidratando bien la piel mediante cremas y con una buena aportación de líquidos.



- **Controlar la eliminación de las heces** en los pacientes con incontinencia fecal, utilizar absorbentes de menor absorción y realizar cambios más frecuentes.
- **Comprobar en cada cambio que no haya enrojecimiento o irritación de la piel. Si esto ocurre, comuníquese a su enfermera.**
- **Realizar una higiene adecuada** de la zona del absorbente tenga en cuenta que el contacto prolongado de la orina con la piel aumenta el riesgo de infecciones y favorece la irritación y la aparición de lesiones cutáneas.
- **Vigile el color y el olor de la orina.** Si nota cambios que le llamen la atención, consulte con su médico o personal de enfermería.
- **Evitar largos períodos de inmovilidad**, hacer cambios posturales en el paciente encamado o sentado y, siempre que sea posible, animar a la deambulación.
- **Favorecer un vestuario cómodo** con ropas flojas y fáciles de abrir y manejar.
- **Seguir las normas de colocación** de los absorbentes según la situación del paciente (encamado, sentado, deambulante...), evitando las dobleces y los desplazamientos.

¿Qué pasos tengo que seguir para realizar una higiene correcta en la zona del absorbente de un paciente a mi cargo?

La higiene es tan importante como sencilla de realizar. Limpie, en la dirección correcta y seque bien la zona después de cada cambio e hidrate correctamente la piel, tal y como se indica a continuación.

Higiene y lavado de genitales:

- Antes de lavar, retirar, si es necesario, los restos de residuos.
- Utilizar agua a temperatura idónea.
- Jabón neutro y toallita desechable, o bien toallitas húmedas 3 en 1.
- Evitar corrientes de aire.
- Proteger a la persona de posibles caídas.
- Antes de proceder al lavado ofrecer la cuña o botella.

En personas encamadas o en aquellas que no puedan mantenerse bien de pie, es preferible realizar el aseo en la cama, para evitar el riesgo de caídas.

Procedimiento de lavado en la mujer:

1. Con la paciente acostada hacia arriba, flexionar las rodillas y separarle las piernas.
2. Separar los labios vulvares con una mano y lavar con la otra, limpiando de delante hacia atrás. Enjuagar con agua abundante y secar bien siempre en la dirección señalada con anterioridad.
3. Colocar la paciente de lado y limpiar en un sólo movimiento la zona que va desde la vagina hasta el ano. Enjuagar con agua abundante y secar suavemente siempre en la dirección señalada.



Procedimiento de lavado en el hombre:

1. Con el paciente acostado hacia arriba, retirar la piel que cubre el glande y lavar este. Enjuagar con agua abundante, pero no secar.
2. Devolver la piel a su posición para evitar posibles heridas o irritaciones en el glande.
3. Limpiar por arriba y por los lados los testículos. Enjuagar con agua abundante y secar bien.
4. Colocar el paciente de lado y limpiar la parte inferior de los testículos y la zona del ano. Enjuagar con agua abundante y secar bien.

Es necesario mantener una buena hidratación de la piel. Esto se consigue manteniendo por una parte una aportación adecuada de líquidos en la dieta y utilizando cremas o aceites hidratantes. Limpie bien el material utilizado en el lavado antes de guardarlo.

***¿Tengo que tener alguna precaución especial cuando cambio el absorbente?
En cada cambio de absorbente es conveniente seguir los siguientes pasos:***

- Lave las manos antes y después de cada cambio de absorbente
- Retire el absorbente por la parte posterior del cuerpo del usuario
- Si la persona tiene problemas de movilidad, asegúrese de que tenga un punto de apoyo.
- Si la persona está en la silla de ruedas, es conveniente apoyar el respaldo contra la pared y frenarla para evitar que se desplace.
- Realice una higiene adecuada de la zona del absorbente
- Coloque el absorbente por la parte de delante del cuerpo.
- Asegúrese de que las costuras de las mallas que sujetan el absorbente estén hacia fuera, así evitará que rocen o hagan presión sobre la piel.

¿Con qué frecuencia debo cambiar el absorbente?

Los productos actuales permiten espaciar los cambios de absorbente manteniendo la piel seca. La frecuencia de cambio es variable, dependiendo del tipo de alimentación y de la cantidad de líquidos que se ingieran. La mayoría de los absorbentes tienen un indicador de humedad. Se trata de una pequeña banda en la zona exterior que cambia de color cuando es preciso el cambio. Si usa un absorbente elástico, recuerde que las tiras adhesivas permiten abrirlos y cerrarlos repetidas veces. Eso posibilita que pueda orinar en el baño o en un recipiente adecuado, sin tener que desecharlo. Ante cualquier duda, consúltela con su médico o profesional de enfermería.

¿Qué tipos de absorbentes existen y cuál debo utilizar?

Hay muchos tipos de absorbentes diferentes según su forma, talla y absorción, que se adaptan a las necesidades individuales y preferencia de cada persona. En el siguiente cuadro podrá ver los diferentes tipos de absorbentes:

- La absorción se reconoce mediante día, noche o supernoche, sin tener que ver estrictamente con el momento del día en el que se utiliza. La elección de la absorción deberá ser consensuada con el profesional sanitario.



- Hay muchos tipos de absorbente diferentes, unos que permiten ponérselo por sí mismo sin necesidad de ayuda, otros que facilitan la colocación al cuidador, etc... es muy importante conocer todos los tipos antes de comunicar la preferencia al profesional sanitario.
- La selección de la talla correcta es fundamental a la hora de asegurar que la persona esté siempre seca, y evitar las posibles fugas o derrames de orina.

TABLA 14. TIPOS DE ABSORBENTES

ABSORCIÓN	TIPO	TALLA	CAPACIDAD
DÍA	Rectangular	Única	> 600 ml.
	Anatómico	Única	
	Anatómico con elásticos	Pequeña Mediana Grande Extra grande	
	Pants	Pequeña Mediana Grande Extra grande	
NOCHE	Rectangular	Única	900 - 1200 ml
	Anatómico	Única	
	Anatómico con elásticos	Pequeña Mediana Grande Extra grande	
	Anatómico con cinturón	Mediana Grande	
SUPER NOCHE	Pants	Pequeña Mediana Grande Extra grande	>1200 ml
	Rectangular	Única	
	Anatómico	Única	
	Anatómico con elásticos	Pequeña Mediana Grande Extra grande	
	Anatómico con cinturón	Mediana Grande	
	Pants	Pequeña Mediana Grande Extra grande	



¿Cuál es la forma más adecuada de colocar un absorbente?

La forma de colocar es distinta según la postura del usuario y de la forma de sujeción del absorbente, como se describe a continuación.

21.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ABSORBENTES DE ORINA

Función

Son productos de un sólo uso que, por impregnación, almacenan la orina emitida de forma involuntaria, intentando mantener al paciente seco, protegiendo así su piel, ropa y cama.

Estructura

- Capa en contacto con la piel. Confeccionado de tela sin tejer. Permite el paso de la orina hacia el interior del absorbente, e impide su salida a la superficie.
- Capa de celulosa. Absorbe y retiene la orina. Generalmente tiene superabsorbente que es el material que se gelifica en contacto con la orina.
- Capa impermeable. Capa exterior impermeable, que recubre el dispositivo y evita la salida de orina hacia el exterior. Puede ser de tacto textil y/o transpirable (permitiendo que la piel se quede seca y aireada).

21.2. MANEJO Y CAMBIO DE LOS ABSORBENTES SEGÚN LA POSTURA DEL PACIENTE Y DEL SISTEMA DE SUJECIÓN.

Absorbente Anatómico con elásticos: posición de pie

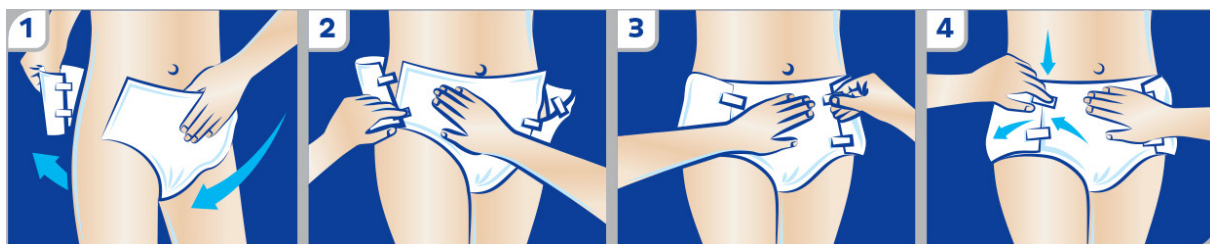


Figura 11

- Colocar el absorbente con la parte de los adhesivos en la parte dorsal, a la altura de la cintura
- Pasar el absorbente entre las piernas.
- Ajustarlo de forma que los elásticos queden en la entrepierna
- Despegar los adhesivos y fijarlos sobre la parte anterior
- Ajustar el absorbente a la cintura



Absorbente Anatómico con elásticos: posición acostado.

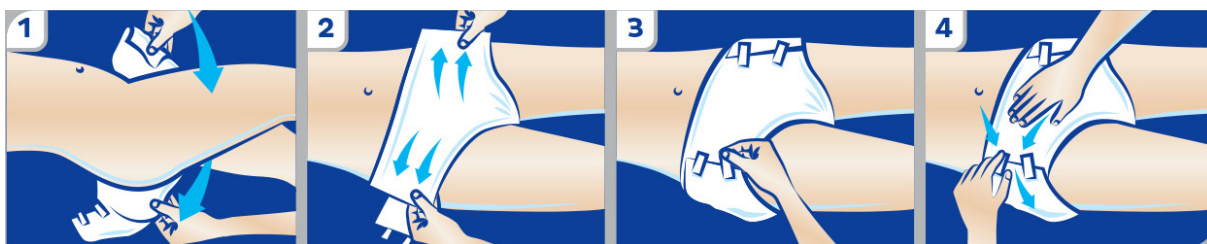


Figura 12

- Poner el paciente de lado.
- Someter el absorbente debajo de la cadera.
- Colocar la parte posterior del absorbente a la altura de la cintura.
- Girar el paciente y colocarlo boca a arriba.
- Meter el absorbente entre las piernas.
- Ajustar los elásticos a la entrepierna.
- Despegar los adhesivos de la parte posterior y pegarlos sobre la parte anterior ajustándolos a la cintura.

Absorbentes Anatómicos y Rectangulares (con malla): posición de pie.



Figura 13

- Colocar la malla a la altura de las rodillas.
- Pasar el absorbente entre las piernas.
- Abrir la parte posterior del absorbente y fijarlo a las nalgas.
- Subir la malla colocando primero la parte de atrás estirándola bien.
- Estirar la parte de delante y subir bien la malla cubriendo el vientre



Absorbentes con Malla (Anatómicos y Rectangulares): posición acostado

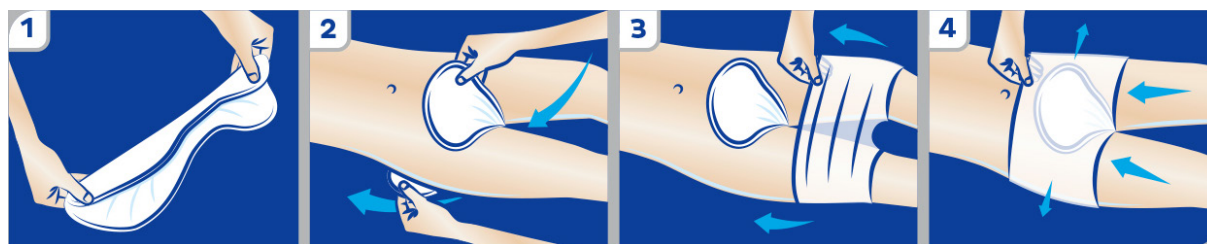


Figura 14

- Colocar la malla a la altura de las rodillas.
- Con el paciente de lado, pasar el absorbente entre las piernas.
- Abrir la parte posterior del absorbente y fijarlo sobre las nalgas.
- Abrir la parte anterior, subir la malla y fijar el absorbente con ella.
- Ajustar bien todo el conjunto

Absorbentes Anatómico con Cinturón: posición de pie

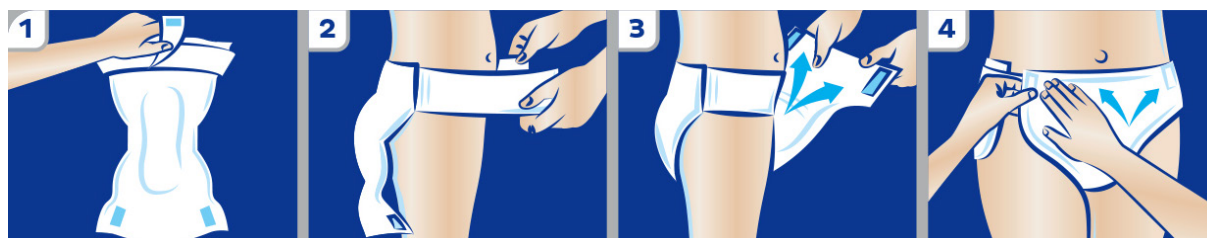


Figura 15

- Abrir el cinturón del absorbente tirando del velcro hacia el lado izquierdo, y luego hacia el derecho.
- Coloque el cinturón alrededor de la cadera y ajústelo delante con el velcro.
- Estando el usuario de pie, pase el absorbente entre sus piernas, y extienda las tiras de velcro.
- Pegue las tiras de velcro en el cinturón realizando una presión suave.



Absorbentes Anatómico con Cinturón: posición de tumbado



Figura 16

- Abrir el cinturón del absorbente tirando del velcro hacia el lado izquierdo, y luego hacia el derecho.
- Tumbé al paciente de lado y coloque el absorbente por detrás. Pase el cinturón por debajo de la cadera.
- Ponga al usuario boca arriba y ajuste el cinturón alrededor de la cadera con la tira de velcro. Extienda las tiras delanteras de velcro.
- Pegue las tiras de velcro en el cinturón realizando una presión suave.

Absorbentes tipo Pants:

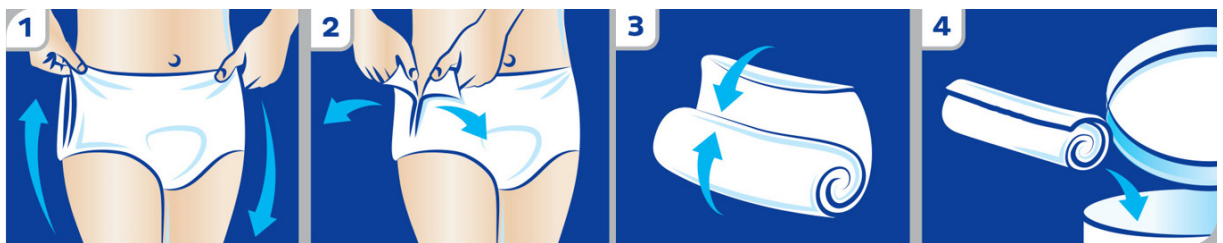


Figura 17

- Colocamos el absorbente igual que hacemos con nuestra prenda interior.
- Para retirarlo rasgamos las costuras laterales.

*GUÍA DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON*
INCONTINENCIA URINARIA

ANEXOS



ANEXO I: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA - MUJERES

MUJERES:	RESPUESTAS	
a.- ¿ Tiene sensación de peso en la zona genital ?	SI	NO
b.- ¿ Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina ?	SI	NO
c.- ¿ Cuando ríe se le escapa la orina ?	SI	NO
d.- ¿ Si estornuda se le escapa la orina ?	SI	NO
e.- ¿ Al toser se le escapa la orina ?	SI	NO
La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia de esfuerzo del 77,2%		
f.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿ entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina ?	SI	NO
g.- Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	SI	NO
h.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	SI	NO
i.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	SI	NO
La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia de urgencia del 57,6%		

ANEXO II: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA - HOMBRES

HOMBRES	RESPUESTAS	
a.- Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿nota ganas de orinar?	SI	NO
b.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina ?	SI	NO
c.- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	SI	NO
d.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	SI	NO
e.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	SI	NO
La respuesta afirmativa de estas 5 preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia de urgencia del 30,4%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 77%.		
f.- Cuando acaba de orinar ¿tiene la sensación que tendría que continuar y no puede?	SI	NO
g.- ¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina?	SI	NO
h.- ¿Va a menudo al servicio y orina poca cantidad?	SI	NO
La respuesta afirmativa de estas 3 preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia por obstrucción prostática del 66.7%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 80%.		

REFERENCIA:

Vila MA Fernández MJ Florensa E Orejas V Dalfó A Romea S Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria Aten Primaria 1997 feb 19(3):121-126



ANEXO III: VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-SF).

1. ¿CON QUÉ FRECUENCIA PIERDE ORINA? (MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA).

NUNCA	0
UNA VEZ A LA SEMANA	1
2-3 VECES/SEMANA	2
UNA VEZ AL DÍA	3
VARIAS VECES AL DÍA	4
CONTINUAMENTE	5

2. INDIQUE SU OPINIÓN ACERCA DE LA CANTIDAD DE ORINA QUE USTED CREE QUE SE LE ESCAPA, ES DECIR, LA CANTIDAD DE ORINA QUE PIERDE HABITUALMENTE (TANTO SI LLEVA PROTECCIÓN COMO SI NO). MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA.

NO SE ME ESCAPA NADA	0
MUY POCA CANTIDAD	2
UNA CANTIDAD MODERADA	4
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
NADA									MUCHO

4. ¿CUÁNDO PIERDE ORINA? SEÑALE TODO LO QUE LE PASA A UD.

- 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.



ANEXO IV: “PAD TEST” O TEST DE LA COMPRESA” DE 1 hora. (Sociedad Internacional de Incontinencia)

1. Inicie esta hora de test sin orinar previamente; pese el pañal/ compresa y póngaselo.
2. Durante los primeros 15 minutos, bébase medio litro de agua y sientése.
3. Del minuto 15 al 45 ha de caminar y subir/bajar un piso
4. Del minuto 45 al 60 ha de;
 - Levantarse y sentarse 10 veces seguidas
 - Toser fuerte 10 veces
 - Hacer como si corriera durante 1 minuto
 - Levantar un objeto del suelo 10 veces
 - Lavarse las manos durante 1 minuto
5. Al final de la hora, quítese el pañal y péselo.

SEVERIDAD INCONTINECIA

- Continente: ≤ 1 gramo
- Leve: 1,1 - 9,9 gramo
- Moderado: 10-49,9 gramo
- Servera: ≥ 50 gramos

ANEXO V: GRADUACIÓN DE SEVERIDAD DE SANDVIK

Preguntar:

¿Cuántas veces experimenta escapes de orina?

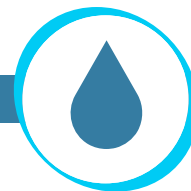
- 0 = nunca
- 1 = menos de una vez al mes
- 2 = una o varias veces al mes
- 3 = una o varias veces a la semana
- 4 = diario y/o noche

¿Cuánta orina pierde cada vez?

- 1 = gotas o poco más
- 2 = más

SEVERIDAD = ¿Cuántas veces experimenta escapes de orina? X ¿Cuánta orina pierde cada vez?

- 0 = no incontinente
- 1-2 = incontinencia leve
- 3-4 = incontinencia moderada
- 6-8 = incontinencia severa



ANEXO VI: DIARIO MICCIONAL

DIARIO MICCIONAL. Instrucciones para rellenarlo

El Diario Miccional recoge adecuadamente sus síntomas y permite valorar a su médico y a usted la gravedad de su enfermedad y la mejora que obtiene con un tratamiento. Rellénelo durante 3 días con atención (1 día en cada hoja), anotando:

- **HORA:** ponga la hora a la que orina o tiene una pérdida de orina (incluida toda la noche). Empiece a anotar cada día a partir de la hora a la que se levanta de la cama.
- **VOLUMEN ORINADO:** indique la cantidad que orina, en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc), medida con un vaso medidor.
- **URGENCIA** para orinar: marque cuando sienta un deseo fuerte y repentino de orinar (imperioso), que no puede aguantar, usando la siguiente escala para clasificarla:

Clasificación de la urgencia en **grados de 0 a 4:**

0	No hay Urgencia	No siento necesidad imperiosa de orinar
1	Leve urgencia	Tengo ganas de orinar, pero puedo retrasar ir a orinar tanto como necesite, sin miedo a mojarme
2	Urgencia moderada	Puedo retrasar orinar un rato, sin miedo a mojarme
3	Urgencia severa	No puedo retrasar ir a orinar, debo ir rápido al aseo para no tener una pérdida de orina
4	Incontinencia por urgencia	Se me escapa la orina antes de llegar al aseo

- **ESCAPE DE ORINA (PÉRDIDA INVOLUNTARIA, INCONTINENCIA)** y tipo: indique si tiene escapes o pérdidas accidentales de orina, y si los escapes son:

Incontinencia de urgencia: el escape de orina se produce por un deseo fuerte y repentino de orinar.

Incontinencia de esfuerzo: pérdida de orina causado por cualquier esfuerzo (tos, coger peso,...), ejercicio (saltar, caminar deprisa,...) o movimiento (levantarse,...). No se acompaña de urgencia.

- **MUDA:** apunte si se cambia ropa interior, pañal, salva slip o compresa,... por pérdida de orina
- **BEBIDA:** apunte la cantidad de líquido de cualquier tipo que tome (ml o cc)
- **NO OLVIDE PONER LA HORA A LA QUE SE ACUESTA Y A LA QUE SE LEVANTA**

A continuación le ponemos un **EJEMPLO** de cómo rellenar el diario:

Hora a la que se levanta de la cama **_8:15_** Hora a la que se acuesta **_23:30_**

HORA	VOLUMEN orinado (ml ó cc)	URGENCIA su grado (0-4)	ESCAPE DE ORINA y tipo: por urgencia o por esfuerzos	MUDA De ropa, pañal, compresa	BEBIDA (ml ó cc)
8:20	250 ml	2	NO	Compresa	300
10:30	200 ml	0	NO	NO	
12:45					250
15:30	150 ml	4	SI con urgencia	Ropa interior	
18:30					300
20:30	300 ml	2	NO	NO	
21					200
22			SI con esfuerzo	Salvaslip	
22:15	200 ml	3	NO		225
3:00	175	4	SI con urgencia	Ropa interior	
6:15	200	3	NO	NO	

Autor: MA Jiménez Cidre©. Urólogo



Hoja De Evaluación Del Diario Miccional: Resultados/24h
(A RELLENAR POR EL MÉDICO)

Nombre _____ Apellidos _____

DIARIO	MICCIONAL	DIA 1	DIA 2	DIA3	MEDIA
Frecuencia Miccional	FMD (episodios/día)				
	FMN (episodios/día)				
	FM/24h (episodios/día)				
Volumen Miccional	VMmáx Diurno (ml)				
	VMmáx Nocturno (ml)				
	VMmed (ml)				
Urgencia nº y grado máx.	Urgencia (episodios/día)				
	Urgencia grado				
Incontinencia	IUU (episodios/día)				
	IUE (episodios/día)				
	Mudas (nº/día)				
	Ingesta 24h (ml)				
Diuresis	Diuresis 24h (ml)				
	Diuresis nocturna (ml)				

Claves del resumen del diario

FMD: frecuencia miccional diurna	IUU: nº de episodios de incontinencia de urgencia
FMN: frecuencia miccional nocturna	IUE: nº de episodios de incontinencia de esfuerzo
FM/24h: frecuencia miccional en 24 h	Mudas: nº de mudas
VMmáx Diurno: Volumen miccional máximo diurno	Ingesta 24h: Ingesta de líquidos en 24 horas
VMmáx Nocturno: Volumen miccional máximo nocturno	Diuresis 24h: volumen de diuresis en 24 horas
VMmed: Volumen miccional medio	Diuresis nocturna: volumen de diuresis en la noche
Urgencia: nº de episodios de urgencia	
Urgencia grado: grado de urgencia (de 0 a 4)	

**ANEXO VII: ÍNDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT.**

Población diana: Población general. Es de especial ayuda para valorar dos aspectos de las personas con problemas funcionales, su movilidad para la rehabilitación y su movilidad para los autocuidados. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems tipo likert subdividido en 2 índices, el índice de autocuidado con una puntuación máxima de 53 puntos, y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es igual que la del Barthel original, es decir:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Índice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Puntuación total - Índice de autocuidado			
Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla 15 7 0	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete 6 3 0	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha 1 0 0	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel 15 10 0	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras 10 5 0	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
Puntuación total- Índice de movilidad			
PUNTUACIÓN TOTAL - Í BARTHEL Modif. GRANGER			



BIBLIOGRAFÍA:

- Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. *Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J* 1958; 51: 605- 609.
- Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J* 1965; 14: 61-65.
- Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. *Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 14-17.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. *Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 145-154.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. *Indice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993; 28: 32-40



ANEXO VIII: VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA- ÍNDICE DE KATZ

1. BAÑO	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.
2. VESTIDO	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
3. USO DEL W.C	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.
4. MOVILIDAD	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.
5. CONTINENCIA	Independiente. Control completo de micción y defecación.
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6. ALIMENTACIÓN	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.



El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Si es independiente en cuatro de las seis actividades, 2 puntos.

Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Si nos atenemos al orden jerárquico del Índice de Katz y comparamos ambas puntuaciones, veremos que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

REFERENCIAS:

Katz S, Ford AB, Moskowitz R W, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919
Katz S, Down TD, Cash HR y cols. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 1.970; 10(1): 20-30.

Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Prim 1992, 10: 812-815



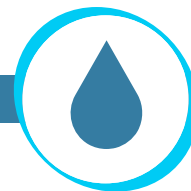
ANEXO IX: RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI - FAS - Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
TOTAL	

El punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

Punto de corte	Probabilidad de riesgo	Sensibilidad	Especificidad
16	78	15,5	99,80

Fuente: Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7): 434-440



ANEXO X: TEST DE DETERIORO COGNITIVO- TEST DE PFEIFFER

1. ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
2. ¿Qué día de la semana es hoy
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? 4.A ¿cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

REFERENCIAS:

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41

Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. J Am Geriatr Soc 1987 May;35(5):412-6

Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ. The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanishspeaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11 Suppl 2:S57-64

Martinez de la Iglesia J, Rubio Cuadrado MV, Espejo Espejo J, Aranda Lara JM, Enciso Berge I, Perula de Torres LA, Fonseca del Pozo FJ. Factores asociados a la ateración cognitiva en una población urbana. Proyecto ANCO. Aten Primaria 1997 Oct 31;20(7):345-53

Martinez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34



ANEXO XI: CRIBADO DE DEMENCIAS - SET - TEST DE ISAACS

Se pide al paciente que nombre sin parar hasta que se le diga basta una serie de colores, de animales, de frutas y de ciudades. Se le da un minuto para cada serie y cambiaremos a la siguiente cuando haya hecho 10 elementos de la misma sin repetir ninguno aunque no haya agotado el minuto de tiempo.

COLORES
ANIMALES
FRUTAS
CIUDADES
ERRORES / REPETICIONES:
Total:

Se le pide al paciente que diga tantos nombres -ítems- como pueda recordar de cada una de 4 categorías - set-: colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de 1 minuto. Las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante hacer constar el número de ellos. Siempre anotaremos en la hoja los nombres que dice ya que ayudará a valorar la evolución de los pacientes. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos.

El punto de corte que propone Pascual en su trabajo corresponde en los adultos a igual o menor de 29 y en los ancianos igual o menor a 27. El mismo autor, propone un punto de corte de 25 para considerar como probable demencia tipo Alzheimer, obteniendo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 67%, con un índice de mal clasificados del 24%.

En el trabajo de Isaacs y Kennie, los autores concluían que una puntuación en el set-test inferior a 15 estaba siempre asociada a demencia, mientras que ninguno de los pacientes con más de 25 estaba demenciado.

Especialmente indicado en pacientes con un grado de instrucción bajo o pacientes con déficits sensoriales.

FUENTES:

- Isaacs B, Akhtar AJ. *The set Test: a rapid test of mental function in old people. Age and Ageing* 1972; 1: 222-6. - Isaacs B, Kennie AT. *The set-test as and aid to the detection of dementia in old people. Br J Psychiatry* 1973; 123: 467- 470.
- Pascual LF, Martínez JV, Modrego P, Mostacero E, López del Val J, Morales F. *El set-test en el diagnóstico de la demencia. Neurología* 1990 Mar; 5 (3): 82-5.
- Sellers MA, Pérez L, Cacabelos R. *Evaluación neuropsicológica de la demencia senil en atención primaria. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1997 Mar; 4(3): 150-173.



ANEXO XII: CRIBADO DE DEMENCIAS - TEST DEL INFORMADOR

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compare cómo es él en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos.

Puntúe con los siguientes criterios:

1. Ha mejorado mucho
2. Ha mejorado poco
3. Casi sin cambios
4. Ha empeorado un poco
5. Ha empeorado mucho

1. Capacidad para reconocer las caras de sus personas más íntimas (parientes, amigos)
2. Capacidad para recordar los nombre de estas mismas personas
3. Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de que viven, cuándo es su cumpleaños)
4. Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 o 3 meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares)
5. Recordar lo que habló en una conversación unos días antes
6. Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho antes
7. Recordar su propia dirección o número de teléfono
8. Recordar la fecha en que vive
9. Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas
10.Saber dónde se pone una cosa que se ha encontrado descolocada
11. Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, en alguna celebración, de vacaciones)
12. Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, coche, lavadora, máquina de afeitar, etc)
13. Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, secador de pelo, etc)
14. Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)
15.Aprender cosas nuevas (en general)
16. Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven
17. Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación)
18. Entender artículos de periódicos o revistas en las que está interesado



19. Seguir una historia del libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión
20. Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios
21. Recordar gentes y hechos históricos del pasado (guerra civil, república, etc.)
22. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)
23. Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco)
24. Manejar dinero para la compra (cuánto dinero dar, calcular el cambio)
25. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados)
26. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?

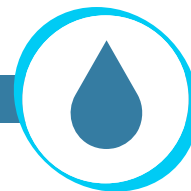
Los resultados son independientes de la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización y de la edad. En la escala de 26 una puntuación superior a 85 es indicativa de probable deterioro cognitivo.

REFERENCIAS:

Jorm AF, Jacomb PA. *The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. Psychol Med 1989; 19(4): 1015-22.*

Jorm AF. *A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation [published erratum appears in Psychol Med 1995 Mar;25(2):437]. Psychol Med 1994; 24(1): 145-53.*

Morales JM, González-Montalvo JI, Del Ser T, Bermejo F. *Validation of the S-IQCODE: the Spanish version of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. Arch Neurol 1992; 55(6): 262-6*



ANEXO A: VALORACIÓN DEL TIPO Y GRADO DE PROLAPSO GENITAL EN MUJERES

GRADO 1	La vejiga únicamente baja un poco por la vagina
GRADO 2	La vejiga se hunden en la vagina lo suficiente para alcanzar el orificio de la vagina
GRADO 3	La vejiga sobresale por el orificio de la vagina

ANEXO B: ESCALA DE LAYCOCK

PUNTUACIÓN	TIPO CONTRACCIÓN
0	NO HAY CONTRACCIÓN
1	CONTRACCIÓN SUAVE INFERIOR A 2 SEG.
2	CONTRACCIÓN SUAVE CON O SIN ELEVACIÓN POSTERIOR DE LOS DEDOS SUPERIOR A 3 SEG
3	CONTRACCIÓN MODERADA CON O SIN ELEVACIÓN POSTERIOR DE LOS DEDOS ENTRE 4-6 SEG. REPETIDAS EN 3 OCASIONES
4	CONTRACCIÓN FUERTE CON ELEVACIÓN POSTERIOR DE LOS DEDOS ENTRE 7-9 SEG. REPETIDAS EN 4-5 OCASIONES
5	CONTRACCIÓN FUERTE CON ELEVACIÓN POSTERIOR DE LOS DEDOS SUPERIOR 10 SEG. REPETIDAS EN 4-5 OCASIONES

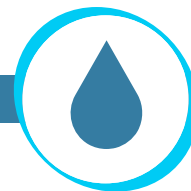
*GUÍA DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON*
INCONTINENCIA URINARIA

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. Diomende F et al. *European guidelines on urinary incontinence [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://wfip.org/wp-content/uploads/2015/06/European-guidelines-on-urinary-incontinence.pdf>*
2. Verdejo Bravo C. *Informe ONI: Prevalencia de la I.U. en España 2009 [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 19]. Available from: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf.*
3. Morilla J, Contreras E, Morales J, Martín F, Gómez L, Izquierdo J, et al. *Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. 2007. 57-74 p.*
4. Hu T. *Impact of Urinary Incontinence on Health-Care Costs. J Am Geriatr Soc [Internet]. 1990 Mar [cited 2019 Jan 19];38(3):292-5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1990.tb03507>.*
5. E. Alfaro Lara. *Estudios sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria Enf Clin., 21 (2011), pp. 320-326*
6. Palese A, Regattin L, Venuti F, Innocenti A, Benaglio C, Cunico L, et al. *Incontinence Pad Use in Patients Admitted to Medical Wards. J Wound, Ostomy Cont Nurs [Internet]. 2007 Nov [cited 2019 Jan 19];34(6):649-54. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00152192-200711000-00011>*
7. Álvarez Nieto J, Caamaño Barreiro M, Campos Pardo I, Cebreiro Suárez C, Cendán Verés M, Escariz Torres J, et al. *Guía de buen uso para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia. Santiago 2007.*
8. DIRECTIVA 93/42/CEE DEL CONSEJO [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0042:20071011:ES:PDF>
9. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Of del Estado [Internet]. 2015;177(1):62935-3030. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf>*
10. Vila Coll MA, Flores Claramunt E, Fernández Parces MJ. *Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria. Cuad de gestión 1997; 3: 147-156*
11. JS Burti, AM Barsante Santos, RRM Pereire, JP Zambon, AP Marques *Prevalencia y características clínicas de la incontinencia urinaria en ancianos de bajos ingresos Archivos de gerontología y geriatría, 54 (2) (2011), pp. E42 - e46*
12. Abrams, PA, Cardozo, L., Khoury, S., y Wein, A. (2009). *Incontinencia*, http://www.ics.org/Publications/ICI_4/book.pdf.
13. Rebollo Álvarez P, Espuña Pons M. *Situación del diagnóstico y tratamiento de la IU en España. Arch Esp Urol 2003;56(7):755-74.*
14. Espuña Pons-M, Brugulat P guiteras, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. *La prevalencia de la Incontinencia Urinaria en Cataluña, España. Med Clin (Barc) 2009 3 de agosto. [Epub ahead of print] [PubMed]*
15. Damián J, Brenes f, Pastor-Barriuso R, Salinas J. *Estimación de la prevalencia de Incontinencia Urinaria en España a partir de estudios publicados recientes. LXXIII Congreso Nacional de Urología. Barcelona, 13 al 16 de junio de 2008*



16. Martínez Agulló E, Arlandis Guzman S, Ruíz Cerdá JL y Jiménez Cruz F. Incidencia y prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España. *Monografías de Medicina Clínica. Incontinencia Urinaria* 2003;4(3):1-3.
17. Damián J, Martín Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cervino J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among older Spanish people living at home. *Eur Urol* 1998; 34:333-8.
18. Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., y Tjadens, F. (2011). ¿Se busca ayudante? Proporcionar y pagar por atención a largo plazo , http://www.oecd.org/document/23/0,3746,en_2649_37407_47659479_1_1_1_37407,00.html
19. Eurostat, 2012 Eurostat, Estructura de la población y envejecimiento (2012).
20. Teunissen TAM, Van Weel C, Lagro- Janssen ALM. Prevalence of urinary-, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J* 2004; 15: 10.
21. A. Zisberg, G. Sinoff, N. Gur-Yaish, H. Admi, E. Shadmi In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older *J Am Geriatr Soc.*, 59 (2011), pp. 1099-1104
22. Abrams, P.; Cardozo, L.; Khoury S et al. INCONTINENCE. 2013.
23. Redondo Limiñana, L.; Gallardo Bayón, C.; Lorenzo Urbina C. MANUAL SOBRE INCONTINENCIA URINARIA [Internet]. Madrid; 2016 [cited 2019 Jan 19]. Available from: http://www.tenainteractiva.com/web/Downloads/Manual_sobre_Incontinencia.pdf
24. Virseda M, Salinas J AJ. Incontinencia urinaria en esquemas. *Gaceta Universitaria*. 2003. 2003 p
25. Leñero E, Castro R, Viktrup L, Bump RC. ARTÍCULO ORIGINAL Neurofisiología del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria [Internet]. Vol. 67, *Rev Mex Urol*. 2007 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2007/ur073e.pdf>
26. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* [Internet]. 2003 Jan [cited 2018 Dec 2];61(1):37-49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559262>
27. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. 2004;1-25.
28. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (28 de marzo del 2014). 2014;1-29.
29. REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. *Boe*. 2005;108(7354):15480-6.
30. Bellido Vallejo, C. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-3-1.pdf>
31. Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: www.medilibros.com
32. NNNConsult [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/nic/5860>



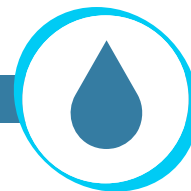
33. Johnson, M.; Moorhead, S.; Bulechek G et alt. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos Médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Elsevier. Barcelona;
34. Arribas Cachá, A.; Aréjula Torres, J.L.; Borrego de la Osa R et alt. *Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de Valoración de enfermería [Internet]*. Madrid; 2006 [cited 2019 Jan 19]. Available from: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf
35. Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey JO, Keays C, Loughery R. *Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management Clinical Practice Guideline Number 2 (1996 Update)*. AHCPUR [en línea] 1996 Marzo [fecha de acceso 04 de febrero de 2006]; 96-0682. URL disponible en <http://www.incontinet.com/articles/AHCPUR/ahcpr96.htm>
36. Cañón-Montañez W, Oróstegui-Arenas M. *Fiabilidad de la etiqueta de clasificación de resultados de Enfermería «Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca (1830)» en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca*. *Enfermería Clínica*. 2015;25(4):186-97.
37. Girona, L.; Conejero J. *FARMACIA HOSPITALARIA. Captiulo Urología [Internet]*. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP24.pdf>
38. Duarte Climents, G.; Rodríguez Gómez S. *cuestionarios tests e índices para la valoración [Internet]*. Sevilla; 2002 [cited 2019 Jan 19]. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf
39. Francisco Toquero de la Torre C, Zarco Rodríguez J, Especialista en Medicina Familiar Comunitaria ABS Sant Roc Badalona Vicente Gimeno Argente M, Teresa Such Andrés D. *Guía de Buena práctica clínica en Incontinencia Urinaria [Internet]*. 2007 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC INCONTINENCIA URINARIA.pdf>
40. Alconero-Camarero AR, Arozamena-Pérez J, García-Garrido L. *El paciente con insuficiencia cardiaca aguda: caso clínico*. Vol. 24, *Enfermería Clínica*. 2014.
41. Busquets C M, Serra T R. *Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA)*. *Rev Med Chil [Internet]*. Sociedad Médica de Santiago; 2012 Mar [cited 2019 Jan 19];140(3):340-6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
42. *INDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT [Internet]*. [cited 2019 Jan 19]. Available from: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel_modificado_por_granger.pdf
43. Orna-Esteban MI, Artero-Muñoz JI, Caldentey-Isern E, Usieto-López L, Cuadra P, Isanta-Pomar C. *Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos*. *Semer - Med Fam*. 2011;37(7):347-51.
44. Morilla Herrera, J.C.; Vela Marquez, M.C.; Ortega Nuñez, G.; Dominguez Santaella M. *Guía de uso adecuado de Absorbentes de Incontinencia*. Distrito Sanitario Málaga [Internet]. Málaga; 2011 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/distritomalaga/docs/cuidados/Absorbentes de Incontinencia.pdf>



45. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. *Boletín Of del Estado [Internet]*. 2015;306(1):121483-98. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>
46. Fish P, Traynor V. Sensor technology: a smart way to manage continence. *Fac Sci Med Heal - Pap [Internet]*. 2013;2(1):35-7. Available from: <http://ro.uow.edu.au/smhpapers/651>
47. Valls-Matarín J, Salamero-Amorós M, Roldán-Gil C, Quintana-Riera S. Grado de concordancia interevaluador de la escala «Nursing Activities Score» en cuidados intensivos. Vol. 25, *Enfermería Clínica*. 2015.
48. Alfaro-Lara ER, Palma-Morgado D, Hevia-Álvarez E, de la O Caraballo-Camacho M, López IF, Domínguez-Camacho JC, et al. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2011;21(6):320-6.
49. Cuestionario de Incontinencia Urinaria ICIQ-SF [Internet]. Madrid; [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://www.aeu.es/pdf/iciq_sf.pdf
50. Fernandez-Lasquetty Blanc B, Lorente Granados C, Tenías Burillo JM, Racionero Montealegre AL, Alcañiz Octavio I, Gigante León A. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. *Enfermería Clínica [Internet]*. Elsevier Doyma; 2015 Jul 1 [cited 2019 Jan 19];25(4):198-203. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115000789?via%3Dihub#bib0100>
51. Ramos Sánchez ME, Rodríguez Castilla J, Domínguez Domínguez J. Prescripción enfermera: ¿contribuye a la sostenibilidad del sistema? *Enfuro*, ISSN 0210-9476, Nº. 125, 2013, págs. 4-10. 2013. p. 4-10.
52. Sanitaria XI, Madrid C. *Enfermería en la incontinencia urinaria y úlceras por presión Enfermería y continencia . Una reflexión*. 2008;9-13.
53. Alvaro Sánchez AM, Ruiz Luján V, Carrasco García MC, Romero Mari E. Fomento del autocuidado en pacientes con incontinencia urinaria. *ENFURO Asoc Española Enfermería en Urol*. 2007;(101):25-33.
54. Alcaráz Borrajo, M.; Alonso Ojeda, A.; Alvarez Moreno M. et alt. *GUÍA FARMACOGERIÁTRICA*. Vol. 91, 2004. 399-404 p.
55. Ocaña Moreno M. *Taller: Adecuación de absorbentes en el cuidado de la Incontinencia*. 2015.
56. Poole K, Kerlin M, Wynne R. Prevalence and characteristics of urinary incontinence in a cohort of patients with chronic heart failure. *Hear Lung*. 2017;46(2):67-73.
57. Alexander L, Shakespeare K, Barradell V, Orme S. Management of urinary incontinence in frail elderly women. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2015;25(3):75-82.
58. Molander U, Sundh V, Steen B. Urinary incontinence, its influence on daily life, and use of continence aids in two cohorts of 85/86-year-old free-living men and women, born 10 years apart. *Arch Gerontol Geriatr*. 2002;35(3):275-81.
59. Thomas P, Ingrand P, Lalloue F, Hazif-Thomas C, Billon R, Viéban F, et al. Reasons of informal caregivers for institutionalising dementia patients previously living at home: the Pixel study. *Int J Geriatr Psychiatry [Internet]*. 2004 Feb [cited 2019 Jan 19];19(2):127-35. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.1039>
60. Brittain KR, Shaw C. The social consequences of living with and dealing with incontinence—A carers perspective. *Soc Sci Med*. 2007;65(6):1274-83.



61. Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2004 [cited 2019 Jan 19];23(3):211-22. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.20030>
62. Sanders S, Bern-Klug M, Specht J, Mobily PR, Bossen A. Expanding the Role of Long-Term Care Social Workers: Assessment and Intervention Related to Urinary Incontinence. *J Gerontol Soc Work* [Internet]. 2012 Apr [cited 2019 Jan 19];55(3):262-81. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01634372.2011.638702>
63. McKee KJ, Philp I, Lamura G, Prouskas C, Öberg B, Krevers B, et al. The COPE index - a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging Ment Health* [Internet]. 2003 Feb 9 [cited 2019 Jan 19];7(1):39-52. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1360786021000006956>
64. Steiner V, Pierce L, Drahuschak S, Nofziger E, Buchman D, Szirony T. Emotional Support, Physical Help, and Health of Caregivers of Stroke Survivors. *J Neurosci Nurs* [Internet]. 2008 Feb [cited 2019 Jan 19];40(1):48-54. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01376517-200802000-00008>
65. Langa KM, Fultz NH, Saint S, Kabeto MU, Herzog AR. Informal Caregiving Time and Costs for Urinary Incontinence in Older Individuals in the United States. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2002 Apr [cited 2019 Jan 19];50(4):733-7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1532-5415.2002.50170.x>
66. Hayder D, Schnepf W. Urinary incontinence - The family caregivers' perspective. *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2008 Aug 4 [cited 2019 Jan 19];41(4):261-6. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00391-008-0560-9>
67. Gotoh M, Matsukawa Y, Yoshikawa Y, Funahashi Y, Kato M, Hattori R. Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2009 Aug [cited 2019 Jan 19];28(6):492-6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.20675>
68. Cassells C, Watt E. The impact of incontinence on older spousal caregivers. *J Adv Nurs* [Internet]. 2003 Jun [cited 2019 Jan 19];42(6):607-16. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2003.02664.x>
69. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2002 Mar [cited 2019 Jan 19];21(2):167-78. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.10052>
70. Elenskaia K, Haidvogel K, Heidinger C, Doerfler D, Umek W, Hanzal E. The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2011 Oct 22 [cited 2019 Jan 19];123(19-20):607-10. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00508-011-0013-0>
71. Garcia JA, Crocker J, Wyman JF. Breaking the Cycle of Stigmatization. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2005 Jan [cited 2019 Jan 19];32(1):38-52. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00152192-200501000-00009>
72. Cheater FM. Carers living with stroke survivors who were incontinent had minimal social interaction and felt socially isolated. *Evid Based Nurs* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2019 Jan 19];11(2):64-64. Available from: <http://ebn.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ebn.11.2.64>



73. Santini S, Andersson G, Lamura G. Impact of incontinence on the quality of life of caregivers of older persons with incontinence: A qualitative study in four European countries. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. Elsevier; 2016 Mar 1 [cited 2019 Jan 19];63:92-101. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494315300777?via%3Dihub#bib0040>
74. Ocaña Moreno ML. Taller: Adecuación de absorbentes en el cuidado de la incontinencia. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://slideplayer.es/slide/8759743/>
75. Cid Losada P, Rubio Revuelta J, de la Calle Gil M, Rodríguez Ríos M, Martínez Cordero M. Plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes sometidos a RTU. *Enfuro* [Internet]. 2005;(94):23-30. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099465>
76. AENOR. Norma Española Productos absorbentes para la incontinencia urinaria y fecal Directrices generales de evaluación. 2018;
77. AENOR. Norma UNE- EN ISO 16021. Principios básicos para la evaluación de los absorbentes de incontinencia de un solo uso para adultos desde la perspectiva de los usuarios cuidadores. 2001;
78. AENOR. Norma UNE 153601-2. Absorbentes de Incontinencia Urinaria. Métodos de ensayo para determinar el retorno de humedad. 2008;2-3.
79. AENOR. Norma UNE-EN 15621. Productos absorbentes para la incontinencia urinaria y fecal Directrices generales de evaluación. 2018;
80. Agüero Millán B, Basilio. Plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente con incontinencia urinaria. 2013 [cited 2019 Jan 19]; Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2983>
81. Perez Naranjo, P.M.; Poyato Poyato F. VALORACIÓN ENFERMERA DE LA INCONTINENCIA URINARIA. (VALORACIÓN ÚTIL PARA EL USO DE TÉCNICAS CONDUCTIVAS)- COLECTORES, ORIS, SONDAJES Y ABSORBENTES [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion Distrito/Documentos/Protocolos y Guías/VALORACION ENFERMERA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.pdf>
82. Vargas Esquivel LM. Plan de cuidados de Enfermería. Incontinencia urinaria en el adulto mayor [Internet]. Mexico; [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>
83. Agulló EM, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: www.actasurológicas.info
84. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, et al. Urinary Incontinence in Adults EAU Guidelines on [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://uroweb.org/wp-content/uploads/14-Urinary-Incontinence_2017_webV2.pdf
85. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, et al. EAU GUIDELINES ON URINARY INCONTINENCE [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Urinary-Incontinence-2017-pocket.pdf>
86. ZORN BH, MONTGOMERY H, PIEPER K, GRAY M, STEERS WD. URINARY INCONTINENCE AND DEPRESSION. *J Urol* [Internet]. 1999 Jul [cited 2019 Jan 19];162(1):82-4. Available from: <http://www.jurology.com/doi/10.1097/00005392-199907000-00020>



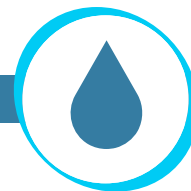
87. Consensus conference. Urinary incontinence in adults. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1989 May 12 [cited 2019 Jan 19];261(18):2685-90. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/jama.261.18.2685>
88. Broome BAS. The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. BioMed Central; 2003 Aug 22 [cited 2019 Jan 19];1:35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12969511>
89. Vallès-Fernández R, Mimoso-Moreno S, Martínez-Frutos F, Serrano-Romero A, Victòria Ferrete-Gracia M, Ángeles Plans-López M, et al. Utilización de los absorbentes para incontinencia en 2 residencias geriátricas. Vol. 16, *Enfermería Clínica*. 2006.
90. Fernandez-Lasquetty Blanc B, Lorente Granados G, Tenías Burillo JM, Racionero Montealegre AL, Alcañiz Octavio I, Gigante León A. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. *Enfermería Clínica*. 2015;25(4):198-203.
91. Alfaro-Lara ER, Palma-Morgado D, Hevia-Álvarez E, de la O Caraballo-Camacho M, López IF, Domínguez-Camacho JC, et al. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria. *Enfermería Clínica* [Internet]. Elsevier Doyma; 2011 Nov 1 [cited 2019 Jan 19];21(6):320-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111001458>
92. Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, De Vita D, et al. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy. *Urology* [Internet]. 2000 Aug [cited 2019 Jan 19];56(2):245-9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429500006439>
93. KJERULFF KH, LANGENBERG PW, GREENAWAY L, UMAN J, HARVEY LA. Urinary Incontinence and Hysterectomy in a Large Prospective Cohort Study in American Women. *J Urol* [Internet]. 2002 May [cited 2019 Jan 19];167(5):2088-92. Available from: <http://www.jurology.com/doi/10.1016/S0022-5347%2805%2965091-4>
94. Van Kessel K, Reed S, Newton K, Meier A, Lentz G. The second stage of labor and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2001 Jun [cited 2019 Jan 19];184(7):1571-5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293780170169X>
95. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health* [Internet]. 1999 Feb [cited 2019 Jan 19];89(2):209-12. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.89.2.209>
96. SAMUELSSON E, VICTOR A, SVARDSUDD K. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2000 Mar [cited 2019 Jan 19];79(3):208-15. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0412.2000.079003208.x>
97. PERSSON J, WÖLNER-HANSEN P, RYDHSTROEM H. Obstetric Risk Factors for Stress Urinary Incontinence. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2000 Sep [cited 2019 Jan 19];96(3):440-5. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-200009000-00021>
98. Schmidbauer J, Temml C, Schatzl G, Haidinger G, Madersbacher S. Risk Factors for Urinary Incontinence in Both Sexes. *Eur Urol* [Internet]. 2001 [cited 2019 Jan 19];39(5):565-70. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/52504>



99. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology [Internet]*. 2003 Jan [cited 2019 Jan 19];61(1):37-49. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429502022434>
100. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: Prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn [Internet]*. 2000 [cited 2019 Jan 19];19(3):259-71. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/%28SICI%291520-6777%282000%2919%3A3%3C259%3A%3AAID-NAU7%3E3.O.CO%3B2-U>
101. Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and Incidence of Urinary Incontinence in Community-Dwelling Populations. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 1990 Mar [cited 2019 Jan 19];38(3):273-81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1990.tb03504.x>
102. Thom D. Variation in Estimates of Urinary Incontinence Prevalence in the Community: Effects of Differences in Definition, Population Characteristics, and Study Type. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 1998 Apr [cited 2019 Jan 19];46(4):473-80. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1998.tb02469.x>
103. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of Urinary Incontinence in Women. *JAMA [Internet]*. 2004 Feb 25 [cited 2019 Jan 19];291(8):986. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.291.8.986>
104. Orna-Esteban MI, Artero-Muñoz JI, Caldentey-Isern E, Usieto-López L, Cuadra P, Isanta-Pomar C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *Semer - Med Fam*. 2011;37(7):347-51.
105. Alfaro-Lara ER, Palma-Morgado D, Hevia-Álvarez E, de la O Caraballo-Camacho M, López IF, Domínguez-Camacho JC, et al. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2011;21(6):320-6.
106. Engberg S, Sereika SM, McDowell BJ, Weber E, Brodak I. Effectiveness of Prompted Voiding in Treating Urinary Incontinence in Cognitively Impaired Homebound Older Adults. *J Wound, Ostomy Cont Nurs [Internet]*. 2002 Sep [cited 2019 Jan 19];29(5):252-65. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00152192-200209000-00008>
107. Fernandez-Lasquetty Blanc B, Lorente Granados G, Tenías Burillo JM, Racionero Montealegre AL, Alcañiz Octavio I, Gigante León A. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. *Enfermería Clínica [Internet]*. Elsevier Doyma; 2015 Jul 1 [cited 2019 Jan 19];25(4):198-203. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115000789?via%3Dihub#bib0085>
108. España Pons M. Una Paciente Con Incontinencia Urinaria. *Med Integr [Internet]*. 2015;39(8):343-54. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-una-paciente-con-incontinencia-urinaria-13031114?referer=buscador>
109. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL ABSORBENTE DE INCONTINENCIA DE ORINA TALLA MEDIANA TIPO SUPER NOCHE [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.parafarmic.com/documentos/488288T2SPnoche.pdf>
110. De F, De LM, Sano UA. 23A01. LA DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA INCONTINENCIA URINARIA [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/PARAFARMACIA_INTRODUCCIONES/Parafarmacia Grupos/23 Informacion sobre productos sanitarios para la incontinencia urinaria.pdf



111. De F, De LM, Sano UA. LA DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA INCONTINENCIA URINARIA [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/PARAFARMACIA_INTRODUCCIONES/Parafarmacia_Grupos/23_Informacion_sobre_productos_sanitarios_para_la_incontinencia_urinaria.pdf
112. Fernandez Tous, M.; Calvo Pita, C.; Escandell Marí C et alt. Recomendaciones para el uso de absorbentes de Incontinencia Urinaria [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/834/recomendaciones-uso-absorbentes.pdf>
113. Fanny Cisneros G. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE) [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
114. Pedro Gil Gregorio C, Begoña Prado D. INCONTINENCIA URINARIA [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion_de_Calidad_SEGG/CentrosDia/GBPCG_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf
115. Martinez- Gallardo- Prieto L et alt. Incontinencia Urinaria en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. Oficina de Bibliotecas y Divulgación de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación; 2007 [cited 2019 Jan 19];45(5). Available from: <https://www.redalyc.org/html/4577/457745529014/>
116. Absorbentes de incontinencia urinaria [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/absorbentes_IU.asp
117. Burgos Sánchez, J.; Tirado Pedregosa, G.; Varella Safont, A.; Vera Salmerón E., Martín Sánchez, S.; Anaya Ordóñez S. ALGORITMO PARA LA INDICACIÓN DE ABSORBENTES A PERSONAS CON INCOTINENCIA URINARIA [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0387.php>
118. Franco De Castro A, Cusí LP, Asensio AA. Incontinencia urinaria [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: [https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev\(1\).pdf](https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
119. Gómez Rodríguez de Acuña, A.; Padilla Luz, A. Pérez Perez A et. alt. Bolcan: Absorbentes de incontinencia de orina. 1:1-8.
120. AENOR. Norma UNE 153601-1. Métodos de ensayo para determinar la capacidad de absorción de fugas utilizando maniqués. 2008;1-3.
121. García Fernández F, Palma M; Rueda López J; Soldevilla Ágreda J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. [Internet]. Madrid; 2006. Available from: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/18_pdf.pdf
122. Álvarez Nieto J, Caamaño Barreiro M, Campos Pardo I, Cebreiro Suárez C, Cendán Verés M, Escariz Torres J. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. 2007;15-20.
123. Newman, D. K., & Palmer, M. H. (Eds.). (2003, March). State of the science on urinary incontinence. American Journal of Nursing, 3 (Supplement), 2-53.
124. Incontinencia urinaria: guía para cuidadores [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inconUrinaria_guiaCuidadores.asp
125. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J et al. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel-Pressure Ulcer Classification: Differentiation Between Pressure Ulcers and Moisture Lesions. J Wound Ostomy Continence Nurs 2005; 32(5):302-6



126. Omlí, R., Skotnes, LH, Romild, U., Bakke, A., Mykletun, A. y Kuhry, E. (2010). Pad per day usage, urinary incontinence and urinary tract infections in nursing home residents. *Age and Ageing*, 39 (5), 549-554.
127. Bremner F (2004) *Continenence Clinic project: outcome measurement for Victorian continence clinic services*. Melbourne, National Ageing Research Institute.
128. Wai A, Jayachandran M, Nugent C, Kiat P (2008) *Smart wireless continence management system for persons with dementia*. *Telemedicine and e-health* 14
129. Yu P, Hailey D, Fleming R, Zhang Z, Traynor V (2012) *Evaluating the impact of implementing of a new wireless telemonitoring system for urinary continence management for older people living in nursing homes*. *International Continence Society Conference, Beijing*
130. *World Health Organization (2012) The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences*. WHO/EMP/MAR/2012.3. Geneva, Switzerland.
131. *Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria*. Xunta de Galicia. 2007. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/publicaciones/docs/farmacia/pdf4-81.pdf>
132. *Guía de práctica clínica: Recomendacions per a l'ús de bolquers en la incontinencia urinaria*. Institut Català de Salut. 2002. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/bolquers/>
133. *Absorbentes de Incontinencia de Orina*. Bolcan. 2009:1(3):1-6. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3235326f-31b6-11df-b5d7-a3a2fbc2f35/BolcanAIO_05_05_2009.pdf
134. Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E, Morales Asencio JM, Martín Santos F, GómezVidal L, Izquierdo Carrasco JM, et al. *Guía de Atención Enfermera a Pacientes con Incontinencia Urinaria*. 3ª ed. 2007. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/component/search/?searchword=incontinencia&searchphrase=all&Itemid=177>
135. Fader M, Clarke O'Neill S, Cook D, Dean G, Brooks R, Cottenden A, et al. *Management of nighttime urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health*. *J Clin Nurs*. 2003;12(3):374-86.
136. Shirran E, Brazzelli M. *Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review)*.
137. *ISO 11948-1:1993. Urine absorbing aids. Whole product testing*.
138. *UNE-EN ISO 16021:2000. Ayudas para la absorción de orina. Principios básicos para la evaluación de los absorbentes de incontinencia de un solo uso para adultos desde la perspectiva de los usuarios y cuidadores*.
139. *UNE-EN 153601-1:2008. Ayudas para la absorción de orina. Absorbentes de incontinencia de orina. Parte 1: Métodos de ensayo para determinar la capacidad de absorción antes de fugas utilizando maniqués*.
140. *UNE-EN 153601-2:2008. Ayudas para la absorción de orina. Absorbentes de incontinencia de orina. Parte 2: Métodos de ensayo para determinar el retorno de humedad*.
141. *Procedimiento interno PNE_LPS_PS_004 del Laboratorio de Productos Sanitarios del Instituto de Salud Carlos III*.

GUÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA

