Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

Tercera Edición

GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

Tercera Edición

Editor

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

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (ASANEC)

Diseño de portada: Alejandro Granados Alba

3ª Edición: Abril 2.007.
Tirada: 5.000 ejemplares.
ISBN: 978-84-690-6225-8
Depósito legal: AL-302-2007

2ª Edición: Enero 2004
Tirada: 2.000 ejemplares.
ISBN: 84-688-4849-2
Depósito legal: MA-1574-2003

1ª Edición: Enero de 2003.
Tirada: 1.000 ejemplares.
ISBN: 688-0740-0
Depósito legal: MA-153-2003

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

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

AUTORES TERCERA EDICIÓN:

Juan Carlos Morilla Herrera.
Enfermero. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Diplomado en Puericultura. Director Unidad de Residencias Distrito Sanitario Málaga. Profesor Colaborador E.A.S.P.

Eugenio Contreras Fernández.
Enfermero. Fisioterapeuta. Coordinador de Enfermería del Distrito Sanitario Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud.

José Miguel Morales Asencio.
Enfermero. Doctor en Ciencias de la Salud. Responsable efectividad e investigación Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Profesor Asociado Escuela Andaluza de Salud Pública.

Francisco Martín Santos.
Enfermero. Fisioterapeuta. Master en Salud Pública y Epidemiología. Coordinador Enfermería del Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Profesor Colaborador E.A.S. P. Profesor asociado Universidad de Málaga.

Luisa Gómez Vidal.
Enfermera Hospital de Montilla. Enfermera. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Experta en Gestión de Cuidados por la EASP.

Juan Miguel Izquierdo Carrasco.
Enfermero Comunitario de Enlace. Z.B.S. Alhaurín el Grande. Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce. MALAGA.

María Dolores Torregrosa Tomás.
Enfermera. Especialista Obstetricia Ginecología. Distrito Sanitario Costa del Sol.

Dolores Gámez Gutiérrez.
Enfermera. Especialista Obstetricia Ginecología. Distrito Sanitario Costa del Sol.

Julia Iglesias Regidor.
Enfermera. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Unidad de Residencias. Distrito Sanitario Málaga. MÁLAGA.

Maria Luisa Ocaña Moreno.
Enfermero. Distrito Sanitario Campo de Gibraltar. ALGECIRAS (CÁDIZ).

Maria Lourdes Calleja Herrera.
Enfermera. Distrito Sanitario Jaén. JAÉN.

Agustina Silvano Arranz.
Enfermera Comunitaria de Enlace. Distrito Sanitario Almería. ALMERÍA.

Mª del Carmen Noval Toimil.
Enfermera. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz. CÁDIZ.

Manuel Trabado Herrera.
Enfermero. Distrito Sanitario Granada. GRANADA.

Alejandro Granados Alba.
Enfermero Comunitario de Enlace. Z.B.S Berja, Distrito Poniente Almería

COLABORADORES y REVISORES 3ª edición.

- Jesús María Alberro Hidalgo. Médico de Familia. Unidad de Residencias Distrito Sanitario Costa del Sol.
- Juan Pedro Batres Sicilia. Vicepresidente de ASANEC. Enfermero Comunitario de Enlace ZBS Úbeda. Distrito Sanitario Nordeste Jaén.
- Nieves Lafuente Robles. Enfermera. Responsable de la Unidad de Diabetes. Distrito Sanitario Poniente. ALMERÍA
- Teresa Molina López. Farmacéutica. Unidad de Farmacia Distrito Sevilla.
- Antonio Rondón Ramos. Fisioterapeuta. Distrito Sanitario Costa del Sol. Profesor asociado a la E.U. C. S. Universidad de Málaga.
- José Carlos Velasco Ortega. Médico de Familia. Distrito Sanitario Costa del Sol.

AUTORES PRIMERA Y SEGUNDA EDICIÓN:

Juan Carlos Morilla Herrera.

- Julia Iglesias Regidor. Enfermera
- Juan Miguel Izquierdo Carrasco
- María José Martín Leal
- María del Carmen Martín Ruiz
- Cristina Rodríguez García
- Agustina Silvano Arranz
- María José Rodríguez Barquero
- Antonio Lara Villegas
- José Carlos Velasco Ortega
- Carlos Fernández Oropesa
- Salvadora Martín Sances
- Eva Moreno Campoy
- Mª Isabel Baena Parejo

COLABORADORES y REVISORES 1ª y 2ª edición.

- Mercedes Bueno Ferrán
- Francisco J. Martín Santos
- José Miguel Morales Asensio
- Bernardo Ruiz García
- Isabel Toral López
- Catalina Rodríguez Ponce
- Eloy Olivan Martínez
- Eugenio Contreras Fernández
- Alejandro Granados Alba
- Sergio de Sisto Onorato

PROLOGO 3ª Edición.

Dña. Mercedes San Alberto Giraldos.
Presidenta de ASANEC.

PRESENTACIÓN 3ª Edición.

Ilmo. Sr. D. Jose Luis Rocha Castilla.
Secretario General de Calidad y
Modernización.

PROLOGO

Me produce una enorme satisfacción poder introducirles en esta GUIA DE ATENCION A PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA que ya va por su tercera edición. Con esta nueva propuesta, ASANEC pretende poner al alcance de las enfermeras/os comunitarios andaluces una herramienta de trabajo útil para mejorar, tanto la atención que se presta a las personas que sufren este problema, como a sus cuidadoras.

La incontinencia urinaria es por su gravedad, frecuencia, repercusión y magnitud un grave problema para nuestra sociedad .Afecta a todos los grupos de población, edades y sexos, aunque suele ser más frecuente en mujeres y ancianos. Deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, produce graves repercusiones psicológicas y sociales, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y, además, provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario.

En esta Guía pretendemos dar a conocer un conjunto de instrucciones, directrices, pruebas y recomendaciones desarrolladas de forma sistemática, cuyo propósito es ayudar a enfermeras y pacientes en la toma de decisiones sobre la modalidad de los cuidados mas apropiados para unas circunstancias clínicas específicas. Es una Guía de Práctica Clínica Enfermera, con la incorporación actualizada de distintos niveles de evidencia.

Quiero expresar mi agradecimiento a los autores de esta edición, así como al equipo evaluador, a sus revisores y a todos los que han participado en el proceso hasta convertirla en una realidad. Como diría Homero, "llevadera es la labor cuando muchos comparten la fatiga".

Esperamos que esta publicación científica, nacida desde la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, una asociación viva, en continuo crecimiento durante estos años, favorezca el desarrollo y la mejora de los cuidados, optimizando la calidad de la atención y, con ello, el nivel de salud que se presta desde el Sistema Sanitario Publico de Andalucía y que merecemos todos los andaluces y andaluzas.

Mercedes San Alberto Giraldos
Presidenta de ASANEC

PRESENTACIÓN

Seguramente no existe ningún ámbito de actividad humana, en el que sea tan imperativa y constante la necesidad de incorporar nuevos conocimientos y actualizar las prácticas profesionales como en el campo de los cuidados de la salud.

Hoy en día, las profesiones sanitarias no pueden limitarse a prestar sus cualificados servicios a la sociedad con arreglo a su capacidad. La búsqueda permanente de nuevas respuestas a los problemas de salud se ha convertido en una exigencia ética. La generación de nuevos conocimientos debe ser un elemento inseparable de la actividad profesional cotidiana, como la mejor forma de alcanzar la excelencia en la prestación del servicio sanitario.

Ello se expresa en el desarrollo continuo de proyectos que puedan mejorar la salud y el bienestar de las personas, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades y de la educación sanitaria. El objetivo no es otro que el de poner al servicio de la ciudadanía los avances en el conocimiento en Ciencias de la Salud, lo cual exige un disciplinado ejercicio de rigor y sistematización del conocimiento, en el que resulta clave la unificación de criterios de actuación basados en la evidencia científica. Desde esta perspectiva, las guías de práctica y los protocolos clínicos son un excelente instrumento de difusión e implantación en la actividad asistencial de las mejores prácticas clínicas.

Por esta razón, la aparición de una Guía de Práctica es siempre un acontecimiento a celebrar, por la contribución que este tipo de instrumentos puede aportar a la mejora de la calidad asistencial que reciben los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Personalmente, presentarles esta Guía de Incontinencia Urinaria, supone para mí una especial satisfacción, porque representa la aportación explícita de las enfermeras a un problema que por su dimensión y repercusión social requiere la implicación multidisciplinar y multiprofesional. Un claro ejemplo de lo que nuestros complejos sistemas sanitarios actuales requieren a la hora de abordar problemas: la cooperación entre disciplinas, compartiendo conocimiento para multiplicar la efectividad de las intervenciones.

Además, la incontinencia urinaria tiene unas profundas implicaciones desde la perspectiva de la vivencia de la persona que la sufre, que va más allá de las molestias o inconvenientes puramente físicos. Sigue existiendo una percepción vergonzante de este problema que multiplica la repercusión del mismo en la calidad de vida de las personas afectadas, llegando a limitar gravemente su vida social y laboral. Eso hace que en sus inicios, tiende a ocultarse, lo que dificulta la actuación profesional y perpetúa el problema.

Para dar una respuesta adecuada, es necesaria la actuación coordinada de los profesionales sanitarios, que deben intervenir de la manera más eficiente, tanto

en la captación como en el abordaje del problema. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, evitando el fraccionamiento. En este sentido, el abordaje multiprofesional de la incontinencia asumiendo las enfermeras un rol específico permite márgenes de mejora de efectividad en la atención a este problema que, sin duda, tendrán su reflejo en la calidad de vida de los ciudadanos afectados.

El gran desarrollo que está teniendo la práctica profesional enfermera en nuestra Comunidad, está favoreciendo la estructuración de prácticas avanzadas en cuidados, incorporando de manera progresiva medidas que aumentan la capacidad de resolución y que en la literatura ya han demostrado efectos beneficiosos en la población.

Para la Consejería de Salud, el desarrollo pleno de la extraordinaria potencialidad de la profesión enfermera es una herramienta imprescindible para que el sistema sanitario público pueda hacer frente con éxito a los complejos y apasionantes desafíos que plantea la atención sanitaria del futuro, siempre bajo la premisa irrenunciable del trabajo compartido y de la continuidad asistencial.

Por ello, y teniendo en cuenta la gran experiencia, capacitación y liderazgo de la enfermería de nuestra Comunidad, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía está desarrollando diversas líneas de avance importante en este sentido, que nos permitan superar

los marcos profesionales actuales e impulsar un nuevo y prometedor rol de la enfermería andaluza.

Proyectos sobre la personalización de los cuidados, la seguridad clínica, la capacidad de solicitud y realización de pruebas diagnósticas o la prescripción enfermera, que tienen una indiscutible sinergia con iniciativas como esta excelente 3ª edición de la Guía de Incontinencia Urinaria de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, reflejo de la extraordinaria inquietud profesional y científica de la enfermería de atención primaria andaluza y que, a buen seguro, supondrán una notable contribución para alcanzar la excelencia en los cuidados que la ciudadanía andaluza espera y merece de su Sistema Sanitario Público.

José Luis Rocha Castilla.
Secretario General de Calidad y Modernización
Consejería de Salud

INDICE

Métodos empleados para detectar las evidencias.....1
Clasificación de la evidencia 4
Criterios para la selección de evidencias 5
Recomendaciones..... 5
Procedimiento de actualización..... 6
Resumen de recomendaciones 7
Objetivos generales de la guía.....26
Aspectos clínicos que cubre.....26
Pacientes a quienes va destinada.....27
Profesionales que pueden hacer uso 27
Epidemiología.....31
Fisiología.....35
Estructuras responsables de la continencia. 36
Factores de riesgo para desarrollar incontinencia.....43
Clasificaciones en la incontinencia 45
Algoritmo para el diagnóstico de enfermería: incontinencia urinaria.....50
Algoritmo diagnóstico para IU de esfuerzo sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas.....51
Algoritmo diagnóstico para IU refleja sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas 52
Algoritmo diagnóstico para IU de urgencia sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas.....53
Algoritmo diagnóstico para IU funcional sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas.54
Algoritmo diagnóstico para IU total sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas 55

Valoración de enfermería 57
Dificultades para la captación 60
Valoración focalizada 61
Normas generales en el tratamiento de la IU 75
Individuos susceptibles de terapia conductual 76
Tipos de técnicas conductuales 76
Ventajas de las técnicas conductuales 76
Técnicas conductuales cuidadores 77
Vaciamiento programado 77
Doble vaciamiento. 81
Entrenamiento del hábito 81
Refuerzo a la continencia 82
NIC 0570: entrenamiento vesical (EV) 83
Técnicas conductuales educacionales y/o rehabilitadoras 83
NIC 0560: rehabilitación del suelo pélvico 86
Conos vaginales. 90
NIC 0600: terapia de retroalimentación 92
Electroestimulación 93
Gimnasia abdominal hipopresiva. 94
Técnicas conductivas 102
Colectores de pene 102
Oris 103
Sondaje vesical (NIC 0580) 104
Absorbentes para incontinencia 110
¿Cuándo derivar? 121
Enuresis nocturna 122
Recomendaciones para la implementación de una GPC de incontinencia urinaria 127
Anexos 145
Bibliografía 175

MÉTODOS EMPLEADOS PARA DETECTAR LAS EVIDENCIAS

Guías consultadas

- National Guidelines Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services.
- University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core
- Joanna Briggs Institute.
- Registered Nurses Association of Ontario.
- Canadian Medical Association Infobase.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Group.
- National Institute for Clinical Excellence.
- Guiasalud.
- Institute for Clinical Systems Improvement

Cochrane

#1. (cateter and vesic*) 29
#2. (cateter and urin*) 66
#3 enuresis 474

BASES DE DATOS

PubMed

1 CONTROLLEd.ab
2 design.ab
3 evidence.ab

4 extraction.ab
5 randomized controlled trials/
6 meta-analysis.pt
7 review.pt
8 sources.ab
9 studies.ab
10 or/1-9
11 letter.pt
12 comment.pt
13 editorial.pt
14 or/11-13
15 10 NOT 14
16 urinary incontinence
17 16 AND 15

CINHAL

1 meta analysis/
2 systematic review/
3 systematic review.pt.
4 (metaanaly$ or meta-analy$).tw.
5 (review$ or overview$).ti.
6 literature review/
7 cochrane$.tw.
9 (synthes$ adj3 (literature$ or research$ or studies or data)).tw.
11 pooled analy$.tw.
12 ((data adj2 pool$) and studies).tw.
13 ((hand or manual$ or database$ or computer$) adj2 search$).tw.
14 (review or systematic-review or practice-guidelines).pt.
15 (review$ or overview$).ab.

16 (systematic$ or methodologic$ or quantitativ$ or research$ or literature$ or studies or trial$ or effective$).ab.
17 ((review$ or overview$) adj10 (systematic$ or methodologic$ or quantitativ$ or research$ or literature$ or studies or trial$ or effective$)).ab.
18 or/1-16
19 editorial.pt.
20 letter.pt.
21 case study.pt.
22 record review/
23 peer review/
24 (retrospective$ adj2 review$).tw.
25 (case$ adj2 review$).tw.
26 (record$ adj2 review$).tw.
27 (patient$ adj2 chart$).tw.
28 (peer adj2 review$).tw.
29 (chart$ adj2 review$).tw.
30 (case$ adj2 report$).tw.
31 exp case control studies/
32 exp prospective studies/
33 case studies/
34 animal studies/
35 "edit and review"/
36 (rat$ or mouse or mice or hamster$ or animal$ or dog$ or cat$ or rabbit$ or bovine or sheep).tw.
37. or/19-36
38. 18 not 37
39. 38 and urinary incontinence

CUIDEN

“calidad de vida” and “incontinencia”

CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

1^{++}	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con muy bajo nivel de sesgos.
1^{+}	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con bajo nivel de sesgos.
1^{-}	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con alto riesgo de sesgos.
2^{++}	Revisiones sistemáticas de calidad de estudios de casos y controles o de cohortes. Estudios de casos y controles o de cohortes de alta calidad con muy baja probabilidad de confusión y sesgo y alta probabilidad de relación causal.
2^{+}	Estudios de casos y controles o de cohortes bien dirigidos con baja probabilidad de confusión y sesgo y moderada probabilidad de relación causal.
2^{-}	Estudios de casos controles o de cohortes con alto riesgo de confusión y sesgo y significativo riesgo de relación no causal.
3	Estudios no analíticos, Vg. Informes de casos, series de casos, etc.
4	Opinión de expertos.

RECOMENDACIONES

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ECA de nivel 1 $^{++}$ y directamente aplicable a la población diana; o un cuerpo consistente de evidencias basadas principalmente en estudios de nivel 1 $^{+}$, directamente aplicable a la población objetivo y demostración global de las consistencia de los resultados.
B	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios de nivel 2 $^{++}$, directamente aplicables a la población diana , y demostración global de las consistencia de los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 1^{++} o 1 $^{+}$
C	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios de nivel 2^{+} directamente aplicables a la población diana, y demostración global de la consistencia de los resultados; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2^{++}.
D	Evidencias de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2^{+}

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE EVIDENCIAS

Un revisor realizó todas las búsquedas en las fuentes citadas anteriormente. A continuación, dos revisores independientes seleccionaron los artículos que tuviesen abstracts directamente relacionados con el área de incertidumbre que se pretendía contestar en cada momento. Las Guías de Práctica Clínica y las Revisiones

Sistemáticas fueron evaluadas en su totalidad, sin que se filtrase ninguna. Una vez finalizado este proceso, se redactaron las recomendaciones de aquellas áreas de incertidumbre en las que coincidieron los dos revisores. En caso de discrepancia, se recurrió a un tercer revisor externo.

PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN

El equipo de revisión realizará semestralmente búsquedas en las fuentes usadas para detectar la aparición de nuevos estudios en cada una de las áreas de incertidumbre. Cuando la modificación de recomendaciones alcance el 40% del total como consecuencia de esta actualización, se procederá a la re-edición de la Guía. En todo caso, si este proceso no se ha producido antes de 2010, la Guía se renovará completamente en esa fecha.

Resumen de recomendaciones

VALORACIÓN

B

Las enfermeras deben estar vigilantes y adoptar conductas proactivas tendentes a generar consultas en aquellos pacientes con factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria entre los que se encuentran la edad, la menopausia, el embarazo y parto, los problemas de continencia perinatales, y el elevado índice de masa corporal.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	GPC	2+ 3	B

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C

Las enfermeras deben reconocer las dificultades de algunos pacientes para tratar lo relacionado con su problema de incontinencia y deben ser proactivas preguntando a sus pacientes sobre su estado de continencia de forma oportunista durante las consultas habituales.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	GPC	2+ 2++	C

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

D

La valoración inicial en el varón con incontinencia urinaria debe incluir la cumplimentación de un diario miccional, urianálisis, estimación del volumen residual y tacto rectal.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación

Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**4**	**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

D

La valoración inicial en la mujer con incontinencia urinaria debe incluir la cumplimentación de un diario miccional, urianálisis, y cuando existan síntomas de disfunción vesical o infecciones urinarias de repetición, estimación del volumen residual.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**4**	**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

D

La valoración digital de la función muscular del suelo pélvico debe realizarse antes de iniciar cualquier programa de ejercicios de suelo pélvico.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**4**	**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

EDUCACIÓN

B

Los cuidadores de pacientes incapacitados con problemas de incontinencia deben ser instruidos y motivados para realizar Vaciamiento Programado de manera reglada.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Eustice S, Roe B, Paterson J. Vaciamiento motivado para el manejo de la incontinencia urinaria	**RS**	**2++**	**B**

en adultos. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.			

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

VACIAMIENTO PROGRAMADO

D

Si tras 4-7 semanas no se consigue continencia por períodos superiores a 2 horas puede plantearse la suspensión de la terapia de vaciamiento programado.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Lyons SS, Specht JKP. Research-based protocol: prompted voiding for persons with urinary incontinence. Iowa City, IA: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core, 1999.	**RS**	**Extrapolados de nivel 2+**	**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

REENTRENAMIENTO VESICAL

B

El reentrenamiento vesical debe ser ofertado a pacientes con IU de urgencia.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	**RS**	**2++**	**B**
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**2++**	**B**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

A

Los ejercicios de suelo pélvico deben ser propuestos a los pacientes con IU de esfuerzo o mixta como tratamiento de primera elección. Los programas de ejercicios deben ser enseñados a los pacientes para ser realizados por ellos.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
JBI, 2005 The Effectiveness of a Pelvic Floor Muscle Exercise Program on Urinary Incontinence Following Childbirth, Best Practice 9(2) Blackwell Publishing Asia, Australia.	**RS**	**1++**	**A**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

D

Los ejercicios de suelo pélvico pueden ser considerados como una parte del plan de tratamiento en pacientes con IU de urgencia.

REFERENCIA	Tipo	clasificado	Grado

	Estudio		recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**4**	**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

D

La valoración funcional de la musculatura pélvica mediante tacto anal o vaginal debe ser considerada prioritaria antes de iniciar cualquier programa de ejercicios.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**4**	**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

B

El tratamiento con ejercicios de suelo pélvico debe ser considerado en pacientes varones tras cirugía radical de próstata.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**1++** **4**	**B**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

CONOS VAGINALES

B

Si se considera el tratamiento conservador de la IU de esfuerzo o mixta, entonces, los conos deben ofrecerse como una opción al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con la esperanza de que se acepte algún tipo de entrenamiento dado que el tratamiento que se interrumpe no tiene posibilidades de funcionar.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.	**RS**	**Extrapolados de 1++**	**B**
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**	**1++**	**B**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

BIOFEEDBACK

B

Las mujeres que tienen dificultad en aislar la contracción de la musculatura pélvica pueden beneficiarse del Biofeedback.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al. Managing Acute and	**GPC**	**1++**	**B**

Chronic Urinary Incontinence. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians, No. 2. 1996 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996. AHCPR Publication No. 96-0682.			

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

COLECTORES DE ORINA

D

Los colectores se recomiendan en varones con grandes pérdidas durante el día.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Nursing management of patients with urinary incontinence. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2003 Dec. 40 p.	**GPC**	**4**	**D**
Varela Donoso E. Ayudas técnicas en el paciente con incontinencia urinaria. Rehabilitación, 1999; 6 (33):454-460.		**4**	**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

SONDAJE VESICAL

C **No se recomienda la sonda suprapúbica como alternativa al sondaje uretral.**

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.	RS	2++	C

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C **No se recomienda usar profilaxis antibiótica en sondajes uretrales.**

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los	RS	2++	C

problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.			

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C

No se recomiendan los controles bacteriológicos sistemáticos cuando no hay síntomas en un paciente con sonda.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.	**RS**	**2++**	**C**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C **Se recomiendan los catéteres recubiertos con aleación de plata en pacientes cateterizado a corto plazo.**

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.	**RS**	**2++**	**C**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C **No se recomienda el uso de catéteres con antibióticos ni antisépticos como alternativa a los catéteres estándar.**

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados (Revisión Cochrane	**RS**	**2++**	**C**

traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.			

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C

Pueden usarse indistintamente catéteres de silicona o látex sin que existan pruebas que el tipo de material afecte a la bacteriuria.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.	**RS**	**2++**	**C**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C

En los varones se recomiendan catéteres siliconados que puede causen menos efectos secundarios.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.	**RS**	**2++**	**C**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

C

Se recomienda la retirada precoz a medianoche de los catéteres en pacientes hospitalizados.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Griffiths R, Fernandez R. Políticas para el retiro de sondas uretrales permanentes a corto plazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com	**RS**	**2++**	**C**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

B **No hay datos sólidos que apoyen el uso sistemático del pinzado previo a la retirada de la sonda uretral.**

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Griffiths R, Fernandez R. Políticas para el retiro de sondas uretrales permanentes a corto plazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com	**RS**	**1+**	**B**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

ABSORBENTES

C **Se recomienda el uso de absorbentes de un solo uso provistos de polímeros superabsorbente.**

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Shirran E, Brazzelli M. Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	**RS**		**C**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

D

Los pacientes deben ser derivados al nivel secundario cuando no hayan surtido efecto los tratamientos o se valore la necesidad de tratamiento quirúrgico.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**		**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

D

Las mujeres en que se sospeche disfunción vesical o prolapsos deben ser derivadas al nivel especializado.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**		**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

D

Los hombres con reducción del flujo de la orina o aumento del volumen residual deben ser derivados al nivel especializado.

REFERENCIA	Tipo Estudio	clasificado	Grado recomendación
Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK	**GPC**		**D**

GPC: Guía Práctica Clínica RS: Revisión Sistemática

OBJETIVOS GENERALES DE LA GUÍA

- Ayudar a los profesionales sanitarios a aplicar el conocimiento basado en la investigación para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria.

- Propiciar la práctica enfermera avanzada en el cuidado de la incontinencia en hombres y mujeres a nivel especializado, primario y domiciliario.

ASPECTOS CLÍNICOS QUE CUBRE

¿Qué beneficios aporta la captación de pacientes incontinentes o con riesgo de incontinencia por enfermeras?

¿Qué aspectos clave hay que valorar en la incontinencia femenina?

¿Qué aspectos clave hay que valorar en la incontinencia masculina?

¿Qué tipo de abordaje pueden realizar los cuidadores de enfermos incapacitados incontinentes?

¿Qué terapias conductuales son adecuadas en la incontinencia urinaria de urgencia?

¿Qué terapias conductuales son adecuadas en la incontinencia urinaria de esfuerzo?

¿Cuándo se recomiendan las técnicas conductivas en el tratamiento de la incontinencia?

¿Qué tipo de técnicas conductivas son adecuadas en la incontinencia?

¿Bajo que circunstancias debe procederse a la derivación al médico o especialista?

PACIENTES A QUIENES VA DESTINADA

Personas con riesgo de padecer incontinencia urinaria: gestantes, puérperas, prostatectomizados y enuréticos.
Personas con pérdidas de orina y especialmente mujeres y personas mayores así como a sus cuidadores.

PROFESIONALES QUE PUEDEN HACER USO

Profesionales de la salud que puedan estar accesibles a pacientes con incontinencia: médicos y enfermeras. Está destinada especialmente a enfermeras que tratan con mujeres jóvenes, ancianas y ancianos así como aquellas que trabajan en plantas de hospital dedicadas a la urología, cirugía general y tocoginecología como

matronas, enfermeras comunitarias y enfermeras de áreas quirúrgicas.

De manera extensiva puede ser útil a otros profesionales de las ciencias de la salud como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos.

GUÍA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

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

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

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

La incontinencia urinaria aparece reflejada en la literatura médica como un síntoma asociado a multitud de patologías y en la literatura enfermera como un diagnóstico enfermero pues constituye una respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación y que lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar o de relación, en el grado de autonomía, y abocando a una situación de aislamiento[1] por la sensación de vergüenza,

con pérdida de la autoestima e incremento de la dependencia de terceras personas[2].

La *International Continent Society* [3] define la incontinencia urinaria (IU) como una situación en que la perdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrable objetivamente, genera un problema social e higiénico. La IU representa una patología compleja y de difícil solución, que limita la libertad individual y reduce la autoestima de las personas.

Los diagnósticos de enfermería referidos a la eliminación urinaria son ocho. Sin duda de los diagnósticos formulados con taxonomía NANDA los más usados son: funcional, de esfuerzo, urgencia, de riesgo de urgencia, total, y refleja. Fuera de este concepto quedan dos: un primer diagnóstico "general": Deterioro de la eliminación urinaria de escasa utilidad clínica, y el de Retención urinaria, que a su vez se relaciona en gran medida con la incontinencia refleja.

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

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de incontinencia urinaria en el mundo es de aproximadamente 50 millones de personas, siendo 2.5 millones los españoles afectados, aunque esta cifra pudiera estar algo inflada[4] [5]. La prevalencia encontrada [6] varía entre el 0.6% y el 49% según los estudios. Semejante variabilidad puede estar justificada por varios factores como:

- Definición poco clara de qué se considera IU:
    - Burgio[7] estudia mujeres entre 42-50 años definiendo IU :
        - 1 episodio en su vida: 58%
        - 1 episodio mes: 30,7%
- Método de obtención de datos:
    - Simenova[8] estudia mujeres en consulta médica: 44%
    - Foldspan[9] y Sommer[10] estudian mujeres mediante encuesta enviada por correo: 17% y 40 % respectivamente.
- Ocultismo:
    - 11,4% mujeres consultan con médico (Bretones)[11].
    - 21,3% (Sánchez González)[12].

Entre la población afectada se pueden distinguir cuatro grandes colectivos:

- Población infantil enurética: la prevalencia de este problema se sitúa en el 10-15% de los niños entre 5 y 7 años (antes de esta edad no se considera enurésis) y va disminuyendo un 1% con la edad hasta los 18 años. En la población mayor de 15 años se estima un 1% [13].
- Mujeres: diversos estudios sobre la IU muestran una mayor prevalencia en mujeres y un aumento de la misma con la edad, la menopausia y el número de partos[12]. En estudios sobre población femenina las prevalencias encontradas han oscilado entre el 40.6% y el 75%, según el grupo de edad [14 6]. Las mujeres que habían dado a luz por vía vaginal tuvieron un 52.1% de prevalencia de IU frente a un 27% de nulíparas. La edad de inicio de la incontinencia se produjo entre los 30-51 años[11].

  Aunque la relación entre parto vaginal e IU se ha dado por sentada, un estudio realizado en Dinamarca sobre 6.240 mujeres de entre 20 y 59 años elegidas aleatoriamente y estratificadas por edad según el censo de dos municipios daneses señala que los factores de riesgo para la incontinencia de stress son los siguientes [15]:
    - edad igual o superior a 40 años en el momento del segundo nacimiento.
    - incontinencia urinaria de aparición inmediata tras el parto.

- incontinencia durante la gestación.

En consecuencia parece que no es el parto en sí lo que supone un incremento del riesgo de incontinencia. Otro estudio[16] señala que no solo el parto, si no también el peso del feto y la alteración postural durante la gestación son factores de riesgo de padecer una incontinencia de orina en el periodo postparto al sobrecargar el periné anterior.

- Pacientes neurológicos: la incontinencia en ambos sexos puede verse influenciada por la presencia de diabetes mellitus (neuropatía), patología neurológica, intervenciones en la zona pélvica o abdominal y utilización de algún tipo de fármaco. Por ello, consideramos que la terminología NANDA que se refiere a la incontinencia urinaria refleja y que limita su uso exclusivamente a las situaciones de lesiones medulares debería extenderse a otras etiologías como las señaladas anteriormente y, quizás, atendiendo a que las enfermeras tratamos respuestas humanas sería más adecuado adoptar el término incontinencia por rebosamiento que se centra más en la conducta y menos en lo orgánico.
- Ancianos: en los ancianos aparecen prevalencias diferentes según el nivel asistencial estudiado. El 15% para la población mayor de 65 años no institucionalizada (Damian J.)[17], aunque otros autores como Gavira Iglesias[18] encuentra un

36% igual que Sánchez González que informa un 36,2%.

Zunzunegui[19] estudió una muestra de 1560 mayores de 65 años sobre la base poblacional de los empadronados en Leganes y encontró una prevalencia del 14% (IC 95%, 11-17) en varones y 30% (IC 95%, 26-34) en mujeres. La edad avanzada estaba asociada a una mayor prevalencia en los varones pero no en las mujeres. En el análisis multivariante, los factores asociados a la incontinencia urinaria fueron la comorbilidad y el déficit cognitivo; en las mujeres se añadían, además, el índice de masa corporal elevado y las limitaciones graves de movilidad.

El seguimiento de 5 años realizado por Gavira[20] a 827 sujetos seleccionados en 1996 entre 5.139 personas de 65 o más años, mediante muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y seguidos entre 1996 y 2001, encontró una prevalencia del 36% en 1996 y del 46% en 2001. La mortalidad fue similar en continentes e incontinentes. El 54,5% de los sujetos continentes en 1996 permaneció igual en 2001. Las tasas de incidencia y remisión a los 5 años fueron del 29 y 15%, respectivamente. En ambos sexos, la incontinencia ligera y moderada evolucionó principalmente hacia grados moderados y severos, mientras que la IU severa permaneció sin cambios en el 40,1%. La autopercepción de salud y la situación funcional

son las principales variables que influyen tanto en la supervivencia como en la incidencia.

Pérez Bastarrica[21] comunica que entre el 40 y el 60% de los ancianos institucionalizados en residencias asistidas son incontinentes, cifra que se sitúa en el 33,07% en unidades de larga estancia.

En cuanto al coste económico se estima que alcanza el 2% del presupuesto en países desarrollados[22 23].
El 90% del gasto[23] se debe a los accesorios, el 2% al diagnóstico y tratamiento y el 8% a estancias hospitalarias y cuidados rutinarios.
En España en 1996[24] supuso 155 millones de euros, (3,2% de la prestación farmacéutica del SNS).
Según la memoria del Servicio Andaluz de Salud correspondiente al año 2000, en Andalucía se consumen 861.000 envases de pañales de incontinencia con un gasto de 43,7 millones de euros.

FISIOLOGÍA

La continencia resulta del correcto funcionamiento y coordinación de la vejiga y la uretra durante la fase de llenado vesical, así como de la

integridad de estas dos estructuras y de los centros nerviosos responsables de su actividad.

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

ESTRUCTURAS RESPONSABLES DE LA CONTINENCIA.

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

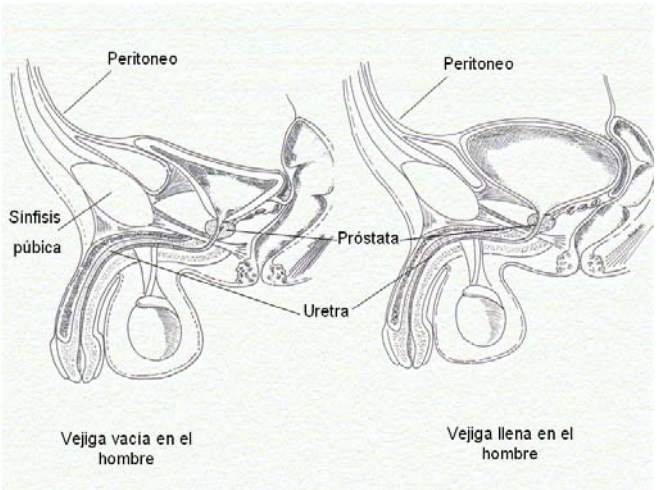
Vejiga. Es un órgano hueco compuesto por una estructura muscular encargada de la contracción vesical -el detrusor- y la región anatómica de salida al exterior -el trígono-. El detrusor está formado por un 70% de fibras elásticas y un 30% de fibras colágenas.

En contacto con la orina, se encuentra la mucosa, epitelio transicional que posee múltiples pliegues, cuya misión es aumentar la superficie de contacto con la orina y también una labor de reabsorción de agua y por consiguiente de concentración de la orina. Debajo de ella se sitúa la submucosa.

A nivel de la mucosa existen múltiples receptores propioceptivos que darán información al S.N.C.

Entre las fibras musculares del detrusor hay gran cantidad de tejido elástico que favorece la distensibilidad de la vejiga.

Durante la fase de llenado, la orina producida por los riñones alcanza la vejiga a través de los uréteres a una velocidad de 0,5-5,0 ml/min. La presión en el interior de la vejiga (presión del detrusor) permanece aproximadamente constante durante el proceso de llenado y durante este periodo la presión en la uretra puede exceder la de la vejiga para mantener la continencia.



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

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

La mucosa uretral tiene una dependencia hormonal estrogénica (origen embriológico común junto con el trígono y otras estructuras del aparato reproductor femenino), lo que en situaciones de descenso de los niveles de hormonas produce adelgazamiento de la mucosa favoreciendo la incontinencia.

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

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

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

2) Otro grupo lo forman los Celes o Prolapsos. Constituyen descensos de los órganos de la pelvis por insuficiencia del soporte muscular e incluyen los cistocele, prolapsos de vejiga, uteroceles, prolapsos de útero o matriz y rectoceles o prolapsos de recto.

3) En un último grupo encontramos los dolores pélvicos no filiados o algias pélvicas y disfunciones sexuales.

¿Cómo se lesionan estos músculos?

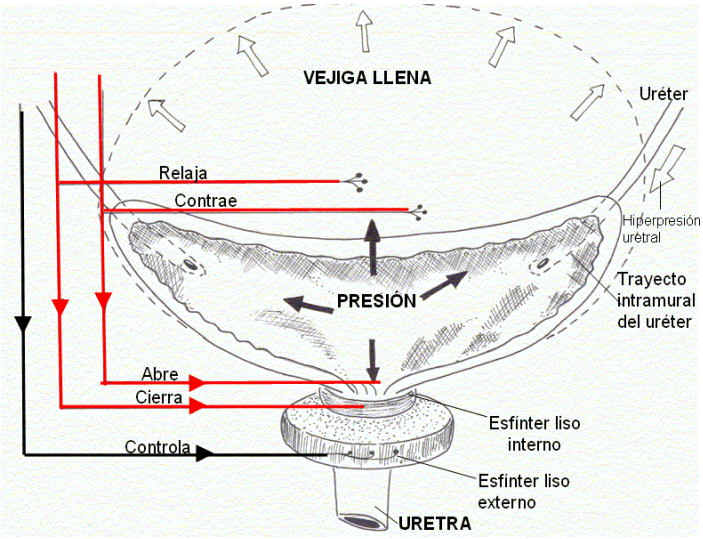
Son diversas las circunstancias que debilitan la musculatura pélvica[25] y es conveniente conocer:

- ✓ Los embarazos y partos repetidos, en especial si se trata de niños de elevado peso al nacer o son partos prolongados, desgarros perineales durante el parto, recuperación post-parto insuficiente y/o mal dirigida, etc.
- ✓ Una preparación y/o recuperación insuficiente en las intervenciones efectuadas sobre los órganos pélvicos, como sucede en histerectomías, cirugías de colon y recto, intervenciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria, cirugías de vejiga y próstata en el varón, etc. se acompañan de lesiones y disfunciones musculares pélvicas de grado variable susceptibles de rehabilitación.
- ✓ La actividad deportiva que desarrolla la paciente, la frecuencia y la intensidad de entrenamiento. En general todos aquellos deportes que provoquen un aumento importante de la presión intraabdominal, suponen un factor de riesgo perineal. Entre los deportes más hiperpresivos destacan: los ejercicios abdominales clásicos, el atletismo, el baloncesto, el aeróbic y el tenis, con valores de presión intraabdominal superiores a 110 mm de Hg, mientras que la natación y el ciclismo son los que menos presión intrabdominal generan. Según un estudio realizado por Elleuch[26] et al sobre 105 alumnas de Educación física, con una media de edad de 21,5 años que practicaban deporte de competición, el 62,8 % presentaban incontinencia de orina de esfuerzo relacionada con las actividades deportivas.
- ✓ Los cambios que acontecen durante la menopausia y el envejecimiento normal, la influencia hereditaria y

la presencia de determinados hábitos: retener mucho tiempo la orina, hacer presión con el abdomen, utilizar fajas o prendas muy ajustadas, la obesidad, el estreñimiento, la tos crónica que produce el tabaquismo, etc. pueden aumentar la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo derivada de la lesión de los músculos pélvicos.

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

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



Los centros medulares que actúan sobre la micción son: el núcleo simpático (metámera D1O-L2, núcleo parasimpático (metámera S2-S4) y núcleo somático (metámera S3-S4). La coordinación de los núcleos medulares la realiza un centro superior, denominado núcleo pontino, auténtico eje de la micción.

El orinar es un acto voluntario y consciente que se consigue gracias al control que ejercen los centros superiores sobre el núcleo pontino que informa a la corteza cerebral del llenado vesical, y la necesidad de micción se controla por inhibición del reflejo miccional, hasta que se pueda orinar en un lugar adecuado.

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

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR INCONTINENCIA

Son diversos los factores[27]que pueden contribuir a aumentar el riesgo de padecer incontinencia y que pueden interesar a los sanitarios de cara a prevenir a sus pacientes:

- **FACTORES DE RIESGO EN HOMBRES Y MUJERES**

La edad es un factor de riesgo que contribuye a aumentar la prevalencia de incontinencia, incrementándose con la edad para alcanzar el 46% en mujeres y el 34% en hombres por encima de los 80 años.
La prevalencia de incontinencia es elevada en adultos que sufrieron enuresis o pérdidas diurnas cuando eran niños.

3

- **FACTORES DE RIESGO EN HOMBRES**

Aunque la cirugía de próstata se ve seguida de problemas de incontinencia, no existen trabajos que aclaren suficientemente cuales son los factores de riesgo de incontinencia en el varón.

➢ FACTORES DE RIESGO EN MUJERES

Existe evidencia fundada sobre el desarrollo de incontinencia en relación al embarazo y parto. En particular:

- Los efectos del embarazo parecen ser algo más que puramente mecánicos. Mujeres sin problemas previos de incontinencia pueden presentarlos muy al principio de la gestación y prolongarse hasta el puerperio. No se ha podido relacionar los mismos con el aumento de tamaño del útero grávido que presiona la vejiga.
- La prevalencia de incontinencia se incrementa cuando esta aparece ya durante el embarazo y/o en las semanas que siguen al parto. 2+
- El uso de forceps en el parto se relaciona con el desarrollo de incontinencia de esfuerzo.
- La incontinencia urinaria que aparece en el embarazo o después del parto, y que persiste tres meses después es un indicador de problemas de continencia a largo plazo. El riesgo[28] de presentar incontinencia de esfuerzo en los 5 años posteriores al parto se incrementó en aquellas mujeres que presentaron incontinencia durante su primer embarazo (OR 3,8 ;95% IC, 1,9-7,5), también para aquellas que padecieron pérdidas en las 6 semanas siguientes al post-parto (OR 4,5 ;95% IC, 1,5-13,2).
- La edad de la madre, y el peso del niño son un factor de riesgo para la continencia. 3

B

Las enfermeras deben estar vigilantes y adoptar conductas proactivas tendentes a generar consultas en aquellos pacientes con factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria entre los que se encuentran la edad, la menopausia, el embarazo y parto, los problemas de continencia perinatales, y el elevado índice de masa corporal.

CLASIFICACIONES EN LA INCONTINENCIA

En la clínica médica pueden encontrarse multitud de clasificaciones sobre IU que varían su nomenclatura según el autor, aunque en la generalidad de los casos se trata de variaciones de nombre sobre un mismo o muy similar concepto. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)[29] clasifica las incontinencias en la actualidad mediante cinco etiquetas diagnósticas que pueden hacerse corresponder con nomenclatura usada en la clínica médica, en este caso, sin embargo, ***el interés de la disciplina enfermera no es la etiología sino la respuesta***, en términos conductuales, que la pérdida de orina involuntaria genera en los individuos.

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

uretritis atrófica, fármacos (sedantes, diuréticos, anticolinérgicos, antagonistas del calcio), disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hiperglucemia e hipercalcemia), inmovilidad e impactación fecal.

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

Incontinencia por rebosamiento. Ocurre cuando la presión de llenado vesical excede a la uretral, pero sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga sin que exista actividad del detrusor. Suele corresponder a la etapa final de la obstrucción del tracto inferior urinario y se caracteriza por un residuo postmiccional superior a 100 ml. Existen dos

mecanismos de producción. El primero, por obstrucción, al existir un obstáculo en el flujo miccional, las fibras musculares del detrusor se hipertrofian, pero con el tiempo pierden su capacidad de contracción produciendo un insuficiente vaciado de orina y el consiguiente residuo vesical. Puede aparecer en ambos sexos aunque es más frecuente en el varón por la hipertrofia benigna de próstata. La otra causa son los fármacos: antihipertensivos, antagonistas del calcio e inhibidores de prostaglandinas (AINEs), que disminuyen la contractibilidad del detrusor. Clínicamente se manifiesta con síntomas obstructivos, aunque algunos pacientes pueden referir polaquiuria. **La NANDA la llama Incontinencia urinaria refleja**: estado en que la persona experimenta una pérdida involuntaria de orina, que ocurre con intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen determinado en la vejiga, como se ha dicho antes preferiríamos adoptar el término **"por rebosamiento"**.

Incontinencia de estrés. Conocida también como incontinencia de esfuerzo pura o genuina. Se produce cuando el aumento de presión intrabdominal supera la resistencia uretral, permitiendo la expulsión de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor. Entre sus causas se incluyen la deficiencia estrogénica, la debilidad de los músculos pelvianos, la debilidad del esfínter uretral y la obesidad. Clínicamente existen pequeñas pérdidas de orina después de la tos o de un acceso de risa o cualquier actividad física que aumente la presión abdominal. El residuo postmiccional es mínimo. Su

prevalencia se sitúa entre el 40-50%[30]. **La NANDA la llama Incontinencia urinaria de estrés:** se define como el estado en que la persona experimenta una pérdida de orina de menos de 50 ml que se produce al aumentar la presión abdominal.

Incontinencia funcional. Este tipo de incontinencia tiene lugar cuando una persona continente con tracto urinario intacto no desea o es incapaz de alcanzar el retrete para orinar. Son variadas las situaciones que contribuyen a este tipo de incontinencia, entre ellas: depresión, hostilidad, alteraciones musculosqueléticas, ausencia de iluminación en la habitación, etc. **La NANDA la llama Incontinencia urinaria funcional**: estado en que la persona normalmente continente , no puede llegar al inodoro a tiempo pare evitar la pérdida involuntaria de orina.

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

Incontinencia neurógena. Puede ser:

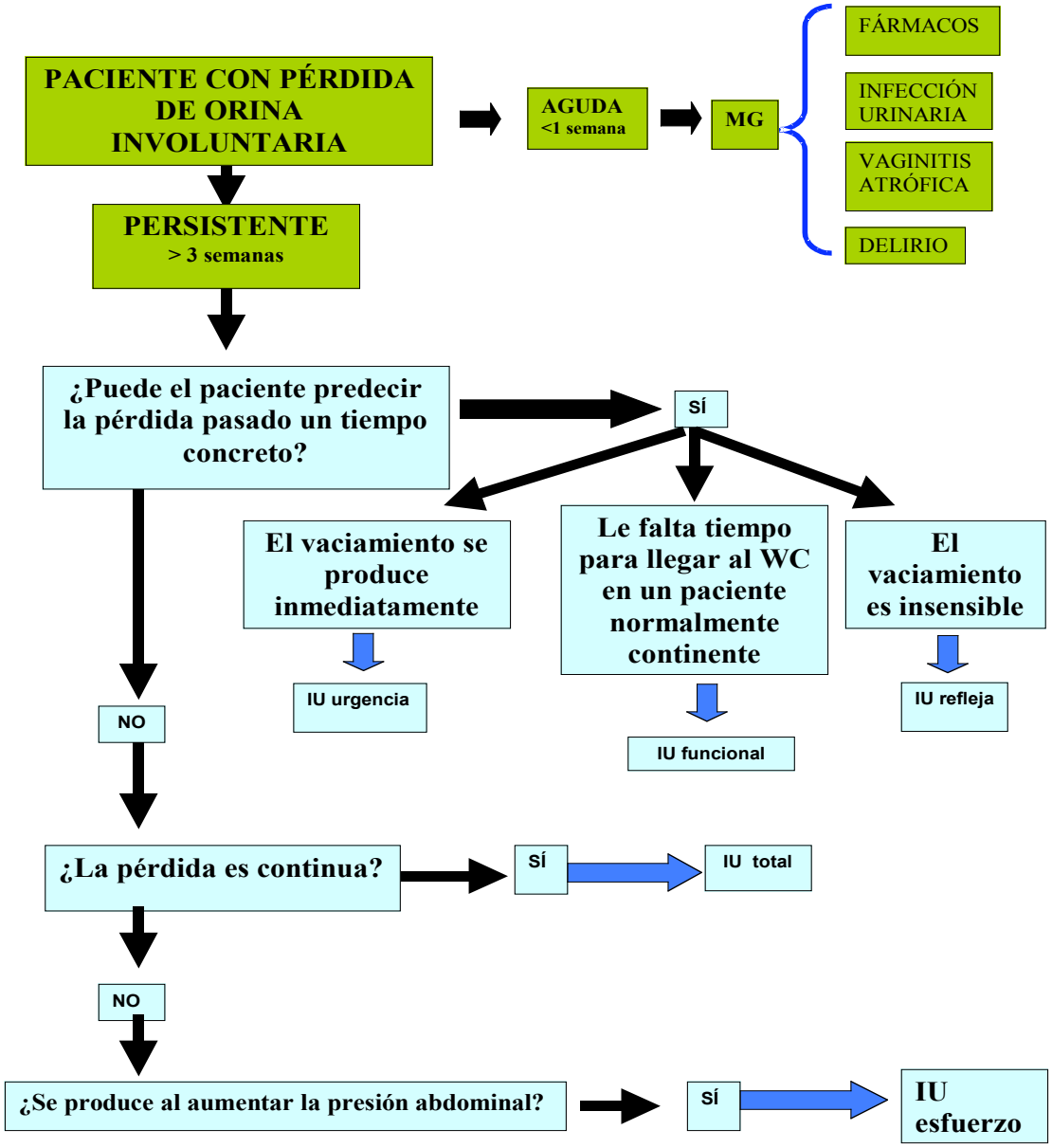
- Hiperrefléxica. Por afectación de la primera motoneurona. Se define como hiperactividad del detrusor y surge en traumatismos craneoencefálicos, ACV, tumores cerebrales,

esclerosis múltiples en fases iniciales, demencias, enfermedad de Parkinson, etc. Clínicamente se manifiesta como una IU de urgencia.

- Arrefléxica. Por afectación de la segunda motoneurona. Se produce una ausencia de contracciones del detrusor y aparece en tetraplejia, paraplejia, espina bífida y esclerosis múltiple en fases avanzadas. Clínicamente se manifiesta como una IU por rebosamiento.

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

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA



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

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

INCONTINENCIA URINARINARIA DE ESFUERZO

R/C	NOC		NIC	
Debilidad de los músculos y soportes pélvicos.	021202 020903 021210	Tono muscular. Movimiento muscular sostenido Movimiento muscular en el tiempo deseado.	0610 0560	Cuidados de la incontinencia urinaria. Ejercicio del suelo pélvico.
Aumento de la presión abdominal por obesidad.	100405	Relación peso/talla		
M/P				
Goteo de la orina al aumentar la presión abdominal.	050211	Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos).		
Urgencia urinaria.	050203	Responde de forma adecuada la urgencia.		
Intervalo entre micción < 2 horas.	050331	Micción frecuente.		

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

INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA.

R/C	NOC		NIC	
No desde el modelo de V Henderson				
M/P				
Falta de sensación de urgencia de miccionar. Sensaciones asociadas con la repleción vesical, tales como sudación, agitación y malestar abdominal. Falta de sensación de repleción vesical.	0502.01	Reconoce la urgencia de miccionar.	0610	Cuidados de la incontinencia urinaria.
Vaciado completo con lesión por encima del centro póntico de la micción.	0503.13	Vacía la vejiga completamente.		
Incapacidad para inhibir o iniciar voluntariamente la micción. Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical.	0502.08 0502.01	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina. Reconoce la urgencia de miccionar.		
Patrón previsible de micción.	0502.02	Patrón predecible del paso de orina.	1804	Ayuda con los autocuidados: aseo.
Vaciado incompleto con lesión por encima del centro sacro de la micción.	0503.32	Retención urinaria.	0620 0582	Cuidados de la retención urinaria. Sondaje vesical:intermitente

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

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA.

R/C		NOC		NIC	
	Toma de alcohol o cafeína	160906	Evita las conductas que potencian la patología	5240	Asesoramiento
	Aumento de la ingesta de líquidos	060215	Ingesta adecuada de líquidos	4120	Manejo de líquidos
	Aumento de la concentración de la orina	060219	Orina oscura		
	Sobredistención vesical	050209	Vacía la vejiga completamente	0570	Entrenamiento de la vejiga urinaria.
M/P					
	Urgencia urinaria	050203	Responde de forma adecuada a la urgencia.	0570	Entrenamiento de la vejiga urinaria.
	Frecuencia superior a una micción cada 2 horas.	050331	Micción frecuente.		
	Incapacidad para llegar al WC a tiempo.	050205	Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina.	6480	Manejo ambiental.
	Contractura o espasmo vesical.			0610	Cuidados de la incontinencia urinaria.
	Nicturia.	050333	Nicturia.	0610	Cuidados de la incontinencia urinaria.
	Micciones < 100cc	050303	Cantidad de orina.	0610	Cuidados de la incontinencia urinaria.
	Micciones > 550cc				

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

INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL				
R/C	**NOC**		**NIC**	
Deterioro de la visión Limitaciones neuromusculares Alteraciones de los factores ambientales	050208	Uso independiente de inodoro sin barreras ambientales	6480	Manejo ambiental.
M/P				
Percepción de la necesidad de miccionar y capacidad para vaciar completamente la vejiga.	050201 050209	Reconoce la urgencia miccional. Vacía completamente la vejiga.	0610 0600	Cuidados de la incontinencia urinaria. Entrenamiento del hábito urinario.
El tiempo requerido para llegar hasta al inodoro excede del tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada. Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.	050205	Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina.	6480 0610 0600	Manejo ambiental. Cuidados de la incontinencia urinaria. Entrenamiento del hábito urinario.

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

INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

R/C		NOC		NIC	
	No desde el modelo de V Henderson				
M/P					
	Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos. Falta de conciencia del llenado vesical. Falta de conciencia de la incontinencia.	0502.01 0502.02	Reconoce la urgencia de miccional. Patrón predecible del paso de orina.	0610 1804	Cuidados de la incontinencia urinaria. Ayuda con los autocuidados: aseo.
	Incontinencia refractaria al tratamiento	2301.01	Efectos terapéuticos esperados presentes		
	Nicturia	0503.33	Nicturia.		

*Estos algoritmos se han desarrollados sobre la base conceptual que puede encontrarse en: Morilla Herrera, JC; Morales Asencio, JM; Martín Santos, FJ; Cuevas Fernández Gallego, M .El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. : M. Enf. 2006 ene; 8(10):58-62 y 2006 mar; 9(2):6-12

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración del paciente incontinente puede llegar a ser compleja. La primera cuestión a discernir es si se trata de un problema de autonomía o de un verdadero diagnóstico enfermero. Debe tenerse en cuenta, por tanto, la capacidad física e intelectual del paciente para realizar una conducta que mejore o resuelva la alteración de la necesidad. Por tanto, será de utilidad realizar previamente algún test cognitivo como por ejemplo Pfeiffer y valorar su funcionalidad (Katz o Barthel). Si el paciente dispone de esta capacidad, es decir, es autónomo deberemos interrogarlo para saber si percibe o no la necesidad de orinar y cómo la percibe (Vg. ¿urgencia?). Las circunstancias en que se produce la pérdida deben ser valoradas: esfuerzos, tos, dificultad para el desplazamiento, disponibilidad de elementos de vaciado. La movilidad es, por tanto, un elemento a valorar y las respuestas anómalas en esta necesidad deben ser normalizadas o suplementadas prioritariamente.

La ingesta, fundamentalmente hídrica, y los estimulantes y medicamentos deben ser considerados (hemos de tener presente que numerosos medicamentos actúan sobre el sistema urinario, como los diuréticos, los hipotensores, los vasodilatadores, los neurolépticos, los miorrelajantes, y los antidepresivos, pudiendo dificultar el éxito del tratamiento). Los pacientes con IU a menudo restringen los líquidos para aminorar el riesgo de pérdidas involuntarias[31]. La suposición de que existe relación entre el incremento de la ingesta líquida y el aumento del número y la frecuencia de pérdidas son lógicos y han sido sostenidos empíricamente por mujeres asintomáticas[32] y en mujeres con IU[33]. Hasta la fecha existe evidencia

muy modesta, sin embargo, esta sugiere que el incremento del volumen líquido no contribuye a IU y puede, de hecho, reducir la pérdida involuntaria de la orina. En un estudio que comparó el efecto de disminuir, aumentar, o mantener la ingesta líquida, 20 participantes atribuyeron la mejoría de sus síntomas al incremento de la ingesta líquida[34]. Sin embargo, los niveles de adherencia fueron pobres, y las conclusiones estadísticas difíciles de interpretar, sobre todo porque la adherencia fue más débil en el grupo que aumento los líquidos.

Los pacientes con IU, antes de solicitar consejo profesional suelen usar múltiples estrategias para mantenerse secos y una de ellas es la restricción de líquidos, por ello antes de recomendar el incremento de la ingesta de líquidos sería apropiado empezar por otras técnicas que aumenten su confianza en nuestros consejos. La evidencia para aumentar la ingesta de líquidos en IU es modesta y los estudios futuros deberían explorar la manera de introducir esta terapia en aras de conseguir mayor adherencia. Se precisa, así mismo, investigar el efecto previsiblemente distinto que la modificación de la ingesta hídrica tenga en tipos específicos de IU.

La nutrición debe revisarse y modificarse los hábitos que puedan contribuir a aumentar las pérdidas, debe tenerse presente que la obesidad y la constipación son factores contribuyentes. Existe evidencia abundante de la relación entre IU y la obesidad[35] [36] [37] [38] [39].Los Expertos teorizan sobre si el incremento de peso aumenta la presión intrapélvica y contribuye a la debilidad del suelo pélvico[40] [41] [42]. La evidencia actual apoya la pérdida ponderal como una intervención para la IU. La mayoría de mujeres con obesidad mórbida que se sometieron a gastroplastia recobraron la continencia

y la mantuvieron 1 año más tarde[43]. En un ensayo controlado aleatorizado, mujeres con obesidad moderada que perdieron un promedio de 15 kg experimentaron un 51% de reducción en episodios semanales de IU[44]. Sin embargo, está menos documentado el efecto de la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso pero no clínicamente obesos o en hombres.

Los profesionales sanitarios venimos recomendando cambios dietéticos, sobre todo la reducción de cafeína[33]. La cafeína es un estimulante extensamente utilizado que se encuentra en el café, en el té, en el chocolate, en las colas, y en algunas drogas sin receta. Los informes de una relación entre cafeína y los síntomas urinarios del tracto inferior, sin embargo, son contradictorios [45 46 47].

El tabaco se ha asociado con una incidencia aumentada de IU[37 48] .Aunque el mecanismo fisiológico de esta relación no es bien comprendido, los expertos postulan que la tos crónica y potencialmente violenta que acompaña a muchos fumadores puede llevar a defectos anatómicos[49]. La nicotina puede tener también un efecto directo ya que induce una contracción del detrusor in vitro[50].

El sueño y descanso pueden verse alterados por la necesidad de orinar o el escape, y en la comunicación el déficit de autoestima y la ansiedad pueden hacerse patentes.

La incontinencia constituye un elemento de riesgo de deterioro de la integridad cutánea en escalas como Norton o Braden.

DIFICULTADES PARA LA CAPTACIÓN

Se estima que menos de la mitad de la población que padece una incontinencia moderada o severa solicitará ayuda profesional. Las barreras que condicionan esta conducta[27] tienen que ver con la "vergüenza", el desconocimiento de la existencia de tratamientos o la percepción de que la incontinencia es un fenómeno normal que forma parte de la edad. Muchos adultos con incontinencia practican medidas perjudiciales para el control de su problema como la limitación de la ingesta de fluidos o el aumento de vaciamiento indiscriminado potenciando la inestabilidad del detrusor. 4 2+

Algunas estrategias para aumentar la sensibilidad de la población al problema de la incontinencia se han fundamentado en el uso de publicidad (televisión, radio, periódicos, póster, etc.), información a través de asociaciones de incontinentes, Internet, contacto directo con proveedores de salud, familiares, amigos o equipos de atención primaria. Sin embargo, las barreras más habituales[27] provienen del sentimiento de vergüenza y la dificultad para obtener una valoración adecuada por profesionales motivados. 2+

Es difícil evaluar el impacto de una iniciativa de promoción[27] debido a que son muchas las variables que inciden en la selección que los individuos hacen de sus fuentes de información. Es necesario desplegar estrategias que orienten a la población a solicitar ayuda de cara a prevenir síntomas de incontinencia. 2+

Los servicios de telecuidados[27] ofrecen la posibilidad a los individuos con incontinencia de recibir información evitando la vergüenza de la presencialidad. 4

Los hombres con incontinencia y las mujeres con problemas severos [27] son los que con más probabilidad solicitaran ayuda por si mismos. 2++ 2+

C

Las enfermeras deben reconocer las dificultades de algunos pacientes para tratar lo relacionado con su problema de incontinencia y deben ser proactivas preguntando a sus pacientes sobre su estado de continencia de forma oportunista durante las consultas habituales.

VALORACIÓN FOCALIZADA

Las enfermeras que pretendan intervenir sobre el problema de la IU en sus múltiples formas deberán adquirir habilidades de valoración avanzadas. La mayoría de los métodos diagnósticos más simples pueden ser usados con éxito por enfermeras en atención primaria y especializada[51 52 53], una historia clínica minuciosa es crucial y su combinación con pruebas simples como el pad test o el diario miccional aportaran información suficiente para iniciar las intervenciones de cuidado que se caracterizan por su nulo riesgo y bajo coste.

- ✓ **Aplicación de test de aproximación al diagnóstico validados[6] algunos de los cuales exponemos a continuación:**

APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE IU DE ESFUERZO EN LA MUJER

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%**

APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE IU DE URGENCIA EN LA MUJER

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%**

APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE IU DE URGENCIA EN EL HOMBRE

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%.**

APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE IU PROSTÁTICA EN EL HOMBRE

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%.**

- ✓ **Cuantificación de las pérdidas**

Al objeto de cuantificar la pérdida de orina[25], la Sociedad Internacional para la Continencia propone la

utilización del denominado "Pad Test" o "Test de la Compresa".

Este test se realiza a lo largo de una hora, con la vejiga llena y tras ingerir el paciente un volumen de 500 ml de agua en un período máximo de 15 minutos.

A la media hora el paciente se coloca una compresa, que se ha pesado previamente con una báscula digital, y debe realizar las siguientes actividades: subir un piso de escaleras, levantarse y sentarse diez veces consecutivas, toser con fuerza diez veces, correr sobre el mismo punto durante un minuto, agacharse a coger un objeto del suelo cinco veces consecutivas, y finalmente lavarse las manos en agua fría corriente durante un minuto.

Tras los ejercicios, se debe volver a pesar la compresa para cuantificar la fuga de orina. Diferencias de peso de + 1 o + 2 g se consideran normales puesto que pueden incluso deberse a la propia sudoración del periné o al flujo vaginal. Los resultados del test se expresarán en gramos de orina perdidos durante una hora.

En un estudio realizado por Sutherst et al en una población de 100 mujeres incontinentes y 50 mujeres continentes, la pérdida media de orina siguiendo el Test de la compresa es de 0,8 g en las pacientes con control normal de la orina, de 25,7 g en las mujeres con incontinencia urinaria de stress y de 20,7 g en las pacientes con incontinencia de urgencia; además observaron que mientras las pacientes con incontinencia de stress sufrían una media de 5-6 escapes a lo largo de la hora de duración del test, las mujeres con urgencia miccional solo referían 1-2 pérdidas de orina.

Cuatro estudios[27] refieren que con esta técnica puede conseguirse un mejor encuadre del problema, sin embargo, existe discusión sobre si la solicitud de estas 2+

pruebas puede incrementar la ansiedad del paciente y disminuir su cumplimentación. Un estudio asegura que la información obtenida no añade nada a la que puede obtenerse sencillamente preguntando al paciente.
Varela[82] propone medir la intensidad de la incontinencia usando como referencia, el número de veces por día que el paciente precisará cambiarse de ropa interior o compresa para mantenerse seco y poder hacer su vida normal. Así, se puede clasificar en leve (no más de tres veces por día), moderada (de tres a seis veces por día), y severa (más de seis veces por día).
También cabe clasificarla según la forma de presentación de la incontinencia en: incontinencia manifiesta en decúbito supino, mínima incontinencia en decúbito supino, incontinencia ante mínimos esfuerzos, e incontinencia ante grandes esfuerzos.

Sandvik et al., 1993; Hanley, Capewell, & Hagen, 2001 proponen[54] dos pequeños test cuyas puntuaciones se multiplican para obtener un índice de severidad:

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

La severidad es descrita por el resultado del producto de la puntuación obtenida en la primera pregunta multiplicada por puntuación obtenida en la segunda pregunta, de modo que:

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

- ✓ **Medir Calidad de Vida relacionada con Salud (CVRS) en pacientes incontinentes**

Analizar el estado de salud de los pacientes y su CVRS es esencial en la investigación y evaluación de nuevos tratamientos para detectar los beneficios terapéuticos.
El impacto que tiene la incontinencia sobre la calidad de vida de los pacientes sólo puede medirse mediante robustos test psicométricos. 2++
A la hora de medir la CVRS de pacientes con IU se han utilizado cuestionarios[55] genéricos y específicos. Los cuestionarios genéricos utilizados son el Sickness Impact Profile1, el Nottingham Health Profile y el Short Form 36. El principal inconveniente que presentan es que, al incluir dimensiones genéricas de la CVRS, pueden ser poco sensibles a los cambios clínicos. Los cuestionarios específicos incluyen aspectos relacionados con el impacto y la gravedad de los síntomas urinarios específicos para pacientes con IU. Existen muchos cuestionarios específicos para la IU, como el Incontinence Impact Questionnaire, el SEAPQMM, el Urological Distress Inventory, el Bristol

Female Lower Urinary Tract Symptoms, el I-Qol y el King's Health Questionnaire (KHQ); el hecho de que existan tantos probablemente indica la dificultad de medir la CVRS en esta afección.

- ✓ **Realizar la historia urinaria y de otros eventos de salud relacionados:**

Durante el proceso de evaluación la enfermera debe obtener información básica respecto de:

- **Historia urinaria**
- **Duración de la IU.**
- **Severidad: cantidad de escapes.**
- **Frecuencia de IU diurna.**
- **Nicturia.**
- **Enuresis nocturna.**
- **Presencia de infección urinaria.**
- **Tratamientos previos, cirugía o tratamientos por otros problemas urinarios.**

1-4

Deben extraerse los datos relevantes de la historia de salud:

- **Diabetes.**
- **Esclerosis múltiple.**
- **Limitaciones de la movilidad.**
- **Deterioro de la memoria.**
- **Lesiones o cirugía de la médula espinal.**
- **ACV.**
- **Otras lesiones neurológicas.**

4

✓ **Realizar el examen físico[56] [57]**

INCONTINENCIA	EXPLORACIÓN FÍSICA	VOLUMEN RESIDUAL
URGENCIA	Puede ser normal salvo deficiencia subyacente: demencia, ictus.Estos pacientes pueden no sentir urgencia.	<50 cc
ESFUERZO	Pude ser normal o revelar atrofia vaginal o cistocele.	Mínimo
REFLEJA	Normal o distensión vesical, disfunción neurológica,hipertrofia prostática o impactación fecal.	>100 cc
FUNCIONAL	Normal o signos de deterioro de la movilidad física.	Normal

- **Exploración perineal.**

La valoración de la función muscular pélvica[27] debe realizarse de forma prioritaria antes de instaurar cualquier terapia sobre el suelo pélvico. El examen digital anal o vaginal es adecuado para medir la intensidad y resistencia de la contracción muscular del suelo pélvico.

En el tacto vaginal se pide a la mujer que intente apretar con fuerza los dedos del explorador[58] y se observan diferentes parámetros según la escala usada. Las más conocidas son las de Brink, la escala de Worth y la de Laycock.

La Escala de Brink se diferencia de la Escala de Worth en que, además de realizarse de forma

4

bidigital, es más exacta en cuanto que presenta más gradaciones y añade un nuevo grado y una nueva variable a valorar: el desplazamiento de la musculatura en el plano vertical. Por el contrario, la Escala de Laycock describe de forma más detallada lo que el examinador debe percibir en sus dedos en cada uno de los 5 grados. Además permite grados intermedios con el empleo de los signos "+" y "-". Esta última es la más usada en el reino Unido.

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

Escala de Laycock[25]

Aunque es menos usual podemos valorar el periné con el uso de un perineómetro de Kegel[25].

Perineómetro	*Escala de valoracion Laycock*
0-30 mm Hg	Grado 1 y 2
30-40 mm Hg	Grado 3 y 4
50-60 mm Hg	Grado 5
>60 mm Hg	Grado 5 +

Tabla de equivalencias aproximadas entre la escala de valoración de Laycock y la presión medida por el perineometro manométrico en mm Hg

Otro test muy sencillo[25] para evaluar la eficacia de la musculatura elevadora, es mediante una sonda o un tubo de pírex introducido en la vagina. Si al solicitar a la paciente la contracción del suelo pélvico observamos una horizontalidad del tubo, nos indica que el músculo elevador del ano es eficaz en su función elevadora sobre los órganos pélvicos.

Con frecuencia pueden observarse cistoceles o prolapsos de la vejiga que se clasifican según la distorsión anatómica en:

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

Útil y fácil de realizar es el test de provocación que consiste en la observación directa de la pérdida de orina al toser, con la vejiga llena, en tres posiciones (decúbito supino, decúbito lateral y bipedestación):

- IU de esfuerzo: la pérdida es inmediata.
- IU de urgencia: es más intensa en bipedestación y hay un pequeño intervalo entre el toser y el escape.

La Prueba de Bonney-Kead-Marchetti consiste en la elevación del cuello vesical: se introducen los dedos segundo y tercero de la mano en la vagina elevando el cuello vesical y se repite el test de provocación. El test es positivo si no hay pérdida de orina.

El tacto rectal debe incluirse en la exploración inicial de los varones con incontinencia urinaria, al efecto de valorar el tamaño de la próstata, así como su forma y consistencia, al tiempo que otros problemas rectales. 4

Debe informarse al paciente de la necesidad de hacer la exploración y obtener su consentimiento. Para el tacto rectal puede requerirse del paciente que adopte la posición decúbito supino que es cómoda en encamados y permite acceso al abdomen, recto y genitales; el decúbito lateral suele ser también cómoda y genera menos pudor en el paciente; la genupectoral es otra posibilidad. Previo al tacto debe inspeccionarse los márgenes del ano buscando fisuras, ulceraciones, orificios de fístulas, abscesos, hemorroides externas, tumoraciones anales y perianales, lesiones neoformativas y hemorroides prolapsadas. Tras descartar estas lesiones que pudieran dificultar el tacto se lubrica el dedo índice o corazón de la mano dominante y se introduce por orificio anal hasta donde permita la longitud del dedo del explorador examinando circunferencialmente la mucosa rectal y el canal anal, valorando zonas de induración, tumefacción y fluctuación, irregularidades, excrecencias y estenosis.

El tamaño de la próstata tiene un valor relativo y muy difícil de objetivar. Lo más importante es la regularidad de la superficie, parecida a la eminencia tenar de la mano. Todo lo que salga de esta regularidad debe etiquetarse como sospechoso y remitirse al especialista. La próstata se identifica fácilmente en la cara anterior de la ampolla rectal; el ápex, o vértice prostático, se sitúa aproximadamente a un cm.

del canal. En los casos normales es un resalte con un surco longitudinal medial que le da forma de "V", con límites laterales muy bien definidos y superficie lisa. Conforme aumenta el volumen prostático deja de percibirse progresivamente el surco medio y va adquiriendo forma y tamaño que primero simula una castaña para en casos de volumen muy aumentado suponer una impronta rectal esferoidea de mayor tamaño. La consistencia de la HBP es elástica (similar a la de la punta de la nariz o una pelota de tenis) y su palpación no es dolorosa. En los procesos infecciosos prostáticos agudos es dolorosa y más blanda, mientras que es de mayor consistencia en las infecciones crónicas y cuando hay litiasis intraprostática. Es importante recordar que esta maniobra eleva el PSA durante unos días, aunque mínimamente.

- **Test de orina** para descartar infección y su tratamiento si se dispone de protocolos o guías negociadas para la práctica enfermera avanzada. 4
- **Medición del volumen residual** mediante cateterismo. Consiste en la realización de un sondaje vesical 5-10 minutos después de orinar, utilizando una sonda rígida en la mujer y una sonda Foley de calibre 12-14 en el varón. Un volumen de orina residual mayor de 100 ml o un volumen mayor al 20% de la muestra obtenida, puede considerarse patológico, orientando a una incontinencia por rebosamiento que precisaría derivación al especialista. 4

  Es posible medir el volumen residual por

ultrasonografía[59] si se dispone de ella. Se explora al paciente con la vejiga vacía y se busca con la sonda una imagen transversal de la vejiga que ofrezca el mayor tamaño de la misma, se congela la imagen y se mide el diámetro horizontal (a) y vertical (b). Movemos la sonda para obtener una imagen longitudinal que ofrezca la mayor medición (c). La estimación a la baja del volumen residual es igual a 0,6 x a x b x c (Nwosu et al., 1998; DARE-981930, 2000). Si las mediciones se hacen en centímetros, el resultado se obtiene en mililitros. Un volumen que excede 100 ml es anormal, y un volumen que excede 200 ml es generalmente indicación de tratamiento médico. El volumen de la próstata puede ser medido utilizando la misma fórmula.

- ✓ **Manejo del diario miccional.**

Esta es una herramienta indispensable en la mayoría de técnicas conductuales para el manejo de la IU como veremos más adelante. De los instrumentos disponibles el diario miccional es el más simple y rentable[51] junto con la historia clínica. Consiste en una tabla dividida en horas donde el individuo, o su cuidador, anotan el estado de continencia por período de 1 ó 2 horas. Pueden añadirse otros datos como las autodemandas o la severidad y las circunstancias que contribuyeron a la pérdida: ingesta, ejercicios, esfuerzos, etc. 2+

Ejemplo de diario miccional

Nombre:

Fecha:

	Micción voluntaria			Anotar: ingesta de líquido, cambio de protección y tipo, y motivo de la pérdida		
Hora (24 horas)	Poco	Normal	Mucho	(nº vasos/tipo)	(Protectores)*	Fugas (F)
07.30 h			X			
07.45 h				1/leche		
08.00 h	X					
09.00 h	X					
10.00 h						Aerobic
10.45 h		X			C	
11.00 h				1/agua		
etc.						

*Tipo de protector: SS (salva slip), C (compresa normal), CG (compresa grande), P (pañal)

Recomendaciones:
- Beber por lo menos 6 vasos de líquido al día
- Evitar bebidas excitantes: café, té, bebidas gaseosas, cerveza, alcohol
- Intentar orinar cada tres horas, con o sin ganas

D **La valoración inicial en el varón con incontinencia urinaria debe incluir la cumplimentación de un diario miccional, urianálisis, estimación del volumen residual y tacto rectal.**

D **La valoración inicial en la mujer con incontinencia urinaria debe incluir la cumplimentación de un diario miccional, urianálisis, y cuando existan síntomas de disfunción vesical o infecciones urinarias de repetición, estimación del volumen residual.**

D **La valoración digital de la función muscular del suelo pélvico debe realizarse antes de iniciar cualquier programa de ejercicios de suelo pélvico.**

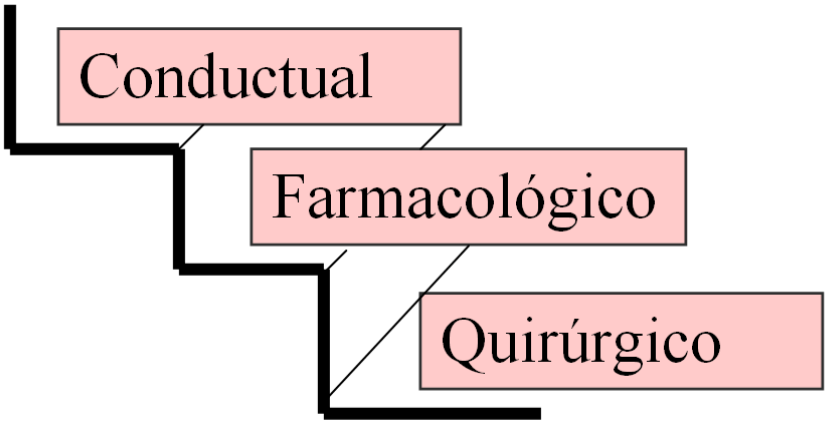
NORMAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA IU

Las reglas generales en la IU indican usar los tratamientos menos invasivos. [60]

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

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

En general se acepta que la escalera de tratamiento debe iniciarse con técnicas conductuales[61] [62] [63] a las que podrán añadirse fármacos y/o cirugía según convenga.



VENTAJAS DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES

- Reducen las pérdidas en la mayoría de los individuos[60].
- No tienen efectos secundarios conocidos
- Pueden usarse conjuntamente con otros tratamientos

TIPOS DE TÉCNICAS CONDUCTUALES

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

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

INDIVIDUOS SUSCEPTIBLES DE TERAPIA CONDUCTUAL

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

TÉCNICAS CONDUCTUALES CUIDADORES-DEPENDIENTES

VACIAMIENTO PROGRAMADO

Esta técnica puede usarse en adultos y ancianos con incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencias, incontinencia mixta e incontinencia funcional, aunque se hace imprescindible en la IU de urgencia y en la funcional[64]. Es una técnica sencilla que intenta simplemente reglar los vaciamientos de orina de forma temporizada[65] procurando incluirlos dentro de la rutina diaria de la persona, familia o institución de tal forma que nos anticipemos a las emisiones de micción no deseadas. La falta de sensación de ganas de orinar que sólo acontecen seguidas de deseo urgente en la IU de urgencia hace que el vaciamiento programado se anticipe eficazmente a la micción involuntaria[60].

En los casos de IU funcional puede lograrse que se facilite al paciente la posibilidad de anticiparse en el tiempo al incidente de la micción involuntaria.

El Vaciamiento Programado (VP) es una técnica conductual que consiste en:

- Controlar el estado de continencia del paciente.
- Sugerir el vaciamiento urinario previo al escape de orina.
- Alabar las conductas de vaciamiento adecuadas.

Un gran número de ensayos clínicos[28 66] han examinado el papel del VP realizado por cuidadores a intervalos de tiempo regulares. Muchos de estos

2++

estudios (incluyendo pacientes con y sin deterioro cognitivo) han revelado que el VP es mejor que los cuidados habituales de la IU. Los cuidados usuales incluyen chequeo regular y cambio de ropa interior y de cama. La comparación entre pacientes que recibieron cuidados "habituales" y los que recibieron VP sugiere que son pocos los que no experimentaron ninguna mejora respecto del número de episodios de escapes (OR para no mejoría, 0.59; 95% IC, 0.31-1.14) mientras que los participantes del grupo intervención tenían significativamente menos episodios de escapes en 24 horas (Media de escapes diarios, -0,93; 95% IC, -1,32 a -0,53). Un ensayo clínico encontró un incremento de la autodemanda para acudir al WC como resultado del VP en pacientes que en un screening cognitivo fueron capaces de identificar correctamente, al menos un objeto, en 2 o 3 ocasiones separadas en el tiempo (OR, 1.9; 95% IC, 1.51-2.29).

Surdy[67] informó que el tiempo empleado en la implementación de un programa de vaciamiento programado en residencias de ancianos equivalía a una hora por paciente y día. El estudio realizado en 1992 estimó que el coste de implementación ascendía a 8,51 $por paciente que recibe vaciamiento programado pero se asoció con una reducción en otros costes de 23,57$.

El único inconveniente del vaciamiento programado se debe a que las más de las veces supone una sobrecarga al cuidador que debe estar atento a recordar o, en su caso, ayudar al incontinente a la micción cada 2-4 horas y, a ser posible, incluir la noche.

Para minimizar esta sobrecarga del cuidador es conveniente realizar previamente un registro de micciones como el que se ha comentado anteriormente y que nos permite determinar el momento y frecuencia óptima en cada caso.

La primera impresión es que la determinación de patrones regulares no será posible sin embargo, varios autores coinciden en que esto no es así: Colling[68] mediante un sistema electrónico encontró patrones regulares de vaciamiento en el 85% de los pacientes después de 3 días de registro. Otro estudio basado en registro de diario miccional con chequeos horarios encontró patrones regulares en un elevado número de ancianas institucionalizadas a las 2 semanas de iniciado el registro.

Una vez detectado el patrón individual de vaciamiento debe informarse a los cuidadores (carteles en lugares oportunos), discutir con ellos las ayudas necesarias e intentar respetar la programación con un margen inferior a 30 minutos e inmediatamente en caso de demanda.

No obstante, con frecuencia resulta difícil convencer a los implicados para que colaboren en el registro. Debemos animarles a la identificación de patrones de vaciamiento individuales dado que:

- puede promover un nivel más alto de continencia.
- minimiza el tiempo requerido para la intervención.
- la mejoría clínica beneficia al cuidador liberando tiempo.

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

Los objetivos del vaciamiento programado (VP) son:

- Reducir la frecuencia y severidad de los episodios de IU.
- Aumentar el número de autodemandas de ayuda al retrete.
- Prevenir las complicaciones asociadas con IU.

Los resultados esperados del VP son:

- Disminución del número y volumen de episodios de IU
- Complicaciones: deterioro de la integridad cutánea, infección del tracto urinario, caídas.
- Satisfacción del paciente.
- Calidad de vida

A pesar de ser esta una técnica básica y de efectividad demostrada en el tratamiento de las incontinencias su uso debe individualizarse[64] en base a:

- Si tras 4-7 semanas de VP no se consigue continencia por más de 2 horas no existe beneficio alargando la terapia.
- Si se requieren vaciamientos con frecuencia inferior a 2 horas para mantener continencia no debe continuarse el VP.
- Se recomienda sumar a la individualización del VP las pertinentes ayudas a la continencia y una evaluación extensa de causas y otros posibles tratamientos.

Algunos factores se relacionan con una menor respuesta de los individuos al VP:

- Residuos post-miccionales elevados

- Volumen máximo de vaciamiento bajo
- Frecuencia alta (> 40%) de "falsas alarmas", el individuo indicó la necesidad de ir al retrete pero no orinó al llegar al receptáculo apropiado.

B **Los cuidadores de pacientes incapacitados con problemas de incontinencia deben ser instruidos y motivados para realizar VP de manera reglada.**

D **Si tras 4-7 semanas no se consigue continencia por períodos superiores a 2 horas puede plantearse la suspensión de la terapia.**

DOBLE VACIAMIENTO.

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

La técnica consiste en mantener al paciente en pié unos minutos tras la micción si es varón y sentada si es mujer para después animarle a que intente una nueva micción[4].

ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO

Se recomienda cuando puede determinarse un ritmo natural de vaciamiento.

El problema es mantener el refuerzo del hábito debido a la resistencia natural a los cambios[60] (pacientes que

perdieron el hábito por encamamiento, ingreso hospitalario, síndrome de estrés del traslado, etc.)

El reforzamiento conductual ha sido propuesto en todos los protocolos [64] y consiste en alabar al paciente por:

- Mantenerse seco en los traslados al WC.
- Demanda de ayuda a la micción.
- Respuesta positiva al vaciamiento.
- Informar con exactitud del estado de continencia.

En ocasiones se usa el refuerzo correctivo aunque su uso debe restringirse al adulto y limitado a:

- Corrección de información inexacta sobre la continencia.
- Repetición de la sugerencia de VP por segunda vez.
- Recordatorio para contener la micción cercana a lo programado.
- Recordatorios para demandar ayuda a la micción.
- Aseando al paciente tras un episodio de escape sin comentarios.

REFUERZO A LA CONTINENCIA

Se recomienda en pacientes que pueden realizar DEMANDA DE AYUDA A LA MICCIÓN (DAM).

Se entiende por DAM cualquier esfuerzo por el que la persona incontinente comunica a su cuidador su necesidad de ir al WC: verbal, uso de una llamada luminosa, intento de desplazarse sólo al WC, etc.

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

Algunas investigaciones[64] sugieren que el VP aumenta el DAM entre 2.0 y 2,8 por día. Otras informan de una disminución o ningún cambio en DAM tras VP. Kaltreider[69] señala que las mujeres con mayor aumento de DAM con VP fueron las que tenían valores de Mini-mental >10 (0-30).

Se recomienda medir DAM al inicio de VP pero no considerarlo como un resultado indicativo de no respuesta a VP.

La mejora de DAM no es un resultado esperado en pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado.

TÉCNICAS CONDUCTUALES Educacionales y/o rehabilitadoras

NIC 0570: ENTRENAMIENTO VESICAL (EV)

Técnica dependiente del paciente. Esta técnica pretende restablecer el patrón miccional normal, vaciando periódicamente la vejiga y tratando de corregir el hábito de orinar con frecuencia. Con esta técnica se intenta aumentar la capacidad vesical y reducir la urgencia miccional[28 60].

La periodicidad del vaciamiento vesical dependerá del esquema miccional de cada paciente para lo cual será muy útil el empleo de la hoja de registro miccional.

El **entrenamiento vesical** comprende:

- un programa de educación del paciente.
- un régimen de programación progresivo y autocontrol del vaciamiento.

1++

El programa educacional debe enfocarse a:

- Mecanismo de continencia e incontinencia.
- Control cerebral del vaciamiento.
- Estrategias de inhibición de la urgencia: distracción y relajación como:
    - Juegos mentales o sustracción de series.
    - Actividades que requieren alta concentración.
    - Autoafirmaciones:"Yo puedo controlar".
    - Respiración profunda e imaginación guiada.
    - Contracciones rápidas del suelo pélvico para sosegar la urgencia.

1++
4

El régimen de programación y autocontrol se organizará basándose en los datos del diario de vaciamiento y debe instruirse al paciente para seguir un programa de vaciamiento durante la vigilia según la siguiente guía:

- ESCAPES > de 1 hora de intervalo, debe programarse VACIAMIENTO cada hora.
- ESCAPES < 1 hora, VACIAMIENTO cada 30 minutos (cada 15 minutos en mujeres con urgencia severa).

1++
4

En la mayoría de mujeres pueden fijarse intervalos de 1 hora.

Debe instruirse a la mujer para guardar un tiempo diario dedicado a REGISTRAR su adherencia al tratamiento y los episodios de IU.

1++
4

Basándose en la REDUCCIÓN de los episodios y la TOLERANCIA al programa (habilidad para adherirse al horario prescrito sin frecuentes interrupciones a causa de urgencia) puede ajustarse el horario entre 15 y 30 minutos revisados semanalmente.

El OBJETIVO será obtener una programación cómoda con los mínimos episodios de IU (se considera adecuado cada 2-3 horas). 1++ 4

Dos revisiones sistemáticas de calidad aportan evidencia sobre la eficacia del reentrenamiento vesical frente a no tratar las IU de urgencia. No obstante, el entrenamiento vesical se muestra menos efectivo en aquellas IU de urgencia con síntomas más leves[27]. 2++
Un ensayo clínico[28] con 204 mujeres sugiere que la rehabilitación del suelo pélvico (véase más abajo) en conjunción con el entrenamiento vesical es más efectivo que la rehabilitación del suelo pélvico sóla (RR de autoinforme de cura o mejora 1.20; 95% IC, 1.02-1.42) o que el entrenamiento vesical sólo (RR de autoinforme de cura o mejora 1.43; 95% CI, 1.17-1.74).
No existen pruebas concluyentes para juzgar los efectos del entrenamiento vesical a corto y largo plazo. Los resultados de una revisión Cochrane[70], tendieron a favorecer al entrenamiento vesical respecto de otras alternativas.

B **El reentrenamiento vesical debe ser ofertado a pacientes con IU de urgencia.**

NIC 0560: REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

Los ejercicios del suelo pélvico consisten en repetir contracciones de la musculatura del suelo pélvico. Un programa de entrenamiento adecuado del suelo pélvico debe fortalecerlo progresivamente. Los ejercicios deben ser enseñados durante el embarazo y post-parto inmediato[71]. 1+ 1-

Los ejercicios son efectivos en la IU de esfuerzo y mixta, sin embargo, no existe suficiente evidencia sobre su eficacia sobre la IU de urgencia. Algunos expertos sugieren que los ejercicios de suelo pélvico deben usarse en las IU de urgencia en combinación con entrenamiento vesical. 1++ 4

La valoración de la función muscular pélvica es necesaria previa a cualquier intervención sobre el mismo. Por tanto, el tacto rectal o vaginal debe realizarse a hombres y mujeres para constatar la intensidad y resistencia muscular[27]. 4

Dos estudios han comparado la terapia individual contra la grupal sin que se hayan detectado diferencias[27], aunque en uno de ellos el 35% de los pacientes eligieron no ser incluidos en terapias grupales. 1++

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

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

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

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

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

Para realizar la técnica de manera correcta[60] debe animarse a la mujer a concentrar su esfuerzo en el suelo pelviano en cada contracción. No debe usar músculos auxiliares (glúteos, muslos) durante la contracción y debemos prevenirla contra la realización de otros esfuerzos durante el ejercicio pélvico.

1+
1-
2++
4

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

Debe instruirse a la mujer[60] sobre las situaciones que causan goteo (tos, esfuerzos, etc.) para contraer los músculos. De esta forma se aumenta la sensación de autoeficacia. 1+

Se recomiendan entre 30-45 contracciones diarias. [60] (10 segundos cada una). Puede realizarse de una vez o en dos o tres sesiones según preferencias. Se aconsejan 10 segundos de relajación tras cada contracción. 1++ 1+ 2++ 4

Es aconsejable coordinar los ejercicios con la respiración, de tal manera que durante la inspiración tenga lugar la relajación pélvica con abertura vaginal y anteversión de la pelvis y durante la espiración se contraiga el periné con cierre vaginal y retroversión de la pelvis[60].

Los resultados no deben esperarse hasta 6-8 semanas aunque el óptimo tarda algo más.

Un ensayo clínico[72] en el que participaron 747 mujeres incontinentes enfrentó el entrenamiento de los músculos del suelo pelviano y vesical instruido por enfermeras, contra el cuidado habitual y lo midió a los 5,7 y 9 meses tras el parto. Las mejoras obtenidas frente al grupo control (60 frente a 69%) que se obtuvieron, no permanecieron a los 6 años de seguimiento (76 frente a 79%, IC 95%; -10,2 a 4,1%). 1+

A tenor de estos resultados parece conveniente modificar los hábitos de estas mujeres para que estos ejercicios se integren en su cotidianidad.

Es conveniente que la mujer aprenda a autoevaluarse, algunas técnicas para ello son:

- Observando como se elevan y estiran los músculos perivaginales y del esfínter del ano.

- Observando con un espejo el movimiento del clítoris y del ano.
- Realizando un autoexamen digital.
- Observando la habilidad para hacer "stop-pipi" (no más de una vez por semana).
- Durante las relaciones sexuales el compañero puede detectar contracción del suelo pelviano.

En los varones los síntomas urinarios de la prostatectomía radical tienden a mejorar con el tiempo independientemente del abordaje. No obstante, algunos autores coinciden en que los ejercicios de suelo pélvico pueden aportar beneficios en los primeros meses de la intervención[27]. 1++ 4

A **Los ejercicios de suelo pélvico deben ser propuestos a los pacientes con IU de esfuerzo o mixta como tratamiento de primera elección. Los programas de ejercicios deben ser enseñados a los pacientes para ser realizados por ellos.**

D **Los ejercicios de suelo pélvico pueden ser considerados como una parte del plan de tratamiento en pacientes con IU de urgencia.**

D **La valoración funcional de la musculatura pélvica mediante tacto anal o vaginal debe ser considerada prioritaria antes de iniciar cualquier programa de ejercicios.**

B **El tratamiento con ejercicios de suelo pélvico debe ser considerado en pacientes varones tras cirugía radical de próstata.**

CONOS VAGINALES.

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 fuera. El simple hecho de retenerlo refuerza los músculos del suelo pélvico. Cada cono tiene un peso diferente de manera que permite ir incrementándolo de forma gradual (aunque son del mismo tamaño), y se usan manteniéndolo en la vagina como un pequeño tampón durante unos minutos al día, de pie o caminando.

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

Algunos autores entienden que es un tratamiento complementario[58] de los ejercicios pélvicos activos y aconsejan su utilización en la incontinencia de esfuerzo y mixta siempre que la valoración de la contracción pélvica mediante tacto vaginal dé una puntuación superior a 3.

Sin embargo, la Revisión de Hervison[73-28], encuentra que los conos fueron mejores que ningún tratamiento activo (RR para el fracaso de curar la incontinencia 0,74; IC del 95%: 0,59 a 0,93). Hubo pocas pruebas de la diferencia entre los conos y el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) (RR 1,09; IC del 95%: 0,86 a 1,38) o electroestimulación (RR 1; IC del 95%: 0,89 a 1,13), pero los intervalos de confianza fueron amplios. 1++

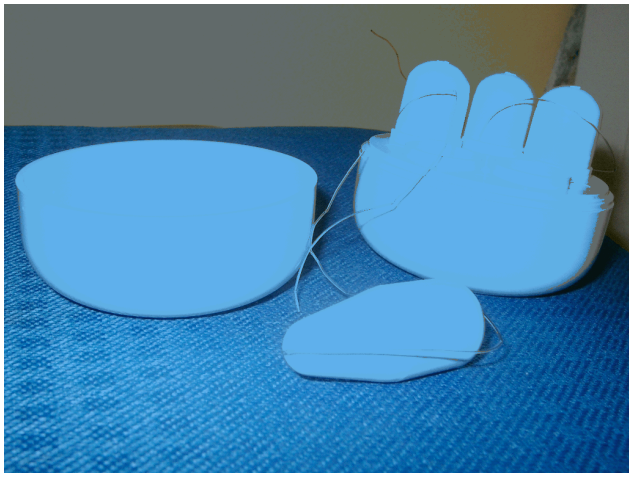
No hubo pruebas suficientes para demostrar que el tratamiento con conos además del EMSP fue diferente al tratamiento sólo con conos o sólo con EMSP.

La pauta recomendada es de 5 minutos al principio, dos veces al día y aumentar progresivamente su utilización hasta llegar a su retención durante 30 minutos, momento en que se inicia la retención del cono de peso superior.

Con el cono vaginal pueden realizarse:

- Pruebas de contracción pasiva. Andar con el cono de mayor peso que se pueda retener sin contracción voluntaria.
- Pruebas de contracción activa. De pie, flexionar el cuerpo con las piernas separadas hasta tocar con las manos las puntas de los pies o subir y bajar escaleras con el cono de mayor peso que se pueda retener con contracción voluntaria.

Las contraindicaciones para la utilización de los conos vaginales son la presencia de leucorrea, molestias vaginales o menstruación.



B **Si se considera el tratamiento conservador de la IU de esfuerzo o mixta, entonces, los conos deben ofrecerse como una opción al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con la esperanza de que se acepte algún tipo de entrenamiento dado que el tratamiento que se interrumpe no tiene posibilidades de funcionar.**

NIC 0600: TERAPIA DE RETROALIMENTACIÓN

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.

El objetivo es revelar al paciente información sobre su fisiología mediante instrumentos electrónicos o mecánicos (superficial, agujas, sonda vaginal o rectal).

Intenta enseñar a modificar la respuesta biológica que media en el control vesical. También proporciona un mecanismo por el que puede aprenderse a aumentar la fuerza de contracción de la musculatura pélvica.

El Biofeedback puede ser un complemento para conseguir la realización eficaz de un programa de entrenamiento del suelo pélvico. Las mujeres que tienen dificultad en aislar la contracción de la musculatura pélvica pueden beneficiarse del Biofeedback[62]. 1++

Entre una y cuatro sesiones de Biofeedback son suficientes para que la mujer consiga aislar la contracción de los músculos del suelo pélvico.

Si la mujer no consigue aislar y contraer los músculos del suelo pélvico con Biofeedback debe considerarse su derivación a niveles más especializados[62]. 4

B **Las mujeres que tienen dificultad en aislar la contracción de la musculatura pélvica pueden beneficiarse del Biofeedback.**

ELECTROESTIMULACIÓN

Consiste en administrar pequeñas impulsos eléctricos mediante electrodos en forma de agujas o superficiales que son usados para inhibir la hiperactividad del detrusor o para mejorar la fuerza muscular pélvica. En un pequeño estudio[28] de 68 participantes con IU de urgencia, se comparó la estimulación eléctrica con falsa estimulación dando como resultado un NNT de 5 pacientes (95% IC; 3-42) para obtener una curación (no episodios de IU o no hiperactividad del detrusor en la cistometría), y un NNT de 2 (95% IC; 1-4) para mejora (una reducción en la frecuencia de IU >50% o un incremento de la capacidad vesical >50 ml.). La diferencia de efectos adversos entre los grupos no fue significativa.

Otro estudio[28] en 27 mujeres con IU de esfuerzo, no encontró diferencias entre las tratadas con electroestimulación y con falsa estimulación medida mediante un cuestionario de impacto de la IU y número de pérdidas semanales.

En la IU de esfuerzo la electroestimulación tampoco mostró eficacia en combinación con otras técnicas[28].

El tratamiento conservador de la incontinencia posterior a la prostatectomía, en el varón, es todavía

incierto. Parece haber cierto beneficio[74] con la biorretroalimentación de forma precoz en el período postoperatorio e inmediatamente después de la extracción de la sonda que puede promover un retorno más rápido a la continencia.

GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA.

La Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) surgió a finales de los años 80 como una forma alternativa de recuperación de la musculatura abdominal 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 clásicos[75].
Están basadas en las experiencias del trabajo realizado en urología y neurofisiología visceral. A posteriori, estos ejercicios demostraron implicación terapéutica en numerosas patologías funcionales, como las relacionadas con el "síndrome de deficiencia postural", favoreciendo una reequilibración tónica de los grandes grupos musculares esqueléticos (Caufriez M. Propédeutique en Rééducation Myostatique Hypopresive. Bruselas: I.N.K., 1999)[76].

Los ejercicios abdominales, comprimen la cintura provocando un aumento de la presión en el abdomen. Si no se tiene en consideración el periné, y no se mantiene en contracción esta zona, se debilita el suelo pélvico, siendo esto una de las causas de incontinencia urinaria.
En el postparto, muchas mujeres, sienten la necesidad de realizar ejercicios abdominales para reducir su vientre, la gimnasia hipopresiva permite hacerlo sin los efectos negativos sobre el suelo pélvico y vísceras pélvicas.

La GAH es "una técnica postural corporal y sistémica, que supone una activación de diferentes grupos musculares esquéleticos que son antagonistas del diafragma desde el punto de vista postural. Gracias a esta técnica se consigue provocar tanto una disminución de la presión intratorácica como intrabdominal."[76] .

Se clasifican en tres grupos:

- Técnicas de Aspiración Diafragmática.
- Técnicas de Neurofacilitación Refleja.
- Ejercicios de Gimnasia Hipopresiva.

Todos provocan una presión negativa y activan un reflejo de contracción involuntaria de los músculos abdominales, cuya intensidad depende de la duración de la fase hipopresiva y de su repetición en el tiempo[75].

Es un conjunto ordenado de ejercicios posturales rítmicos que permiten la integración y memorización de los mensajes propioceptivos o sensoriales asociados a una puesta en situación postural particular.

"Estos ejercicios van a cubrir un triple objetivo: descender la presión intrabdominal durante el ejercicio, provocar una contracción refleja de la cincha abdominal,… y tonificar vía refleja la musculatura perineal (durante el ejercicio de aspiración se contrae el suelo pélvico). Estos ejercicios, además de ser hipopresivos a nivel de la cavidad abdominal van a tener, como consecuencia del ascenso del diafragma, un efecto de succión sobre las vísceras pélvicas, disminuyendo la tensión ligamentosa."[77]

Las **técnicas hipopresivas** utilizan unas posturas determinadas, con gran impacto sobre el esquema corporal de la persona que disminuyen la presión abdominal. No se pide la contracción activa del músculo

que queremos activar, sólo usamos una postura y ese músculo se contrae de modo reflejo.
La GAH activa el sistema nervioso simpático, produciéndose una activación de las fibras musculares tipo I (de contracción lenta, no fatigables y con actividad de reposo). No todos los músculos del cuerpo tienen la misma proporción de fibras rápidas y lentas pero en el caso del suelo pélvico estas últimas constituyen el 80%, y forman parte importante de los músculos abdominales. Debido a la activación del sistema simpático, el metabolismo se multiplica por ocho. También se producen radicales libres y se elevan los niveles de homocisteína, al igual que en los deportes de alto rendimiento. Por ello se recomiendan dietas hipotóxicas y ricas en vitaminas B, C y E.

CLAVES DE LA GHP:

1. **Gravedad**.

   Normalmente se usan posturas de anteposición del eje de gravedad, lo que provoca una relajación del diafragma torácico. El centro de gravedad se sitúa a nivel de S_2 y en la mujer a nivel del istmo uterino. En los ejercicios en bipedestación elevamos el centro de gravedad flexionando las rodillas. Así haremos ejercicios en flexión de rodillas y en anteposición.

2. **Activación de los músculos hipopresores.**

   La contracción voluntaria de algunos músculos como el serrato mayor y cuadriceps provoca la liberación de la presión abdominal. Se pide sobre todo la contracción activa del serrato mayor que es sinérgico del diafragma en la respiración y antagonista en la función postural. En el ejercicio provocamos un distrés respiratorio para ejercitar al serrato mayor.

Así pedimos contracción del serrato y autoelongación. También se pide la contracción del cuadriceps por su efecto hipopresivo. Al usar los músculos hipopresores, la energía se dirige hacia el suelo pélvico y la faja abdominal.

3. Estimulación de Renshaw.

Sirve para relajar la musculatura hiperpresiva. Se realiza un sobrestiramiento de un músculo (estiramos un músculo durante 25 segundos) produciendo el reflejo miotático, que activa el ganglio del Renshaw, que para evitar la lesión de un músculo estimula la relajación del mismo. Así usamos posturas que activan los reflejos de Renshaw para retirar tono de unos músculos y aumentar el de otros[75].

CARACTERÍSTICAS DE LA GAH:

- Es una técnica sistémica.
- Utiliza la comunicación neurológica.
- Tiene una acción indirecta y limitada sobre el sistema endocrino e inmunitario.
- Tiene en cuenta el entorno alimentario y preconiza dietas hipotóxicas y la toma de antioxidantes.
- Provoca activación del Sistema Nervioso Simpático.
- Normaliza las tensiones de los músculos estriados.
- Es utilizada como tratamiento complementario en el Síndrome de Deficiencia Postural.
- Los ejercicios se deben realizar de forma rítmica (ritmo lento).

- Se deben realizar durante 6 meses para obtener resultados.
- Efecto secundario: hipertensión diastólica.
- Efecto activador sobre el útero grávido[75] [78].

POSTPARTO.

La recuperación en el postparto es relevante porque nos permite prevenir, y en algunos casos recuperar, las alteraciones funcionales e incluso orgánicas que pueden aparecer a consecuencia del embarazo y el parto sobre el plano esquelético, urinario, ginecológico y sexual[77].
El parto vaginal es el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico, aunque se ha observado que en mujeres con partos por cesárea o incluso nulíparas también aparecen lesiones, lo que nos lleva a la conclusión de que son numerosos los factores a tener en cuenta[77].
Así es de gran importancia el cuidado del suelo pélvico durante el embarazo, parto y postparto para evitar la aparición de incontinencias urinarias, incontinencias ano-rectales, estreñimiento distal y descenso de las vísceras pélvicas, con todos los problemas tanto funcionales como sociales que estos acarrean en la vida de la mujer[77].
Después del puerperio (entre 6 y 8 semanas postparto), la mujer desea recuperar su ritmo de vida cotidiano y entre otros uno de sus objetivos es reducir su abdomen, es el momento recomendable para realizar una valoración del estado del suelo pélvico y un programa de recuperación pélvica con GAH[77].

EJERCICIOS HIPOPRESIVOS:

- Son ejercicios individuales o colectivos (grupos 10 personas).
- Hay que dejar al cuerpo integrar la posición.
- Se realizan 10 sesiones de instrucción y descubrimiento, de 1 hora de duración para integrar los ejercicios. El tratamiento se hará en casa, será suficiente con realizar 3 ejercicios elegidos en función de cada persona. En 3 meses empezamos a ver resultados. La duración del programa variará en función de la gravedad del problema de cada persona y la capacidad de asimilar nuevos conceptos.
- Se realizan unas 3 repeticiones de cada ejercicio con un intervalo de 20 segundos entre cada apnea manteniendo la posición.
- Se realizan en apnea espiratoria de 25 segundos.
- Se debe respetar un orden cronológico.
- Hay un total de 4 programas que suman 64 posturas, con diferentes grados de dificultad y un programa acuático. Son 33 ejercicios y 8 de transición.
- Ropa: lo más desnudo posible, descalzo y que la ropa permita visualizar hombros, arcos costales, zona hipogástrica y cuello.
- Nos fijaremos en signos externos para ver la contracción muscular[75 79 80 78].

CONTRAINDICACIONES.

Antes de iniciar cualquier programa de ejercicios debemos realizar una valoración general del paciente y específica de la zona perineal. Si el individuo presenta problemas de incontinencia,

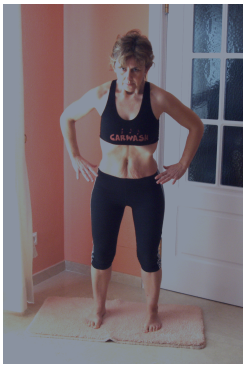
deberá realizarse un diagnóstico médico que nos informe de que no hay lesiones orgánicas del aparato urinario o lesiones neurológicas. No se puede utilizar la GAH en caso de:

- Cardiopatías.
- HTA.
- Gestación.
- Gonartrosis, coxartrosis o intervenciones quirúrgicas u ortopedias a nivel de rodilla, cadera y pie[77 75 81 78].

EJERCICIOS

Describimos a continuación 3 de los ejercicios básicos.

Ejercicio 1.

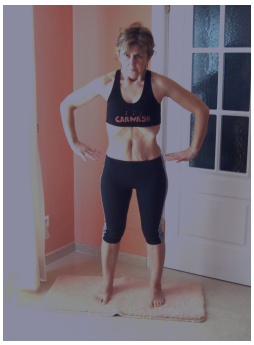


Individuo en bipedestación, pies paralelos, rodillas extendidas, flexión dorsal de muñecas, dedos separados y extendidos. Colocamos ambas manos a los lados de las crestas ilíacas el pulgar orientado hacia atrás, el resto de los dedos hacia delante; los codos hacia delante, flexionados 90º, los húmeros están en el mismo plano y los hombros relajados. La cabeza recta y el mentón relajado.

Pedir una autoelongación, flexión de rodillas, anteposición de tronco y pelvis y aproximación de omoplatos alrededor de 10 segundos, relajamos. Realizamos apnea espiratoria y solicitamos al individuo que abra las costillas como si quisiera coger aire sin hacerlo. La postura se mantiene 25 segundos, si no es posible mantenerla este tiempo se realizará una nueva apnea manteniendo la posición.

La mirada permanece horizontal en todos los ejercicios y precisa cierto de grado de concentración.

Ejercicio 2:

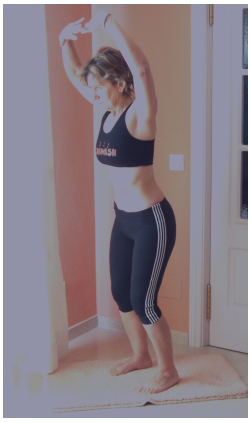


Individuo en bipedestación, pies paralelos, rodillas extendidas, flexión dorsal de muñecas, dedos separados y extendidos. Colocamos ambas manos a los lados de las crestas ilíacas en rotación interna, rotación de hombros máxima; los codos hacia delante, flexionados 90º, los húmeros están en el mismo plano y los hombros relajados. La cabeza recta y el mentón relajado.

Pedir una autoelongación, anteposición de tronco y pelvis y aproximación de omoplatos alrededor de 10 segundos, relajamos. Realizamos apnea espiratoria y solicitamos al individuo que abra las costillas como si quisiera coger aire sin hacerlo. La postura se mantiene 25 segundos, si no es posible mantenerla este tiempo se realizará una nueva apnea manteniendo la posición.

Ejercicio 3:

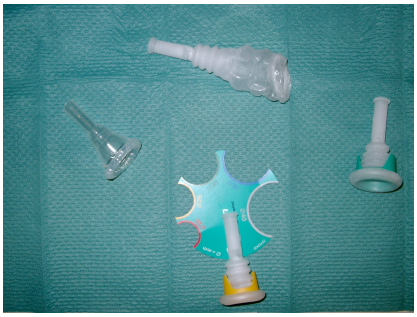
Individuo en bipedestación, pies paralelos, rodillas extendidas, flexión dorsal de muñecas colocamos ambas manos a los lados de las crestas ilíacas en rotación interna de hombros, codos hacia delante. La cabeza recta y el mentón relajado.



Pedir una autoelongación, flexión de rodillas, anteposición de tronco y pelvis y aproximación de omoplatos alrededor de 10 segundos, relajamos. Realizamos apnea espiratoria y solicitamos al individuo que abra las costillas como si quisiera coger aire sin hacerlo, se van elevando los brazos por delante hasta llegar por encima de la cabeza, decoaptando los hombros y manteniendo los codos en una flexión de 90º. La postura se mantiene 25

segundos, si no es posible mantenerla este tiempo se realizará una nueva apnea manteniendo la posición[75 78].

TÉCNICAS CONDUCTIVAS



COLECTORES DE PENE Y ORIS.

Los colectores de pene son bien conocidos por enfermería, consisten en un capuchón similar a un preservativo que tiene en su extremo distal un conectador para bolsa. Habitualmente suelen acompañarse de una cinta adhesiva a doble cara que debe adherirse a la zona proximal del pene en forma de espiral para evitar provocar estrangulamiento ante una posible erección. Seguidamente se libera el protector del adhesivo externo y se procede a desenrollar el colector sobre el pene para después conectar la bolsa. En los últimos tiempos han aparecido en el mercado colectores autoadhesivos que simplifican su manipulación. En la colocación de estos dispositivos autoadhesivos, es especialmente eficaz desenrollar el colector en los dedos índice y anular de ambas manos para luego estirar su abertura y dejarlo caer sobre el pene ya desenrollado facilitando su colocación.

En general, estos dispositivos no pueden usarse cuando existen hernias que engloban el pene. El riesgo es la maceración de la piel del pene por lo que no debe mantenerse todo el día debiendo alternarse con otros métodos[60]. Este tipo de dispositivo, está especialmente recomendado durante el día, para varones con importantes pérdidas, como podría ser en incontinencias ante mínimos esfuerzos o inestabilidad vesical[82]. 4 4

D **Los colectores se recomiendan en varones con grandes pérdidas durante el día.**

El **ORIS** es un dispositivo de plástico que como una pinza con forma anatómica se

coloca alrededor de la base del pene de manera que presiona la uretra ayudándose de un velcro. Se retira cuando el paciente va a orinar y puede reutilizarse mientras el velcro este en buen estado. La tolerancia del paciente es fundamental en este método. Debe procederse a liberar el pene para la micción cada 4 horas o menos en ancianos, por lo que exige un compromiso de vaciamiento programado por parte del usuario o cuidador del mismo. Es discreto pues no abulta bajo la ropa ni requiere llevar bolsa.

SONDAJE VESICAL (NIC 0580)

No vamos a relatar aquí la técnica del sondaje vesical aunque si haremos algunas puntualizaciones sobre sus indicaciones. En la IU el sondaje vesical intermitente está indicado en los casos en que la vejiga tiene la habilidad de retener la orina entre cateterizaciones[27]. Las personas con daño neurológico que afecta a la vejiga pueden padecer incontinencia pero no exiten pruebas concluyentes que sugieran si es mejor el sondaje intermitente, permanente o el uso de colectores y en qué circunstancias[83]. Algunos autores sugieren que el sondaje vesical permanente está indicado en casos de[84 21]:

I. Retención urinaria que cursa con:
- incontinencia persistente por rebosamiento, infecciones urinarias sintomáticas o disfunción renal.
- no se puede corregir médica o quirúrgicamente.
- no se puede manejar de forma práctica con cateterización intermitente.

4

II. Heridas en la piel, úlceras por presión o irritaciones contaminadas por la pérdida de orina.
III. Cuidados en pacientes terminales o severamente enfermos donde los cambios de cama o ropa sean disruptivos o incómodos.
IV. Preferencia del paciente por haber fracasado otras medidas

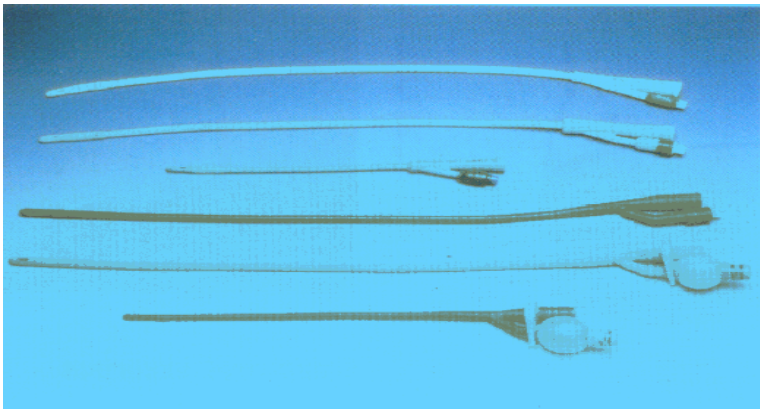
Una Revisión Cochrane sobre Normas para el uso de sondas vesicales para el drenaje vesical prolongado[85] llega a las siguientes conclusiones: 2++

1. No se identificaron ensayos elegibles que aclararan si la sonda uretral permanente es mejor que la sonda suprapúbica permanente o intermitente.
   Tampoco se localizaron ensayos elegibles que evidenciaran ventajas de la sonda suprapúbica respecto del sondaje intermitente.
2. Sobre si la profilaxis antibiótica es mejor que la administración de antibióticos cuando están clínicamente indicados, las pruebas disponibles no son suficientes[86] como base para apoyar la práctica de usar profilaxis antibiótica frente a su uso bajo indicación clínica. Para los pacientes con sonda intermitente[87], los datos no fueron concluyentes. Para los pacientes con sonda uretral permanente, solamente un ensayo cruzado (cross-over) investigó esta cuestión.
3. Respecto de si la profilaxis antibiótica es mejor que la administración de antibióticos cuando están microbiológicamente indicados, para los pacientes con sonda intermitente, las limitadas pruebas disponibles sugirieron que la profilaxis antibiótica reduce el número de episodios de bacteriuria (asintomática y sintomática). No

hubo datos disponibles para los pacientes con sonda uretral permanente.

4. Sobre si la administración de antibióticos, si están microbiológicamente indicados, es mejor que la administración de antibióticos si están clínicamente indicados, ninguno de los ensayos incluidos en la revisión abordó esta pregunta.

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



Una revisión Cochrane sobre tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en adultos hospitalizados[88] encontró: 2++

1. Respecto si los catéteres uretrales permanentes con antisépticos son mejores que los catéteres uretrales permanentes estándar, las pruebas sugieren que los catéteres recubiertos con aleación de plata previenen las infecciones urinarias en el paciente cateterizado a

corto plazo, aunque en general, los ensayos son de calidad deficiente.

2. En relación a si los catéteres uretrales permanentes con antibióticos son mejores que los catéteres uretrales permanentes estándar, solamente un ensayo investigó este particular en adultos hospitalizados cateterizados a corto plazo. Las pruebas de este ensayo no fueron suficientes como base para la práctica.
3. A cerca de si los catéteres uretrales permanentes con antibióticos mejoran a los catéteres uretrales permanentes con antisépticos, ninguno de los ensayos incluidos en la revisión aborda esta pregunta.
4. En lo tocante a si un tipo de catéter uretral permanente con antisépticos mejora a otro tipo de catéter uretral permanente con antisépticos, ninguno de los ensayos incluidos en la revisión compara un catéter con antisépticos con otro tipo de catéter con antisépticos.
5. ¿Es un tipo de catéter uretral permanente con antibióticos mejor que otro tipo de catéter uretral permanente con antibióticos?
Ninguno de los ensayos incluidos en la revisión aborda esta pregunta.
6. ¿Es un tipo de catéter uretral permanente estándar mejor que otro tipo de catéter uretral permanente estándar?
Se encontró que ningún catéter estándar era mejor que otro en cuanto a la reducción del riesgo de bacteriuria en adultos hospitalizados cateterizados a corto plazo. Es posible que los catéteres siliconados tengan menos probabilidades de causar efectos secundarios uretrales en los hombres, sin embargo este resultado debe interpretarse con cierta cautela ya que los ensayos fueron pequeños y las definiciones de los

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

C **No se recomienda la sonda suprapúbica como alternativa al sondaje uretral.**

C **No se recomienda usar profilaxis antibiótica en sondajes uretrales.**

C **No se recomiendan los controles bacteriológicos sistemáticos cuando no hay síntomas en un paciente con sonda.**

C **Se recomiendan los catéteres recubiertos con aleación de plata en pacientes cateterizado a corto plazo.**

C **No se recomienda el uso de catéteres con antibióticos ni antisépticos como alternativa a los catéteres estándar.**

C **Pueden usarse indistintamente catéteres de silicona o latex sin que existan pruebas que el tipo de material afecte a la bacteriuria.**

C

En los varones se recomiendan catéteres siliconados que puede causen menos efectos secundarios.

Retirada precoz del catéter en el medio hospitalario

Aproximadamente entre el 15% y el 25% de los pacientes hospitalizados tienen sondas uretrales permanentes, principalmente para ayudar a los médicos a monitorizar, en forma precisa, la diuresis durante la enfermedad aguda o después de una cirugía, para el tratamiento de la retención de orina y para investigación. Existen pruebas sugestivas[89] pero inconclusas, de que la retirada de la sonda por la medianoche, y no por la mañana temprano, resulte en estancias hospitalarias más cortas con los consiguientes ahorros de recursos. Las pruebas sugieren que el momento de la retirada de la sonda es un equilibrio entre evitar la infección (por la retirada temprana) y sortear el trastorno de evacuación (por la retirada tardía). La retirada temprana parece reducir la estancia hospitalaria media. Las pruebas para evaluar el pinzado de las sondas uretrales permanentes previa a la retirada son limitadas, y no hay evidencias sobre el uso de fármacos bloqueantes alfa adrenérgicos. Hasta que no se disponga de pruebas más sólidas, las prácticas relacionadas con el pinzado de las sondas uretrales permanentes estarán marcadas por las políticas locales.

2++

C **Se recomienda la retirada precoz a medianoche de los catéteres en pacientes hospitalizados.**

B **No hay datos sólidos que apoyen el uso sistemático del pinzado previo a la retirada de la sonda uretral**

ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA

Los absorbentes de incontinencia son uno de los distintos dispositivos que pueden emplearse en pacientes incontinentes cuando no puedan o no deban utilizarse otros métodos o tratamientos. Suponen una indudable mejora en la calidad de vida de los pacientes incontinentes, ayudando al desarrollo de una vida normal a quien tenga capacidad de deambulación y facilitando los cuidados del paciente encamado. Constituyen el grupo de efectos y accesorios más utilizados en Atención Primaria. Existe escasa evidencia sobre el tipo de absorbente más indicado, pero sí hay una clara indicación de emplear los de un solo uso y hay indicios de mayor efectividad de los que contienen polímeros superabsorbentes[90]. 2++

C **Se recomienda el uso de absorbentes de un solo uso provistos de polímeros superabsorbente.**

CLASIFICACION DE LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA

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

- **Capacidad de absorción**:

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

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

- **Tipo o forma del absorbente:**

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

RECTANGULAR	ANATOMICO	ANATOMICO ELASTICO
Compresas rectangulares	Compresas anatómicas	Braga-pañal

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

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

- **Talla del absorbente:**

La indicación del absorbente de incontinencia debe realizarse conociendo las características y necesidades

del incontinente, tanto de capacidad de absorción como de talla. Así es posible seleccionar la más adecuada al tamaño del individuo:

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

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

ELECCIÓN DEL ABSORBENTE

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

- **Invalidez funcional del paciente.**

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

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

Para personas ambulantes con incontinencia moderada o leve. El producto más indicado es un absorbente rectangular que garantice la absorción y contención de líquidos. Existen algunos con una capacidad de hasta 830 ml. Estos se sujetan mediante una malla slip elástica lavable que permite una adaptación idónea al

cuerpo del sujeto, proporcionando una buena transpiración y libertad de movimientos.
Para pacientes ambulantes con incontinencia severa se precisa un absorbente que garantice mayor contenido de orina, en ocasiones de hasta 1.400 ml., manteniendo las características de adaptación, vestibilidad y discreción. Para conseguir esa mayor capacidad, sin aumentar el grosor excesivamente, se añaden las sustancias superabsorbentes. Estos sistemas, suelen tener además, forma anatómica para favorecer la mejor contención de la humedad.
Para personas encamadas y que además pueden presentar incontinencia fecal, no resulta tan importante la discreción pero sí su capacidad de absorción. En el caso de ancianos encamados pero que conserven su capacidad motora y que no presenten incontinencia fecal, se recomendará el mismo tipo de absorbente que en el caso anterior. En caso de ancianos que hayan perdido su capacidad motora y/o que asocien pérdida de heces, el protector más indicado es el tipo bragapañal. Este tipo de absorbente se suele presentar en tres tallas, tiene forma anatómica y elásticos laterales para evitar fugas de orina. Son fáciles de colocar en personas que no pueden colaborar y permiten comprobaciones con facilidad. Su capacidad de absorción es de entre 1.000 y 1.200 ml. Algunos presentan además un dispositivo que permite la comprobación sin necesidad de retirar el absorbente y que consiste en unas tiras que cambian de color ante el contacto con la orina.

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

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

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

- **Género.**

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

- **Disponibilidad de cuidadores.**

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

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

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

- **Preferencia del paciente.**

Debemos contemplar en la medida de lo posible las preferencias del paciente ofertándole toda la gama de técnicas y dispositivos disponibles para su incontinencia. Cuando de la selección del absorbente se

trata debe contemplarse la talla que le resulta más cómoda y el tipo de pañal: rectangular, anatómico o elástico. Otros factores como la sudación o la comodidad de manejo según sus habilidades personales o las del cuidador deben tenerse en cuenta.

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

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

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

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

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

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

- **Integridad superficial.**

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

- **Comorbilidad**

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

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

.

- **Incidencia de vaginitis y bacteriuria.**

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

- **Calidad del producto.**
  Algunas características[82] de calidad que deben tenerse en cuenta son:

1. **Absorción**. Se consigue gracias al núcleo de celulosa y en ocasiones está dotada de unos canalillos longitudinales que permiten la dispersión y distribución de la orina por toda la superficie.
La capacidad de absorción puede objetivarse mediante la medición del **rewetting.** El rewetting es la sensación de humedad que tiene el paciente. Es un parámetro muy importante de controlar ya que afecta al bienestar del paciente. Para determinarlo se pueden realizar dos tipos de ensayos:

- **Rewetting bajo carga:** para este ensayo se simulan tres micciones de 150ml cada 12 minutos aproximadamente. El volcado del líquido se realiza mediante un decantador que atraviesa una pesa anular de 3.81 kg, este peso simula la presión ejercida sobre el pañal por una persona, y la presión esta calculada en 0,7psi (0,48N/cm2). Después de cada micción se dejan pasar 10 minutos y, tras las tres micciones simuladas, se retira la pesa y se colocan sobre el pañal unos papeles secantes sobre los que se deposita una pesa de 2.5kg (este peso también esta calculado para que ejerza una presión de 0,7psi). Estos papeles que previamente se han pesado se dejan durante 2 minutos sometidos a la presión de la pesa para posteriormente calcular la diferencia de peso tras una nueva pesada. Dicha diferencia entre el papel en seco y después de los dos minutos en contacto con la humedad del pañal es la cantidad de líquido que el absorbente retorna.

- **Rewetting sin carga:** para este ensayo se simulan tres micciones de 150ml cada 12 minutos aproximadamente. Estas micciones se realizan vertiendo con un embudo de decantación las diferentes micciones y dejando caer libremente el líquido. Después de cada micción se dejan pasar 10 minutos y se colocan sobre el pañal unos papeles secantes sobre los que se deposita un peso de 2.5kg (este peso también esta calculado para que ejerza una presión de 0,7psi). Estos papeles que previamente se han pesado en seco se dejan durante 2 minutos en contacto con la humedad del absorbente y la diferencia del peso del papel en seco y tras los dos minutos es la cantidad de líquido que el absorbente retorna.

El rewetting bajo carga es el que más se aproxima a las condiciones reales de uso y es por tanto el que conviene controlar.

2. Superabsorción. Se consigue situando entre dos estratos de celulosa un material superabsorbente el **SAP (Superabsorbente polymer),** que hace cristalizar la orina. Una vez ha absorbido el líquido no deja que este salga, al contrario de lo que pasaría si sólo hubiese celulosa que absorbería el líquido pero cuando se ejerciera presión sobre la celulosa dejaría salir parte del líquido.
Es importante que el SAP este correctamente distribuido. Por los siguientes motivos:
A. Si hay poca cantidad el absorbente tendrá poca capacidad de absorción y retención prácticamente nula.

B. Si esta mal distribuido en una zona hay una gran concentración, cuando el SAP reaccione en contacto con el líquido se crearan bultos en el absorbente causando molestias al paciente.

La mejor distribución del SAP sería repartido de forma uniforme, con diferentes concentraciones según el núcleo. Una mayor concentración en el núcleo pequeño para que absorba con facilidad y rapidez el líquido y distribuido por todo el núcleo grande para que en ningún caso se puedan dar fugas y tenga una gran capacidad de absorción y de retención.
El SAP por el tipo de composición que tiene reacciona con el sulfato de cobre. Cuando se aplica una solución con sulfato de cobre sobre el absorbente, el SAP reacciona y pasa a tener una coloración azul mientras que la celulosa mantiene su coloración blanca o amarilla[1].

3. Impermeabilidad. Se trata de una capa de polietileno que impide que la orina escape del interior del absorbente y moje la ropa. La fijación del plástico al núcleo de celulosa es un factor decisivo para obtener un buen resultado de este producto.
Es importante que el núcleo permanezca correctamente fijado al polietileno y al nonwoven, por dos razones principales:

- Al quedar zonas sin celulosa ni SAP en esa parte el absorbente no absorbe el líquido pudiendo generar fugas de orina.

- Si el núcleo se desprende ocasiona molestias a la persona que lo utiliza, ya que se acumula toda la celulosa en una zona.

[1] IMPORTANTE: No se deben realizar pruebas de capacidad de absorción con agua con sulfato de cobre, ya que el sulfato de cobre hace que el SAP pierda parte de su capacidad de absorción.

Para determinar la correcta fijación del núcleo se realiza un ensayo en condiciones extremas. Se vierte sobre el absorbente tanta cantidad de agua como capacidad de absorción tenga. Una vez el absorbente haya absorbido todo el líquido se coge el absorbente por ambos extremos y se deja caer por gravedad por uno de los extremos varias veces. Los núcleos deben permanecer fijos sin desprenderse.

4. Antihumedad. Se consigue gracias a una capa de material filtrante (nonwoven) para que la humedad no retorne a la piel. De esta manera se evitarán en gran medida problemas médicos e higiénicos.

- **Costo del producto.**

¿CUÁNDO DERIVAR?

La derivación para terapia farmacológica coadyuvante debe contemplarse en todas las mujeres que no mejoran con el tratamiento conductual por si solo.

La derivación a un proveedor de cuidados apropiado[27] debe hacerse en mujeres bajo las siguientes condiciones:

- Fallo de la terapia conductual o farmacológica.
- Prolapso.
- Hematuria sin infección.
- Historia compleja o problemas que requieren seguimiento médico o terapia especializada.
- Historial de cirugía uroginecológica.
- Cirugía radical de la pélvis.

- En los varones la reducción del flujo de orina o el aumento patológico del volumen residual son condiciones para la derivación[27]. 4

D **Los pacientes deben ser derivados al nivel secundario cuando no hayan surtido efecto los tratamientos o se valore la necesidad de tratamiento quirúrgico.**

D **Las mujeres en que se sospeche disfunción vesical o prolapsos deben ser derivadas al nivel especializado.**

D **Los hombres con reducción del flujo de la orina o aumento del volumen residual deben ser derivados al nivel especializado.**

ENURESIS NOCTURNA

La enuresis nocturna (emisión involuntaria de orina durante el sueño) es una enfermedad socialmente molesta y estresante que afecta alrededor del 15% al 20% de los niños de cinco años y hasta el 2% de los adultos jóvenes.

La enuresis nocturna es la pérdida involuntaria de orina por la noche en ausencia de enfermedad orgánica, a una edad en la que podría esperarse razonablemente que un niño no la presente.

Aunque la enuresis en sí misma es benigna desde el punto de vista patológico y tiene una tasa alta de remisión espontánea, puede producir secuelas sociales y emocionales, estrés e incomodidad en la persona con enuresis y en sus familias.

En el Reino Unido, las tasas de prevalencia generalmente citadas estiman que entre el 15% y el 20% de niños de cinco años, el 7% de los de siete años,

el 5% de los de diez años, entre el 2% y el 3% de los de 12 a 14 años y del 1% al 2% de los de 15 años o más mojan la cama. Sin tratamiento, cada año alrededor del 15% de los niños con enuresis dejan de padecerla. Sin embargo, no es posible predecir qué niños dejarán de padecerla espontáneamente.

Las causas de la enuresis nocturna son inciertas. Se han sugerido factores genéticos, fisiológicos y psicológicos, así como retraso en la maduración del mecanismo de control vesical. Otros factores que pueden contribuir a la enuresis nocturna incluyen: estreñimiento, apnea durante el sueño y síntomas obstructivos de las vías aéreas superiores; y bebidas dietéticas y con bajo contenido de cafeína con efectos diuréticos (p.ej. cola).

Con frecuencia se utilizan intervenciones farmacológicas,
conductuales y una variedad de otras tantas para las personas que mojan la cama.

Las intervenciones farmacológicas incluyen la desmopresina, los fármacos tricíclicos (amitriptilina, dotiepina, doxepina, trimipramina, clomipramina, desipramina, imipramina, lofepramina, nortriptilina y protriptilina), los fármacos relacionados con los tricíclicos (viloxazina, mianserina y maprotilina), y una variedad de otros fármacos (p.ej. anfetaminas, diazepam y oxibutinina).

Nos centraremos en la técnicas conductuales que pueden dividirse en:

- Programas de tratamiento conductual complejos
- Intervenciones educativas
- Alarmas de enuresis
- Intervenciones conductuales simples
- Entrenamiento de control de retención y
- Entrenamiento de control de la micción

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL COMPLEJOS

- **Entrenamiento para mantener la cama seca (EMCS)**

Consiste en una noche de entrenamiento intensivo, durante la cual se despierta al paciente cada hora y se le lleva al baño.
En caso de accidente, se aplican reprimendas que consisten en 45 minutos de "entrenamiento de aseo" (cambiando la cama) y de "práctica positiva" (prácticas en las que los pacientes se levantan y van al baño alrededor de nueve veces). En las noches posteriores, al individuo se le despierta una vez y se le lleva al baño, este "despertar" nocturno ocurre cada vez más temprano.

- **Entrenamiento de espectro completo en el hogar (EECH)**

Combina una alarma de orina accionada por la enuresis con el entrenamiento de aseo, entrenamiento de control de retención (que enseña a los niños a retener volúmenes progresivamente más grandes de orina en sus vejigas durante el día para tratar de aumentar la capacidad vesical) y el sobreaprendizaje (después del tratamiento exitoso con la alarma, los niños reciben bebidas adicionales a la hora de acostarse para causar mayor estrés a los músculos detrusores en la vejiga).
Luego se continúa el tratamiento con alarma hasta que se logren las 14 noches consecutivas sin enuresis.

INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Pueden variar desde las que proporcionan información sobre los antecedentes a los padres o

los niños acerca de la enuresis, hasta materiales específicos preparados para informar a los usuarios sobre cómo aplicar diversos tratamientos.

ALARMAS DE ENURESIS

Existen muchas variaciones: la alarma puede ser un timbre, un zumbador, una señal visual como una luz o puede vibrar. Pueden ser de cama o minialarmas que pueden llevarse discretamente en la ropa interior.
El sobreaprendizaje puede utilizarse para complementar el tratamiento exitoso de alarma. Se puede iniciar un procedimiento de sobreaprendizaje después del tratamiento exitoso de alarma (p.ej. el logro de 14 noches consecutivas sin enuresis). Para ello se dan bebidas adicionales a la hora de acostarse para causar mayor estrés en el músculo detrusor de la vejiga. Se continúa el tratamiento de alarma hasta que se vuelvan a lograr 14 noches consecutivas sin enuresis.

INTERVENCIONES CONDUCTUALES SIMPLES

Las intervenciones psicológicas suponen que la capacidad para evitar la enuresis nocturna es una respuesta aprendida que puede lograrse mediante las técnicas de condicionamiento, en caso de no surgir espontáneamente. Estas intervenciones incluyen levantar, despertar, restricción de líquido y sistemas de recompensa.

ENTRENAMIENTO DE CONTROL DE LA MICCIÓN

El entrenamiento de control de retención es un intento de aumentar la capacidad vesical funcional mediante ejercicios como el retraso de la micción durante períodos extensos de tiempo o una mayor ingesta de líquidos, semejante al entrenamiento vesical en adultos.

Una revisión Cochrane[91] informa que aunque EMCS y EECH fueron mejores que la ausencia de tratamiento cuando se utilizaron en combinación con una alarma, no hubo pruebas suficientes para apoyar su uso sin una alarma. Una alarma por sí sola también fue mejor que el EMCS por sí solo, pero hubo algunas pruebas de que la combinación de una alarma con EMCS fue mejor que una alarma sola, lo que sugiere que el EMCS puede incrementar el efecto de una alarma.
Hubo algunas pruebas de que el contacto directo con un terapeuta podría mejorar los efectos de una intervención (comparada con filmaciones, enseñanza multimedia o en base a libros) pero esto tendría implicaciones para el uso mayor de los recursos. Para lograr el éxito, las intervenciones con alarma y las intervenciones complejas como el EMCS implican tiempo y compromiso por parte de las familias y los terapeutas.

.

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA GPC DE INCONTINENCIA URINARIA

Es necesario que las Guías de Práctica Clínica (GPC), se incorporen como una herramienta básica en el desarrollo de la práctica clínica habitual de todos los profesionales, adoptando por tanto sus recomendaciones y aplicabilidad en los pacientes[92], y haciéndolo de forma duradera. Esto sólo puede conseguirse desde un proceso en el que intervenga la voluntad de cada profesional, por lo que debemos tener presente que trabajaremos en un proceso que busca la asunción libre de un conjunto de recomendaciones, no la imposición de un conjunto de ordenes. Pero a pesar que de los profesionales sanitarios no suelen dudar de las excelentes bondades de las GPC, en numerosas ocasiones no se sigue con el éxito que se debiera esperar. Indudablemente debe haber un conjunto de circunstancias que dificulta la implantación plena de las GPC.

En primer lugar debemos pensar que no partimos de cero. Las maneras de intervenir, o de no intervenir, de nuestros profesionales en torno a este problema parten de sus conocimientos (cabría decir que también de sus desconocimientos), su experiencia, la tradición del centro donde trabajan en torno al problema, sus creencias o teorías no probadas, etc.

Es importante partir de la situación interna en los centros donde se busca implementar la GPC para ir construyendo un clima de confianza en la mayoría de los profesionales de que la Guía busca mejorar la atención prestada. En ese proceso es clave identificar

los profesionales con liderazgo clínico e implicarlos a ellos en el proceso de cambio.

En lo individual es importante tener en cuenta que la transmisión frecuente de información personalizada, haciendo ver los beneficios que aporta, puede ser importante para ese fin. En lo organizativo habrá que tener en cuenta aspectos como la disponibilidad de recursos necesarios para la aplicación de las recomendaciones de la Guía en los centros afectados, las características de los equipos asistenciales (incluyendo su actitud ante los cambios), la inclusión de la Guía (o de aspectos relevantes de ella) entre los objetivos de cada centro o las habilidades de los directivos y responsables implicados[93].

¿Difusión, diseminación o implementación? Es importante tener muy claro estos tres conceptos, ya que tienen matices y significados diferentes[94].
Cuando se habla de **difusión**, se habla simplemente de propagar o divulgar conocimientos, podemos decir que es sólo la distribución de información al profesional. La **diseminación** es un término algo más extenso y "comprometido", se puede decir que es comunicar información al profesional sanitario para mejorar sus conocimientos o habilidades. Trata de transmitir contenidos de forma más orientada a quién van destinados. La **Implementación** significa aplicar métodos o medidas para llevar a cabo un objetivo; ello implica identificar y superar las dificultades o barreras del entorno donde se pretende poner en funcionamiento, en nuestro caso, una GPC. Requiere un esfuerzo más activo que la simple difusión o la propia diseminación.

Para desarrollar la estrategia de implementación de una GPC el Royal College of Nursing del Reino Unido propone una estrategia basada en 10 puntos[95]:

1. Establezca un grupo multidisciplinario.
2. Comunique sin disimulo a todos los miembros del equipo los beneficios que reportará a los pacientes.
3. Haga coincidir la implementación de la GPC con otra medida de cambio, por ejemplo mejora continua de la calidad.
4. Elija el formato en el que se va a presentar.
5. Evalúe la GPC con un instrumento adecuado.
6. Mentalice al personal sobre el cambio y fije una fecha para empezar.
7. Asigne responsabilidades entre los miembros del equipo. Persuada a los líderes de opinión.
8. Refuerce los mensajes.
9. Audite los resultados pre y postimplantación.
10. Revise periódicamente la GPC.

Efectividad de los métodos de implementación.

Son muchas las acciones que se emplean: distribución de materiales educativos (las propias guías, material audiovisual, bibliografía, etc.), participación en cursos o talleres, asistencia a congresos o conferencias, visitas educativas o sesiones de presentación, sesiones con casos clínicos, utilización de profesionales de prestigio entre sus colegas, recordatorios (manuales o electrónicos), planes de marketing interno, intervenciones mediadas por pacientes, actividades de evaluación y retroalimentación en base a sus resultados, etc.

Pero no todas las acciones posibles en el proceso de que los profesionales de un centro incorporen las

recomendaciones de una GPC a su práctica clínica son igualmente efectivas, ni siquiera podemos decir que todas sean efectivas, aunque afortunadamente conocemos evidencia sobre la efectividad de una amplia gama de ellas[96]

Sabemos, por ejemplo, que son de escasa o nula efectividad la distribución pasiva de materiales educativos (libros, documentos, CDs, etc.) o la realización de encuentros informativos o formativos sin participación activa de los profesionales a los que se dirige la Guía (conferencias, charlas magistrales, etc.).

Sabemos también que son de efectividad variable la realización de auditorias con feedback, el uso de líderes locales (en reuniones de trabajo, sesiones clínicas, etc.), los procesos de consenso local (adaptación de GPC, etc.) y las intervenciones mediadas por pacientes.

Y también sabemos de un conjunto de intervenciones efectivas para nuestro fin: las visitas educativas en los centros de trabajo, los recordatorios (casos de pacientes, sea en papel o electrónicos), las intervenciones combinadas (multicomponentes, por ejemplo: audit + feedback + procesos de consenso local + marketing), o los encuentros educativos con participación activa (talleres, debates, etc. que sean bidireccionales).

Algunas intervenciones (visitas formativas, líderes de opinión, recordatorios e intervenciones mediadas por pacientes, etc.) mejoran su efectividad cuando están precedidas de un análisis previo de barreras o facilitadores, si se utiliza dicha información para el desarrollo de las acciones. Debemos tener también

siempre en cuenta que las medidas de tipo pasivo son menos efectivas.

Una reciente y muy exhaustiva revisión sistemática de Grimshaw y cols1, realizada en bases de datos EPOC, MEDLINE, EMBASE, Healthstar, Cochrane-ensayos clínicos y SIGLE, y que incluye 235 estudios, muestra como hallazgos más relevantes los siguientes:

- Se observan mejoras en el resultado medido en el 86,6% de las comparaciones, aunque el efecto es variable dependiendo del tipo de intervención y también del estudio.
- **Las intervenciones más valoradas** fueron los **sistemas de recordatorios, materiales educativos, auditoria y feedback.** La mayoría producen de pequeño a moderado efecto, siendo la mediana de mejora:
    - 14,10% para los recordatorios.
    - 8,10% para materiales educativos.
    - 7,00% para la auditoria y feedback.
    - 6,00% para las intervenciones con múltiples estrategias.
- Las intervenciones con múltiples estrategias no son necesariamente más efectivas que las intervenciones simples, aunque sí suelen serlo.
- Los materiales educativos tienen poca eficacia, pero potencialmente pueden tener efectos importantes (van dirigidos a muchos profesionales) y su coste es relativamente bajo.

A continuación exponemos un conjunto de recomendaciones, incluidas en Management of urinary incontinente in primary care[27] y en otra bibliografía1,[92] [97] [98] [99] [100] [101] [102], donde recogemos propuestas, orientadas hacia los diversos actores que estarán implicados en el proceso de implementación de la Guía: profesionales, pacientes, organización, medios de comunicación, etc. Junto a cada recomendación se plantean acciones dirigidas a facilitar la ejecución de las mismas. Tanto las recomendaciones como las acciones planteadas están adaptadas a un nivel local (entendido éste en nuestro caso como un centro sanitario), ámbito de nuestras recomendaciones.

Recomendaciones dirigidas a profesionales de salud:

Recomendaciones	Acciones
Los profesionales deben considerar las ventajas de utilizar una GPC y de procurar una práctica basada en la evidencia.	Se deben generar conocimientos sobre el diseño metodológico de una GPC para que las enfermeras comunitarias conozcan las ventajas de su utilización sistemática. Para ello se puede incluir en la diseminación de la guía información sobre la atención sanitaria basada en la evidencia (ASBE) y sobre la metodología de elaboración de la Guía.

Los profesionales deben conocer las recomendaciones de la Guía así como las bases fisiológicas y del comportamiento en que éstas se sustentan.	Las actividades de formación que se realicen en el proceso de implementación de la Guía deben incorporar acciones formativas que cubran estos requerimientos. Deben incluirse acciones dirigidas a los líderes del proceso de implementación en cada centro y otras dirigidas a todos los profesionales. Entre estas últimas deben prevalecer las de contenido clínico (resolución de casos concretos que pueden abordarse en sesiones clínicas en cada centro), dirigidas por los líderes del proceso en cada centro. Las intervenciones dirigidas al cribado, captación e intervención mínima deben proveerse por todos los profesionales del equipo, al menos por todas las enfermeras, de manera que lleguen a toda la población. Las intervenciones de reeducación del suelo pélvico y otras más específicas, deben proveerse por personal con formación y entrenamiento específicos.
Cada centro debe disponer de profesionales con las habilidades necesarias para realizar las intervenciones adecuadas a cada situación.	
Las enfermeras deben estar vigilantes y adoptar conductas proactivas tendentes a generar consultas en aquellos pacientes con factores de riesgo para desarrollar	Es importante: - Identificar las oportunidades para abordar el problema a partir de la situación o necesidades planteadas por la/el paciente. - Utilizar el tiempo necesario

incontinencia urinaria entre los que se encuentran la edad, la menopausia, el embarazo y parto, los problemas de continencia perinatales, y el elevado índice de masa corporal.	en esta consulta. - Mejorar la captación para diagnosticar los problemas de IU.
Las enfermeras deben reconocer las dificultades de algunos pacientes para tratar lo relacionado con su problema de incontinencia y deben ser proactivas preguntando a sus pacientes sobre su estado de continencia de forma oportunista durante las consultas habituales.	
Los profesionales de salud deben tener una actitud positiva ante los problemas de continencia.	
Todos los pacientes deben ser sometidos a una valoración previa sobre su continencia antes de recetar cualquier producto.	La entrega de cualquier producto no debe sustituir a la intervención terapéutica.

Recomendaciones dirigidas a la organización:

Recomendaciones	Acciones
Debe promoverse auditorias en Historias Clínicas y retroalimentación sobre sus resultados.	Las auditorias deben mostrar los avances y las áreas de mejora en el proceso de implementación de la GPC.
Debe desarrollarse sistemas de recuerdo (reminders) para determinadas actuaciones clínicas	Los resultados de las auditorias deben permitir la realización de sesiones clínicas donde se refuercen los conocimientos de los equipos y deben proveer también retroalimentación individualizada a cada profesional.
Debe vincularse con los objetivos de la organización y posibilitar acciones incentivadoras para los profesionales	Inclusión de: Objetivos en los contratos-programas de las Unidades Clínicas, en los objetivos individuales de cada profesional, etc. Reconocimientos explícitos a los profesionales que sigan las recomendaciones de la GPC. Todas aquellas actuaciones que faciliten el "sentimiento de pertenencia".

Recomendaciones sobre intervenciones a desarrollar:

Recomendaciones	Acciones
Los ejercicios de suelo pélvico deben ser propuestos a los pacientes con IU de esfuerzo o mixta como tratamiento de primera elección. Los programas de ejercicios deben ser enseñados a los pacientes para ser realizados por ellos.	El personal de enfermería (enfermera o matrona) de cada centro iniciará la terapia de fortalecimiento del suelo pélvico de sus pacientes. Si ello se muestra insuficiente se valorará la realización de biofeecbak, que podrá iniciarse por el propio paciente (si se dispone de aparato para ser cedido temporalmente). Si lo anterior se muestra asimismo ineficaz se derivará al fisioterapeuta para electroestimulación.
La población con IU debe recibir una intervención individual específica y, en los casos en que sea preciso, recomendar una intervención grupal.	
El tratamiento con ejercicios de suelo pélvico debe ser considerado en pacientes varones tras cirugía radical de próstata.	
El reentrenamiento vesical debe ser ofertado a pacientes con IU de urgencia.	En cada centro se deberá disponer de profesionales capacitados en técnicas para el entrenamiento vesical.

Recomendaciones dirigidas a pacientes:

Recomendación	Acciones
A los pacientes con IU se les debe ofrecer toda la información y consejos sobre las opciones del tratamiento y cuidados disponibles.	Para ello será necesario: - Disponer de material divulgativo y educativo sobre los problemas de continencia, aunque éste pueda no ser demandado. Facilitar este material a pacientes y sus asociaciones. - Desarrollar estrategias de formación, y de financiación para ello, que aporten los conocimientos teóricos y el entrenamiento necesario para asegurar a las enfermeras comunitarias el conocimiento y habilidades más revelantes.
Los pacientes con IU deben tener acceso a profesionales cualificados con conocimientos y habilidades suficientes para ofrecerles los consejos e información necesaria.	
Los pacientes con IU deben ser informados sobre la accesibilidad directa a consultas específicas de profesionales de AP que enseñen cuidados sobre la incontinencia urinaria, sin necesidad de ser derivados a consulta médica.	Para ello será necesario: - Que todos los profesionales con población asignada sean autosuficientes para dar estos cuidados específicos. - Que los profesionales puedan gestionar su agenda de citas para recitar a los pacientes cuando sea necesario. - Que los profesionales tengan disponible un procedimiento de derivación directa de aquellos pacientes que pudieran necesitarlo, y que esto sea público.

Recomendaciones dirigidas a los medios de comunicación:

Recomendación	Acciones
Promover una estrategia de información a la población para levantar los "tabúes" existentes y dar a conocer los servicios sanitarios de atención a las personas con IU.	Desarrollar campañas para dar a conocer el problema latente de la IU. La acción debe dirigirse a las poblaciones diana que pueden presentar el problema. El centro de salud en general, y la enfermera de cada paciente en particular, deben mostrarse a cada paciente con pérdida de orina como un recurso para acudir a consultar sus dudas o problemas.

Plan resumen para una buena implementación de una GPC:

Los pasos a seguir para una buena implementación de una GPC deben adaptarse siempre al entorno y circunstancias del centro sanitario, teniendo siempre presente los recursos disponibles, la población diana a la que va dirigida la Guía, las características de los pacientes y los factores culturales del entorno geográfico del centro.

Desarrollar un plan de implementación, para ello es muy importante esclarecer desde un principio cuáles van a

ser los objetivos y qué mejoras o cambios tienen que suceder con la implementación de la GPC.

Identificar qué personas tendrán que involucrarse en el proyecto de implementación, así como las que van a liderarlo en el centro. En las mejores condiciones debería contarse con un grupo multidisciplinar, con liderazgo clínico entre los profesionales hacia los que nos dirigimos, y pacientes o representantes de los mismos. Es importante incluir en este proceso a profesionales que conozcan el medio local, con el objeto de mejorar la aceptación de la guía.

Decidir cuál es la población diana a la que hay que dirigirse, porque no todos los métodos son útiles para todos los grupos (tipología de los pacientes, enfermera de familia, matronas, fisioterapeutas, médicos de familia, pediatras, etc.), elaborar diferentes estrategias para cada uno de ellos.

Analizar los vacíos que existen entre la práctica clínica que se está llevando a cabo de forma habitual y la práctica "ideal" que propone la GPC, es decir, qué es lo que se está haciendo en el momento actual y qué cambios deben suceder. Para identificarlos puede ser muy útil realizar una auditoria previa al proceso de implementación. Ello ayudará a plantearse objetivos realistas de la implantación.

Seleccionar cuáles son los mensajes clave que propone la GPC y que necesariamente deben comunicarse, porque con su cumplimiento probablemente se resolverán los vacíos entre la práctica clínica habitual y la "ideal". A veces cada uno de estos mensajes necesita estrategias distintas de comunicación para cada unos de los grupos diana, así como diferentes formatos de resúmenes, algoritmos y recomendaciones.

Identificar cuáles son las barreras que podrían interferir en el desarrollo de una implementación satisfactoria; algunas de las ya mencionadas

anteriormente son: disponibilidad de recursos, organización del trabajo, cuáles son las actitudes al cambio que se perciben en el entorno, disponibilidad de poder aumentar el tiempo de trabajo para llevar a cabo las recomendaciones de la GPC, la visión de la política sanitaria y las posibles interferencias con la administración.

Decidir cuáles son los métodos de implementación que pueden funcionar en nuestro contexto, teniendo en cuenta el grado de complejidad de las recomendaciones para que la población diana utilice la GPC, los facilitadores aprovechables y las barreras a superar. Habitualmente se necesitan menos y estrategias más baratas para implementar las guías sencillas. En esta fase también es importante preparar a los profesionales para la implementación de la GPC, explicándoles con tiempo, entusiasmo y con una comunicación eficaz, cuáles son los objetivos que se pretenden llevar a cabo, asegurándose de que consiguen una actitud positiva y favorable al cambio. Por otro lado, no menos importante es preparar el medio de trabajo, equipándolo adecuadamente, como también ayudar a los grupos de pacientes, para que intervengan en las iniciativas que se llevarán a cabo.

Cualquier estrategia conlleva unos costes, es frecuente que buscar eliminar intervenciones de efectividad probada para abaratar el proceso reduzcan de manera importante el impacto en las modificaciones en la práctica clínica.

El último paso y quizá el más relevante es la evaluación del impacto que han tenido las estrategias de implementación de la GPC y para ello es necesario conocer los siguientes aspectos:

Qué grupos de personas conocen y se han familiarizado con los contenidos de la guía.

Comprobar el uso actual que se está haciendo de la misma.
Recoger información de cuánto se ha consumido en recursos adicionales de salud, necesarios para cumplir las recomendaciones propuestas.
Cuáles han sido los cambios obtenidos en los resultados de salud, con el uso de la GPC, no solamente a corto plazo, si no cómo se han ido manteniendo a lo largo del tiempo.
En definitiva, no hay recetas mágicas, pero sí disponemos de una amplia gama de intervenciones que utilizadas adecuadamente podrán resultar efectivas para nuestro fin.

Indicadores

Indicadores de prevalencia:	
Nombre del indicador y descripción	**1. Prevalencia global de IU en población atendida**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº pac con IU diagnosticada x 100 / Población atendida
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**2. Prevalencia de IU total en población inmovilizada**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº pac con IU total diagnosticada x 100 / Nº pacientes inmovilizados (15% población anciana)
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**3. Prevalencia de IU de esfuerzo en población diana**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº pac con IU de esfuerzo diagnosticada x 100 / Nº mujeres ≥ 20 años
Fuente de captura de datos	Historia Clínica

Indicadores de valoración:	
Nombre del indicador y descripción	**4. Cribado de IU de esfuerzo**
Fórmula o evidencias del indicador	(Nº mujeres ≥ 20 años con cribado de IU de esfuerzo + Nº puérperas con cribado de IU de esfuerzo) x 100 /(Nº mujeres ≥ 20 años + nº nacidos vivos en el período)
Fuente de captura de datos	Historia Clínica

Indicadores de intervención:	
Nombre del indicador y descripción	**5. Intervención Individual**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº pacientes con Intervención individual x 100 / Nº total de pacientes con IU con Pfeiffer A-B
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**6. Intervención grupal**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº pac a los que se oferta educación grupal x 100 / Nº total de pacientes que acuden al 80% de las sesiones grupales
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**7. Pacto de consumo de AIU**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pac con un pacto de consumo de AIU x 100 / Nº de pacientes con IU total
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**8. Indicación de AIU**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pac con AIU x 100 / Nº de pacientes con IU
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**9. Cuidadoras que han recibido intervención educativa en técnicas conductuales**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de cuidadoras adiestradas en técnicas conductuales x 100 / Nº de pacientes incapacitados con IU
Fuente de captura de	Historia Clínica

datos	
Nombre del indicador y descripción	**10. Pacientes con IU total revisados anualmente**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pacientes con IU total reevaluados en el año x 100 / Nº total de pacientes con IU total
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**11. Adherencia a actividad grupal**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pacientes que terminan la actividad grupal x 100 / Nº de pacientes que inician la actividad grupal
	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**12. Pacientes con reeducación del suelo pélvico revisadas al año**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pacientes con reeducación del suelo pélvico hecha en el año anterior que han sido reevaluadas en el año actual x 100 / Total de pacientes con reeducación del suelo pélvico en el año anterior
Fuente de captura de datos	Historia Clínica

Indicadores de resultado:	
Nombre del indicador y descripción	**13. Satisfacción**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº pacientes satisfechos x 100 / Nº total de pacientes con intervención
Fuente de captura de datos	Encuesta de satisfacción
Nombre del indicador y descripción	**14. Complicaciones**
Fórmula o evidencias del indicador	(Nº pac que presentan lesiones cutáneas debidas a la IU + nº pacientes incontinentes con ITU+ nº pacientes incontinentes con caídas en el perodo) x 100 / Nº total de pacientes con IU
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**15. Reeducación del suelo pélvico**

Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pac que han acudido a la intervención de reeducación de suelo pélvico (grupal o individual) y manifiestan haber mejorado x 100 / Nº de pacientes que inician la intervención
Fuente de captura de datos	Historia Clínica
Nombre del indicador y descripción	**16. Capacidad de resolución**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pac derivados a … (Unidad de Fisioterapia, Atención Especializada) x 100 / Nº de pacientes con IU
Fuente de captura de datos	Historia Clínica

Indicadores de gasto:	
Nombre del indicador y descripción	**17. Gasto en AIU / Pacientes con AIU**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de pac con un pacto de consumo de AIU x 100 / Nº de pacientes con IU total
Fuente de captura de datos	Farmacia
Nombre del indicador y descripción	**18. Adecuación del uso**
Fórmula o evidencias del indicador	Nº de AIU supernoche x 100 / Nº total de AIU consumidos
Fuente de captura de datos	Farmacia
Nombre del indicador y descripción	**19. Evolución gasto AIU**
Fórmula o evidencias del indicador	Gasto en AIU en el año en curso- Gasto en AIU en el año anterior/ Gasto en AIU en año anterior
Fuente de captura de datos	Farmacia

ANEXOS

EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN EL CENTRO DE SALUD NUEVA MÁLAGA.

El Centro de Salud de Nueva Málaga está adscrito al Distrito Sanitario Málaga, cuenta con un censo de población de 24.924 usuarios y se ubica en el casco urbano de Málaga en una zona en la que no se prevé una gran expansión urbanística, y por tanto estable en cuanto a crecimiento de población. En su evolución se aprecia un envejecimiento de los residentes nacionales y un crecimiento significativo de los nacimientos y niños escolarizados de origen extranjero.
El personal sanitario del EBAP lo conforma un total de catorce enfermeros, quince médicos, una matrona y una enfermera de enlace.

La aparición de la segunda edición de la Guía de Atención a Pacientes con incontinencia urinaria (IU), editada por el Servicio Andaluz de Salud y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), suscitó la necesidad de reflexionar sobre el abordaje enfermero del problema de la IU en la práctica clínica diaria. Algunas de las preguntas que condujeron nuestras reflexiones fueron:

- ¿Conocíamos la frecuencia en nuestras consultas?
- ¿Llegábamos a toda la población afectada?
- ¿Se abordaba el problema en todas sus vertientes y desde una visión enfermera?

- ¿Podíamos los enfermeros trabajar con nuestros usuarios, dando la respuesta adecuada?
- ¿Seria costoso y complejo el manejo de este problema de salud?

En nuestro centro de salud, como en otros lugares, los pacientes con IU se estaban atendiendo desde una perspectiva mejorable, su abordaje, mediante actuaciones puntuales, impedían ver el problema en su conjunto.
La incontinencia es visualizada, también en la práctica sanitaria, como un problema "tabú" en el sentido que sólo se aborda a demanda con lo que se pierden oportunidades de tratamiento y se prolongaba el sufrimiento de los afectados. En nuestro centro, los casos más dramáticos exponían su problema en la consulta médica, casi nunca a la enfermera, que permanecía ajena a este importante problema de salud. Con frecuencia la respuesta del sistema sanitario a la IU es inadecuada sobre todo en los casos de pacientes que inician pequeñas pérdidas de orina, a la que se da viso de "normalidad" en muchas circunstancias; en aquellos pacientes con limitaciones de la movilidad, a los que se hace "funcionar" como incontinentes a fuerza de usar con ellos absorbentes para "ahorrar" las molestias derivadas de tener que movilizarlos; o esos otros pacientes en los que un mal abordaje de la incontinencia produce o agrava las lesiones tisulares.

Con todos estos interrogantes y con la certeza de que la enfermería podría ofrecer una mejora en su práctica clínica para el tratamiento de la IU nos decidimos a difundir la Guía entre nuestros compañeros, e implementar su uso en nuestro centro.

Para este cometido, se creó un grupo de mejora, conformado por tres enfermeros. Se eligió como herramienta de trabajo un "ciclo de mejora", por su carácter participativo y porque a través de sus fases se abordan factores decisivos en la implantación de un cambio de práctica clínica.

La implantación se realizó durante 6 meses, utilizando el tiempo de formación continuada. En este periodo, se fueron sucediendo las etapas del ciclo de mejora que nos guiaron en la detección de los problemas, búsqueda de soluciones, cambios necesarios (tanto organizativos como estructurales), elaboración de protocolos, indicadores, etc.

En la primera fase, se procedió a la formación en sus dos vertientes: externa, la específica de los miembros del grupo de mejora en diferentes aspectos, tanto relacionados con la incontinencia urinaria como con la gestión de procesos y herramientas de la calidad, e interna, del resto de los miembros del equipo de enfermería del centro. Para ello se usaron: clases magistrales, sesiones clínicas, elaboración de material de autoevaluación, roll-playing, etc.

Durante la fase de formación (3-4 meses), el equipo enfermero trabajó en aspectos tan variados como: recuerdo anatómico del suelo pélvico y estructuras de la continencia, recuerdo fisiológico de la micción, patología y tratamiento de la IU, gestión clínica…, y otros aspectos necesarios para el manejo del problema.

Posteriormente las sesiones se fueron centrando en el proceso enfermero, uso de lenguaje enfermero (NANDA, NIC, NOC) y especialmente en las respuestas humanas de la IU.

Para la formación se siguieron las recomendaciones de la Guía de IU SAS/ASANEC que pretendíamos utilizar.

Al tiempo que avanzábamos en el conocimiento de la IU se planteaban problemas tanto de tipo organizativo como estructurales: falta de registros, falta de cartera de clientes (población diana), espacios a utilizar, tipos de intervención, importancia de la personalización, reconocimiento por parte de usuarios, protocolo de trabajo, utilización de la Guía.

Finalmente resolvimos la organización que pasamos a exponer:

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA:

- Mujeres mayores de 35 años
- Mujeres en embarazo-posparto
- Personas con limitación física, visual o cognitiva
- Diabéticos mayores de 50años
- Personas con deterioro de la movilidad
- Pacientes con déficit neurológicos
- Pacientes prostáticos

DEFINICIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS:

- IU de esfuerzo
- IU refleja
- IU de urgencia
- IU funcional
- IU total

SELECCIÓN DE INTERVENCIONES

Agrupan aquellas descritas en la Guía de IU SAS/ASANEC utilizada en el proceso, además de las técnicas de cuidados que sean necesarias y la gestión enfermera de absorbentes para la IU con arreglo al protocolo del Distrito Sanitario Málaga:

- Screening y valoración integral
- Técnicas conductuales
- Técnicas conductivas
- Técnicas de sondaje vesical
- Gestión de absorbentes
- Educación individual
- Educación grupal

Para protocolizar estas intervenciones, se agruparon en tres niveles de actuación, con marcadores propios, lo que hizo necesaria la implantación de un nuevo sistema de registro que recogiera homogéneamente la información. Se convino registrar como:

IU1- intervención nivel 1
IU2- intervención nivel 2
IU3- intervención nivel 3
VIU– uso de absorbentes

Todas ellas se registrarían en la historia de salud TASS/DIRAYA

Pasamos a describir estos niveles de intervención

Nivel I

Este se realiza, habitualmente, en las consultas de enfermería (por las enfermeras del centro) y en la de

embarazo y planificación familiar (por la matrona), aunque también podía realizarse desde cualquier consulta médica u asistencial del centro o en el domicilio del paciente.

Comprende la realización de:

- Cribado de la población diana, mediante la utilización de los algoritmos de aproximación al diagnóstico
- Anamnesis de datos relevantes de la historia clínica y valoración integral
- Diagnóstico de IU si procede
- Intervenciones: educación (hábitos de vida, información sobre el proceso de IU)
- Ofertar y pactar tratamiento en su caso

Nivel II

Estas actuaciones se realizan por todo el personal de enfermería tanto en la consulta como en el domicilio, son las intervenciones propiamente dichas sobre los diagnósticos realizados:

IU Refleja:

- Adiestrar en sondaje vesical intermitente
- Cuidados en sondaje vesical permanente
- Uso de colectores
- Uso de oris
- Absorbentes

IU Urgencia:

- Entrenamiento del hábito
- Vaciamiento programado
- Doble vaciamiento

- Uso de colectores
- Control de medio ambiente
- Absorbentes

IU Funcional:

- Vaciamiento programado
- Doble vaciamiento
- Control de medio ambiente
- Uso de colectores
- Absorbentes

IU Esfuerzo:

- Información y educación en factores relacionados:
  - Obesidad
  - Uso de faja
  - Debilidad del suelo pélvico
  - Malos hábitos miccionales
  - Ofrecimiento de derivación a tratamiento grupal
  -Instrucción en el Uso de técnicas conductuales, educacionales y/o rehabilitación

Nivel III

Intervención grupal sobre IU de esfuerzo.

- Se realiza en la sala grupal del centro por algunas enfermeras (dos en nuestro centro) con experiencia de intervención grupal y manejo clínico de la incontinencia.
- Se dirige a mujeres con diagnóstico de IU de esfuerzo y dispuestas a trabajar en grupo.

- Se realizan en ocho sesiones de una hora de duración, incluidas las de evaluación.
- Consisten en ejercicios de suelo pélvico y biofeed-back, educación e información sobre proceso, causas, control de evolución y autoexploración.

Se realiza una valoración postintervención a los cuatro meses: tono, adherencia al tratamiento, estado actual de la IU, derivación si no hay mejora

Todas estas actividades se desarrollan con apoyo de material impreso, tanto para el profesional como para los usuarios.

INDICADORES

Indicadores de censo

Nos muestran el nivel de captación sobre la población diana

A: $\frac{\text{Población > 65 con icono}}{\text{Población diana}} \times 100$

B: $\frac{\text{Mujeres de 35 – 65con icono}}{\text{Población diana}} \times 100$

Indicadores de Seguimiento

Nos dan información sobre la actividad en los distintos niveles de intervención

A: $\frac{\text{Población > 65 con IU1}}{\text{Población > 65 con icono}} \times 100$

B: $\frac{\text{Mujeres de 35 – 65 con IU1}}{\text{Mujeres de 35 – 65 con icono}} \times 100$

C: $\frac{\text{Población > 65 con IU2}}{\text{Población > 65 con icono}} \times 100$

D: $\frac{\text{Mujeres de 35 – 65con IU2}}{\text{Mujeres de 35 – 65con icono}} \times 100$

E: $\frac{\text{Mujeres de 35 – 65con IU3}}{\text{Mujeres de 35 – 65 con icono}} \times 100$

F: $\frac{\text{Población con VIU2}}{\text{Población con icono}} \times 100$

Indicadores de Gasto

Aportan información sobre la gestión del gasto farmacéutico por enfermeras de AIU.

Proporción de Supernoches:

$$\frac{\text{Gasto en AIU supernoches anual} \times 100}{\text{Total gasto AIU}}$$

Evolución del Gasto:

$$\frac{\text{Total gasto en AIU anual} \times 100}{\text{Total gasto AIU en igual periodo año anterior}}$$

[2] VIU es un código utilizado en los centros de salud del Distrito Sanitario Málaga que se utiliza como marcador específico en la Historia Clínica (registrado en el apartado de "motivo de consulta" de usuarios tratados con absorbentes de IU.

Adecuación del Gasto:

$$\frac{\text{Total gasto en AIU anual} \times 100}{\text{Total pacientes con AIU}}$$

En diciembre de 2004, se realiza el primer análisis de indicadores de actividad y seguimiento que nos muestra la adherencia a la intervención de los enfermeros del centro, resultando un total de 316 usuarios atendidos en IU1, 116 usuarios en IU2 y 14 usuarias en IU3.
Nuestra experiencia sigue adelante con un total de 481 usuarios con valoración de incontinencia en consulta y un total de 24 mujeres atendidas en sesiones grupales durante el año 2005

Se observa una tendencia importante a que los pacientes afectados por IU, sean derivados desde la consulta médica a la de enfermería para su tratamiento. Esta derivación está relacionada con el sexo del profesional, las mujeres derivan más que los hombres, y por la cercanía de su práctica clínica al los programas del área de la mujer.

Podemos decir que las enfermeras están dando respuesta a un problema de salud importante, poco abordado en general y se están haciendo visibles ante sus colegas médicos y ante la población, que ve en nosotros la capacidad de ayuda, soporte y solución a su problema

CASOS CLÍNICOS

1º CASO: INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL

MARIA LUISA OCAÑA MORENO.

- **Valoración de enfermería**

Carmen es una paciente de 72 años de edad, sin antecedentes personales importantes salvo artrosis, y como único tratamiento metamizol cada 8 horas.
Hace 10 días le intervinieron la rodilla derecha para colocarle una prótesis .En el momento actual refiere no tener molestias importantes.

Respecto de la nutrición se constata un peso de 51 Kg. y altura de 155 cm. Refiere hacer 4 comidas al día aunque poca cantidad: "nunca he comido mucho".

Dice no estar estreñida y toma bastantes verduras y 1l de líquidos diarios, incluyendo zumos para desayunar y merendar, no le gusta el café ni las infusiones.

En cuanto a la eliminación urinaria, confiesa que algunas veces se le escapa la orina por no poder llegar a tiempo, dice sentir la sensación de ganas pero la dificultad para incorporarse que le ocasiona el problema de sus rodillas hace que termine mojando la ropa interior, incluso de noche la ropa de cama.

Test de incontinencia: de esfuerzo, o; de urgencia, o
.**Tira de análisis de orina**: negativo

En el momento actual –recién intervenida- se mueve

poco pues le cuesta, y cuando lo hace es con ayuda de un andador. A su reciente intervención se une la perdida de fuerza en ambas piernas .Refiere estar sentada en cama ó sillón casi todo el día, sólo se mueve para comer e ir al servicio, incluso en la cama, está toda la noche boca arriba. Aunque dice dormir muy bien.
El traumatólogo le prescribió caminar, pero le cuesta, y dice estar pendiente de que la llamen para rehabilitación.
Signos vitales: TA: 135/85, pulso 75 l/m, fr. 18rm
Se baña en plato de ducha y le ayuda su hija.
Nivel de movilidad: 3, ayuda de andador y otra persona
Barthel: 60, independiente
Norton: 13, riesgo medio

Sabe leer y escribir, dice tener buena memoria, usa gafas desde hace tiempo y oye bien
Peiffer: 2 errores, normal

Lo que le preocupa es que desde hace 3 días esta notando molestias en el "culete" y cuando se mira, tiene una "zona roja redondita" que se quita cuando esta un rato de pie.

Vive con su hija soltera de 42 años que es la que se encarga de la casa y de ella, aunque ésta trabaja toda la mañana y 2 horas por la tarde y mientras tanto se queda sola.

Se distrae con la televisión y haciendo croché y espera ponerse bien muy pronto en cuanto empiecen a darle rehabilitación
No refiere dolor importante aunque dice ser muy fuerte, el que tiene, se le calma con el tratamiento.

- **Problemas**

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA:
Autonomía asistida (hija) en todas las áreas susceptibles.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:
Rehabilitador y fisioterapeutas

DIAGNÓSTICOS ENFERMERO:
Incontinencia urinaria funcional r/c limitaciones neuromusculares: prótesis de rodilla
reciente m/p el tiempo para llegar al inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada, perdida de orina antes de llegar al inodoro.

- **Plan de cuidados**

NOC:
0502 CONTINENCIA URINARIA 1 2 3 4 5

03 responde de forma adecuada a la urgencia (de 2 a 4 en 6 meses)
04 orina en un receptáculo adecuado (de 2 a 4 en seis meses)
05 tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro desde la urgencia a la evacuación de la orina (de 2 a 4 en seis meses)
12 ropa interior seca durante el día (de 2 a 4 en seis meses)
13 ropa interior ó de la cama seca durante la noche (de 2 a 4 en seis meses)

NIC:

0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA

Explicar etiología del problema y el fundamento de las acciones

Controlar, periódicamente, la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color

Comentar los procedimientos y resultados esperados con el paciente

Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo

Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento definitivo

Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia

1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO

Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación

Ayuda al paciente en el aseo/cuña/orinal a intervalos específicos

Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación

0600 ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO

Establecer un intervalo de horario inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual (comer, levantarse, acostarse)

Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas

Ayudar al paciente a ir al aseo y provocar la eliminación a los intervalos prescritos

VACIAMIENTO PROGRAMADO

NOC

1101 INTEGRIDAD TISULAR PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS 1 2 3 4 5

13 Piel intacta (de 5 a 5 mantener)

NIC
3500 MANEJO DE PRESIONES
Abstenerse de aplicar presión en la parte corporal afectada
Facilitar pequeños cambios del peso corporal
Observar si hay zonas de enrojecimiento ó solución de continuidad de la piel

3540 PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESION
Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal ó urinaria
Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas
Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel

NOC
0208 NIVEL DE MOVILIDAD 1 2 3 4 5
04 movilidad articular (de 2 a 4 en seis meses)
05 realización del traslado (de 2 a 4 en seis meses)
06 deambulación camina (de 1 a 4 en seis meses)

NIC
0140 FOMENTO DE LOS MECANISMOS CORPORALES
Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempo prolongados

0221 TERAPIA DE EJERCICIOS DEAMBULACIÓN
Enseñar al paciente a clocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado
Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación
Fomentar una deambulación independiente

0220 TERAPIA DE EJERCICIOS MOVILIDAD ARTICULAR

Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función

Colaborar con la fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios

Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones

Ayudar al paciente a colocarse en una posición optima para el movimiento articular pasivo/activo

Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MARIA LOURDES CALLEJA HERRERA

- **Valoración de enfermería**

Francisca, esta jubilada, tiene 75 años. Acude a consulta de enfermería derivada por su médico de familia para control de presión arterial dos veces en semana durante dos semanas. No ha estado tomando ninguna medicación, hoy le han prescrito un antihipertensivo.

PF1: PERCEPCION-CONTROL DE SALUD: Se encuentra bien y ha tenido buena salud en el pasado. Actualmente padece varices. No está vacunada de tétanos y si de gripe. No alergias conocidas. Sabe reconocer la medicación que toma y se la administra ella misma. Actualmente toma Fabroven® 1-0-0 y desde hoy enalapril 10 mg 1-0-0.Acude a revisiones de especialistas (cardiovascular y oftalmología).

PF2 NUTRICIONAL-METABOLICO: Tiene buen apetito. No abusa de fritos ni de grasas, pero no ha restringido la sal en las comidas. No pica entre horas. Dieta tipo: DE: descafeinado con leche. CO: lentejas fruta. CE: lenguado plancha 2 cuajadas. Toma carne 2-3 v/s, pescado 1 v/s, verdura 5 v/s, fruta diariamente. Unos 750 cc de agua, y leche y derivados diariamente. Dentadura propia, sin dificultad para masticar ni tragar.

PF3 ELIMINACION: Heces blandas diariamente. Al preguntarle nos refiere que se le escapa la orina siempre que tose, ríe fuerte o levanta algún peso. Por eso siempre utiliza compresas.

PF4 ACTIVIDAD-EJERCICIO: Es diestra y hace todas las tareas de casa. Ha empezado a salir a andar diariamente. No ha sufrido caídas últimamente. Anda despacio, pero sin ningún sistema de ayuda. Le gusta ver la tele y coser.

PF5 DESCANSO SUEÑO: Duerme unas 9 horas diarias sin despertarse. No hace siesta y se levanta descansada.

PF6 COGNITIVO- PERCEPTUAL: Sabe leer y escribir. Padece cataratas en ojo derecho, sin intervenir (porque le da miedo).Usa gafas. Oye bien y distingue los sabores. Comprende todas las preguntas sin dificultad.

PF7 AUTOCONTROL-AUTOCONCEPTO: No tiene ansiedad. Se encuentra con ganas de vivir, aunque algo triste por la muerte de su marido hace dos meses. Lo que mas le preocupa es su salud porque "no quiere complicarle la vida a sus hijos".

PF8 ROL-RELACIONES: Es viuda desde hace dos meses, vive sola en casa, pero visita a sus hijos todos los días. Sin conflictos familiares. Buena relación con vecinos y amigos.

PF9 SEXUALIDAD-REPRODUCCION: Ha tenido tres hembras y un varón. Los partos fueron asistidos en su casa por una "comadrona".Tuvo muchos problemas en el climaterio.

PF10 ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRES: El cambio más importante que últimamente ha sufrido es la pérdida de su marido. Tiene disponibilidad de hijas y vecinas para hablar de ello.

PF11 VALORES Y CREENCIAS: Es católica practicante, y su fe le ayuda para afrontar los problemas.

PESO: 74.6 TALLA:162 FC:74 TAS:160 TAD:100

- **Problemas**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO
Incontinencia urinaria de esfuerzo R/C debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales M/P goteo de orina al aumentar la presión abdominal.

- **Plan de cuidados**

NOC
0502 CONTINENCIA URINARIA 1 2 3 4 5

- Ausencia de perdidas de orina al aumentar la presión abdominal (de 2 a 4 en 5 meses)

- Ropa interior seca durante el día
(de 2 a 4 en 5 meses)

NIC:
EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO.
Enseñar a la paciente a contraer y relajar el anillo muscular de alrededor de la uretra y del ano, entre 30-50 veces cada día, manteniendo la contracción durante diez segundos cada vez y descansando unos 10 segundos entre cada contracción.
Explicar que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 -12 semanas.
Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no mas de una vez por semana.

INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA

AGUSTINA SILVANO ARRAZ

- **Valoración de enfermería**

Nombre: Javier Edad: 22 años Profesión: Conductor
Motivo de consulta: Administración de tratamiento antibiótico por vía parenteral prescrito por infección urinaria.
Javier sufrió un accidente de tráfico hace 1 año mientras trabajaba como repartidor y como consecuencia del mismo ha quedado tetrapléjico. Ha estado durante unos meses ingresado en el hospital de Toledo donde recibió cierta instrucción.
Vive en un cortijo a las afueras del pueblo junto a sus

padres y con cinco de sus seis hermanos ya que uno de ellos se ha casado hace poco y vive en otra vivienda cerca de ellos. Durante el ingreso en Toledo han realizado la adaptación de parte del cortijo donde él va a estar por lo que actualmente tiene un cuarto de baño adaptado y una habitación amplia para poder utilizar una grúa y silla de ruedas.
Realiza una dieta variada y equilibrada teniendo un aporte de líquidos adecuado.
De Toledo ya pautaron colectores de orina que cambian diariamente. No eliminación de orina continua.
Se mide residuo postmiccional obteniendo una muestra de 150 cc.
Desde hace unos meses ha presentado infecciones de orina lo que ha hecho que ingrese en el hospital al presentar fiebre muy elevada.
Dependiente para todas las AVD. I. Barthel igual a 0
Su madre le realiza la higiene diaria en la cama y 3 veces en semana lo lleva a la ducha donde realiza un aseo más profundo. Aunque su madre es su cuidadora principal, la familia se ha volcado en los cuidados participando todos en la medida de lo posible desde los abuelos hasta su hermana pequeña, lo que asegura que nunca esté solo en la casa.
Aspecto limpio y aseado, piel hidratada y cuidada.
Signos vitales normales.
Javier ha mantenido sus relaciones sociales y suele salir con sus hermanos y amigos los fines de semana y está esperando poder tener un ordenador con reconocimiento de voz para conectarse a Internet, ya que le gusta la informática y le va a permitir poderse relacionar con más gente, sobre todo, cuando los hermanos están trabajando y no puede salir con ellos.
Lo único que siente es las condiciones del asfalto, tanto del pueblo donde viven como de los alrededores, no le van a permitir hacer uso de una silla de ruedas

automotriz.
Comenta que ya se ha hecho a la idea que tiene que adaptar su vida a las limitaciones que le han quedado, pero tiene muchas ganas de vivir y en lo que esté en sus manos quiere llevar una vida lo más normal posible.

- **Problemas**

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:

1- Infección urinaria

PROBLEMAS DE AUTONOMIA:

1- Déficit de autocuidados: baño/higiene, vestido/acicalamiento, uso del w.c. y alimentación.
2- Deterioro de la movilidad física
3- Incontinencia urinaria refleja(al emitirlo como problema de autonomía ya que no es congruente como Diagnostico de Enfermería según el Modelo de Virginia Henderson no indicaría ni los factores relacionales ni las características definitorias). Si no aplicamos el Modelo de Henderson la etiqueta diagnóstica completa sería: "Incontinencia urinaria refleja r/c deterioro neurológico por encima del centro póntico de la micción (ocasionado tras accidente de tráfico) y m/p vaciado incompleto y patrón previsible de micción".

- **Plan de cuidados:**

P. COLABORACIÓN:

1- Administrar tratamiento pautado por vía parenteral y realizar analítica de orina al finalizar tratamiento para confirmar ausencia de infección.

PROBLEMAS DE AUTONOMIA:

1- Suplencia total para todas las AVD siendo el agente de autonomía su madre principalmente u otros miembros de la familia en su defecto.
2- Suplencia total para la movilidad, realizándole su familia ejercicios pasivos para evitar rigideces y mantener una postura anatómica.

3-Incontinencia urinaria refleja

NOC:

0502 CONTINENCIA URINARIA 1 2 3 4 5

10 Ausencia de residuo postmiccional > 100-200 ml (de 1 a 4 en un mes)

14 Ausencia de infección del tracto urinario (> 100.100 leucocitos) (de 2 a 5 en un mes)

NIC:

0582 SONDAJE VESICAL : INTERMITENTE

Actividades:

1- Enseñar a Javier y a su familia el propósito, suministros, método y fundamento de la cateterización intermitente.
2- Enseñar a la familia la técnica de cateterización intermitente limpia y que la persona responsable realice una demostración.
3- Determinar el programa de cateterización según una evaluación urinaria exhaustiva.

4- Mantener a Javier en terapia antibacteriana profiláctica durante dos o tres semanas al inicio de la cateterización, si procede.
5- Realizar análisis de orina periódico.
6- Explicar a Javier y su familia los signos y síntomas de infección urinaria.

0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA
Actividades:
1- Proporcionar prendas protectoras, si es necesario (utilización de colectores de orina por la noche para permitir el descanso nocturno de Javier y su familia).
Limpiar la zona genital a intervalos regulares.

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

Mª DEL CARMEN NOVAL TOIMIL

- **Valoración de enfermería**

Mujer de 67 años que es visitada en domicilio por su enfermera de familia, por hallarse imposibilitada para acudir al centro.

1.-MANTINIMIENTO DE LA SALUD: No refiere hábitos tóxicos (no fuma, no bebe alcohol, café descafeinado). Patologías previas: DMNID, tratada con Antidiabéticos orales, artrosis tratada desde hace años que le genera déficit de movilidad. Sufrió intervención quirúrgica abdominal hace 6 meses.

2.-ALIMENTACION: Dieta adaptada a su patología, ingiere cinco comidas al día exenta de hidratos de carbono. Ingesta de líquidos >1.5 l/día (solo agua). No alteraciones de la dentición, masticación ni deglución.

3.-ELIMINACION: Patrón de evacuación normalizado gracias a tratamiento con lactulosa. Urgencia miccional, no llega a tiempo al WC, nicturia, que le genera malestar en su vida diaria.

4.-ACTIVIDAD /MOVILIDAD / SUEÑO: Patrón de sueño interrumpido por la nicturia, costándole volverlo a conciliar. Uso de hipnóticos. Sensación de cansancio al levantarse.
Movilidad condicionada por su artrosis y limitada a su domicilio, caminando con dispositivo de ayuda (bastones ingleses).
Barthel: 85 Dependencia moderada

5.-PERCEPCION COGNICION: Déficit visual corregido con lentes, resto sin alteraciones. No sospecha de deterioro cognitivo (Pfeiffer: 0 errores).

6.-AUTOPERCEPCION: Cambios de humor, verbalizando que la incontinencia le hace sentir vergüenza y se retrae del contacto con otras personas fuera del entorno familiar por miedo a que se le vea manchada y se perciba a olor a orina. Se detecta depresión leve (Yesavage: 7)
7.-ROL RELACIONES: Vive con su hija (que ejerce de cuidadora habitual), yerno y tres nietos menores de edad. Vida social limitada al entorno familiar sin actividades lúdicas con personas de su edad.

8.-ESTRÉS: La incontinencia urinaria le genera ansiedad y limita para cualquier contacto social,

generándole estrés la idea de que esas pérdidas se produzcan en público.

9.-PRINCIPIOS / VALORES: Católica practicante, aunque su confinamiento le ha hecho dejar de acudir a misa.

10.-SEXUALIDAD: Viuda desde hace 9 años.
11.-SEGURIDAD PROTECCION: No alergias conocidas. Domicilio con baño, (no placa de ducha), deambula con bastones de manera segura, piso pequeño, con muebles retirados del paso, sin alfombras, suelo no deslizante. Vivienda con ascensor. Nunca queda sola en el domicilio, siempre hay algún familiar.

12.-CONFORT: No refiere dolor habitual, solo esporádicamente (escala analógica de 6) tratado con analgesia adecuada. Tiene habitación compartida con una nieta de 9 años, lo cual no le coarta su intimidad, cama adecuada, colchón de látex. A pesar de convivir en armonía con su familia, manifiesta sentimientos de soledad.

13.-CRECIMIENTO DESARROLLO: No lleva a cabo actividades propias de su edad ni se relaciona con amistades, pensando que su vida ya solo tiene sentido encerrada en casa.

- **Problemas**

PROBLEMAS DE AUTONOMIA:

1- Deterioro de la deambulación (suplidos con bastones).

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:

1- Derivación a salud mental para estudio y abordaje de posible depresión.

PROBLEMAS DE INDEPENDENCIA:

1- Incontinencia urinaria de urgencia r/c disminución de la capacidad vesical tras cirugía abdominal m/p urgencia urinaria, incapacidad para llegar al WC a tiempo.

2- Riesgo de caídas r/c incontinencia urinaria de urgencia, déficit visual.

3- Riesgo de soledad r/c falta de contacto con personas de su misma edad e intereses, aislamiento social.

NOTA: *Tras analizar el caso y priorizar los problemas, creo haber detectado un diagnóstico enfermero real principal, y dos potenciales, que se presentan por causa del primero. Entiendo que solventando la incontinencia, el riesgo de caídas disminuirá y podrá superar su vergüenza y salir del aislamiento que le está ocasionando el riesgo de soledad.*

- **Plan de cuidados:**

NOC

0502 CONTINENCIA URINARIA 1 2 3 4 5

01 Reconoce urgencia miccional: (de 2 a 5)

03 Responde de forma adecuada a la urgencia (de 1 a 4)

07 Ausencia de pérdidas orina entre micciones (de 1 a 4)

12/13 Ropa interior seca durante el día y noche (de 1 a 5)

NIC

0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA:

Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
Proporcionar prendas protectoras si es necesario.
Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama si procede.

0600 ENTRENAMIENTO DEL HABITO URINARIO:
Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer el esquema de eliminación.
Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas.
Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.
Aumentar el intervalo de ir al aseo en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.
Dar un respuesta o refuerzo positivo al paciente cuando elimine a la hora programada, y no realizar ningún comentario cuando el paciente muestre incontinencia.

INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

MANUEL TRABADO HERRERA

- **Valoración de enfermería**

Antecedentes médicos de interés: apendicectomía, Colecistectomía, intervenida de prolapso uterino en 1993, en 1997 cáncer de mama con afectación ganglionar fue tratada con cirugía radical, radioterapia y quimioterapia, quedando como consecuencia éxtasis linfático leve en el brazo izquierdo. Las revisiones por el momento normales.

Valoración de enfermería:

+ Alimentación e Hidratación: sobrepeso. Dieta variada rica en proteínas y fibra.

+ Comenzó hace más de 15 años con pérdidas de orina de emergencia y urgencia, y coincidiendo con el Cáncer de mama paso a no notar que se le escapaba la orina. Utiliza dos pañales noche, uno se lo pone al levantarse y otro al acostarse, reconoce que a última hora del día está muy molesta por notar el peso del pañal.

+ Movilidad: Edema moderado en brazo izquierdo a consecuencia del vaciamiento ganglionar que le limita levemente la movilidad funcional, pero que no le afecta para realizar las actividades cotidianas (excepto coger pesos) al no ser el brazo dominante.

+ Nivel de autonomía: Independiente para las ABVD y AVDI.

+ Sueño: tarda mucho en dormirse, sueño ligero y no más de 5 horas, no duerme de día. Toma medicación que "le sirve de poco".

+ Utiliza gafas con las que ve bien, acostumbrando a ir a revisión cada 2 años aproximadamente.

+ Participa en todas las actividades del convento y se

siente útil y querida por el resto de la Comunidad.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A CONSIDERAR
RESPIRAR			Edad 80 años
ALIMENTACION	Dieta variada rica en proteínas y fibra		Monja de clausura
ELIMINAR	Ella se coloca y quita los pañales de incontinencia	No nota que se le escapa la orina, siendo la pérdida continua.	En 1993 intervenida de prolapso uterino
MOVERSE	Adaptación a la limitación funcional del MSI.	Limitación funcional leve del brazo izquierdo	En 1997 cáncer de mama con afectación ganglionar (cirugía radical, quimioterapia y radioterapia
DOMIR	Tarda en dormirse, sueño ligero.		
VESTIDO			
TEMPERATURA			
HIGIENE			
EVITAR PELIGROS			
COMUNICARSE			
CREENCIAS	Se siente útil y participa en todas las actividades de la Comunidad.		
OCUPACIÓN			
OCIO			
APRENDER			

- **Problemas y Plan de Cuidados**

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA	PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	INICIAL/OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIONES: -Actuaciones (NIC)	EVALUACIÓN 1 (NOC)	EVALUACIÓN 2 (NOC)
	Eliminación	Incontinencia urinaria total M/P pérdida continua e imprevisible de orina sin conciencia de ésta	**(0502) Continencia urinaria** -(12) Ropa interior seca durante el día -(13) Ropa interior o de la cama seca durante la noche **Pasar de 4 – 5** **(1101)Integridad tisular: piel membranas y mucosas** -(06) Transpiración ERE -(10) Ausencia de lesión tisular -(13) Piel intacta **Mantener de 5-5**	**(0610) Cuidados de la incontinencia urinaria:** -Limpieza de la zona dérmica perineal a intervalos regulares. -Remitir al especialista para que determine la causa y valore -Uso de absorbentes		

BIBLIOGRAFÍA

[1] Torras MT, Bernard JA, Roig I, Bernat MJ, Catalá M, Miranda M. Influencia del problema de la incontinencia urinaria sobre la satisfacción de vida en mujeres, en la asistencia primaria. C. Med. Psicosom. 2002; 64: 15-18.

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

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

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

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

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

[7] Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol 1991;146:1255-9.

[8] Simeonova Z, Bengtsson C. Pevalence of urinary incontinence among women at a Swedish primary health care center. Scand J Prim Health Care 1990; 8: 203-206.

[9] Foldspang A, Mommsen S, Lam GW, Elving L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. J Epidemiol community Health 1992; 46:595-600.

[10] Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K et all.Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. Br J Urol 1990; 66: 12-15.

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

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

[13] Rodríguez do Forno, A; Ariceta Iraola, G. Resultados de una estrategia terapéutica frente a la enuresis nocturna monosintomática. An Pediatr 2001. 54(1):38-43

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

[15] Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. Am J Public health 1999; 89: 209-212.

[16] Rotveit G, Kjersti A, Hannestad Y, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or caesarean section. The New
England Journal of Medicine 2003;348(10):900-7.

[17] Damián J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L et. Al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. Eur Urol 1998; 34: 333-338.

[18] Gavira Iglesias F.J, Carida J.M, Pérez del Molino Martín J. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba).At Prim 2000; 25(8):88 – 95

[19] Zunzunegui Pastor MV, Rodriguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. Aten Prim. 2003;32(6):337-42

[20] Gavira Iglesias F, Caridad y Ocerín JM, Guerrero Muñoz M, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. Aten Prim. 2005;35(2):67-76

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

[22] Hu T-W. Impact of urinary incontinence on health-care cost. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 292-295.

[23] Newman DK. How much society pays for urinary incontinence. Ostomy Wound Management 1997; 43: 18-25.

[24] Instituto Nacional de la Salud. Indicadores de la prestación farmacéutica en el sistema nacional de salud Vol 14 1996. Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa; 1996.

[25] Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodriguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Fisiot 2004;26(5):266-280

[26] Elleuch M, Ghattassi J, Guermazi M. Stress incontinence in nulliparous sportswomen: an epidemiological inquiry concerning 105 cases. Annales de Readaption et de Medicine physique 1998;41(8):479-84.

[27] Management of urinary incontinente in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en linea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK

[28] Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of Urinary Incontinence in Women. JAMA 2004;291:986-995

[29] North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2001-2002.Madrid: Harcourt;2001.

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

[31] Thomas A, Morse J. Managing urinary incontinence with self-care practices. J Gerontol Nurs . 1991;17:9–14

[32] Fitzgerald M, Stablein U, Brubaker L. Urinary habits among asymptomatic women. Am J Obstet Gynecol . 2002;187:1384–1388.

[33] Tomlinson B, Dougherty M, Pendergast J, Boyington A, Coffman M, Pickens S. Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. Int Urogynecol J . 1999;10:22–28.

[34] Dowd T, Campbell J, Jones J. Fluid intake and urinary incontinence in older community-dwelling women. J Commun Health Nurs . 1996;13:179–186.

[35] Diokno A, Brown M, Brock B, Herzog A, Normolle D. Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent noninstitutionalized elderly. J Urol . 1988;140;567–571.

[36] Foldspang A, Mommesen S, Lam G, Elving L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. J Epidemiol Community Health . 1992;46:595–600.

[37] Dallosso H, McGrother C, Matthews R, Donaldson M, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. Br J Urol Int . 2003;92:69–77.

[38]Bai SW, Kang JY, Rha KH, Lee MS, Kim JY, Park KH. Relationship of urodynamic parameters and obesity in women with stress urinary incontinence. J Reproduct Med . 2002;47:559–563.

[39] 24. Sugerman H. Effects of increased intra-abdominal pressure in severe obesity. Surg Clin North Am . 2001;81:1063–1075.

[40] Miller L, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40–60 years of age. Acta Obstet Gynecol Scand . 2000;79:298–305.

[41] Sugerman H. Effects of increased intra-abdominal pressure in severe obesity. Surg Clin North Am . 2001;81:1063–1075.

[42] Nygaard I, Bryant C, Dowell C, Wilson P. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews . 2004.

[43] Bump R, Sugerman H, Fantl J, McClish D. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. Am J Obstet Gynecol . 1992;167:392–398.

[44] Subak L, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown J. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? International Urogynecol J . 2002;13:40–43.

[45] Hannestad Y, Rortveit G, Dalveit A, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian Epincont study. Br J Obstet Gynecol . 2003;110:247–254.

[46]Dallosso H, McGrother C, Matthews R, Donaldson M, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. Br J Urol Int . 2003;92:69–77.

[47] Moon T, Hagen L, Heisey D. Urinary symptomatology in younger men. Urology . 1997;50:700–703

[48] Hojberg K-E, Salvig JD, Winslow NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. Br J Obstet Gynecol . 1999;106:842–850.

[49] Bump R, McClish D. Cigarette smoking and pure urodynamic stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and non-smokers. Am J Obstet Gynecol . 1994;170:579–582.

[50] Hisayama T, Shinkai M, Takaynagi I, Toyoda T. Mechanism of action of nicotine in isolated bladder of guinea pig. Br J Pharmacol . 1988;95:465–472.

[51] Martin JL, Williams KS, Abrams KR, Turner DA, Sutton AJ, Chapple C, et al. Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. Health Technol Assess 2006;10(6).

[52] Dowling-Castronovo A, Bradway C. Urinary incontinence. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editor(s). Geriatric nursing protocols for best practice. 2nd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2003. p. 83-98.

[53] Nursing management of patients with urinary incontinence. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2003 Dec. 40 p.

[54] Urinary incontinence in women. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [CD-ROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005 Aug 31 [Various].

[55] Badia Llach X, Castro Diaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King´s Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria.Med Clin 2000;114(17):647-652

[56] Puente Sánchez MC, Valle Ugarte ML. Monografía Incontinencia Urianria. Revista de la sociedad madrileña de medicina de familia y comunitaria. 2001; 3 (3):40-47.

[57] Scott A. Farrell, MD.Intervention évaluation de l'incontinence d'urine à l'effort en vue d'une chirurgicale primaire.J Obstet Gynaecol Can 2003;25(4):319-24.

[58] Almirall M.R, Huguet M.A, Pallars A. Ejercicios pélvicos activos para mujeres con incontinencia de orina. Formación Médica Continuada.1998;5(8):533-541

[59] Determining the volume of residual urine by ultrasonography. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [en linea]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2004 Oct [fecha de acceso 21 de febrero de 2006] [Various]. URL disponible en http:// www.ebm-guidelines.com.

[60]Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey JO, Keeys C, Loughery R. Urinari Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management Clinical Practice Guideline Number 2 (1996 Update). AHCPR [en línea] 1996 Marzo [fecha de acceso 04 de febrero de 2006]; 96-0682. URL disponible en http://www.incontinet.com/articles/AHCPR/ahcpr96.htm

[61] Fonda D, Benvenuti F, Castleden M, et al. Management of incontinence in older people. In Abrams P, Khoury S, Wein A (eds): Incontinence: 1st International Consultation on Incontinence. Plymouth, United Kingdom: World Health Organization (WHO) and International Union Against Cancer (UICC), 1998:731-773.

[62] Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al. Managing Acute and Chronic Urinary Incontinence. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians, No. 2. 1996 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996. AHCPR Publication No. 96-0682.

[63] Hadley EC. Bladder training and related therapies for urinary incontinence in older people. JAMA 1986;256:372-379.

[64] Lyons SS, Specht JKP. Research-based protocol: prompted voiding for persons with urinary incontinence. Iowa City, IA: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core, 1999.

[65] Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Promoting Continence Using Prompted Voiding. (Revised).
Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

[66]Eustice S, Roe B, Paterson J. Vaciamiento motivado para el manejo de la incontinencia urinaria en adultos. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.

[67] Surdy TM. Rehabilitation of urinary incontinent nursing home patients [doctoral thesis]. Milwaukee (WI): Univ. of Wisconsin-Milwaukee, 1992.
[68] Colling J, Ouslander J, Hadley BJ, Eisch J, Campbell E.. The effects of patterned urge response toileting (PURT) on urinary incontinence among nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1992. 40: 135-41.

[69] Hu TW, Igou JF, Kaltreider DL, Yu LC, Rohner TJ, Dennis PJ, Craighead WE, Hadley ED, Ory MG.. A clinical trial of a behavioral therapy to reduce urinary incontinence in nursing homes. JAMA 1989. 261: (18): 2656-62.

[70] Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

[71] JBI, 2005 The Effectiveness of a Pelvic Floor Muscle Exercise Program on Urinary Incontinence Following Childbirth, Best Practice 9(2) Blackwell Publishing Asia, Australia.

[72]Glazener CMA, Herbison GP, MacArthur C, Grant A, Wilson PD.Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal

incontinence: six year fallow up.BMJ. 2005; 330(7487):337-40. [Disponible en: http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/330/7487/337]

[73] Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). En: La
Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

[74] Hunter KF, Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA. Tratamiento conservador para la incontinencia urinaria posterior a la prostatectomía (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

[75]Caufriez M.Gymnastique abdominale hypopressive, Bruselas: M.C. Editions; 1997.

[76] Caufriez M, Fernández JC, Fanzel R, Snoeck T. Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de Gimnasia Abdominal Hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar. Rev Fisioterapia; 2006; 28(4):205-16.

[77] Ferri Morales A, Amostegui A. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Rev Fisisioterapia.2004;26:249-65

[78]Ferran Espejo Giraldo.GAH. www.comadronas.org. no se como debe ir esta reseña.

[79]LA ORTOPRAXIS [sede Web]*. Bellerive sur Allier : Association Posturologie Orthopractie 2006 [acceso 03 de diciembre de 2006]. Disponible en: http://orthopractie.free.fr/espagne/index_esp.htm

[80] Ferran Espejo Giraldo. G.A.H., parto y swiss ball. . [monografía en Internet]*. Barcelona: Gemma Martinez Santiago ;2006 [acceso 03 de diciembre de 2006]. Disponible en:
http://www.comadronas.org/downloads/pdf/G.A.H,%20parto%20y%20swiss%20ball.pdf

[81] Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S, Viñas Díaz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Rev Fisioterapia; 2004;26: 266-80.

[82] Varela Donoso E. Ayudas técnicas en el paciente con incontinencia urinaria. Rehabilitación, 1999; 6 (33):454-460.

[83] Jamison J, Maguire S, McCann J Políticas del uso de catéteres para el tratamiento de problemas de micción a largo plazo en pacientes adultos con trastornos vesicales neurogénicos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

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

[85]Niël-Weise BS, van den Broek PJ. Normas para el uso de sondas vesicales para el drenaje vesical prolongado (Revisión Cochrane

traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

[86] Niël-Weise BS, van den Broek PJ Normas para el uso de sondas vesicales para el drenaje vesical prolongado (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

[87] Niël-Weise BS, van den Broek PJ Regímenes antibióticos para el drenaje vesical con sonda a corto plazo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

[88] Brosnahan J, Jull A, Tracy C. Tipos de catéteres uretrales para el tratamiento de los problemas de vaciamiento a corto plazo en
adultos hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software
Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

[89] Griffiths R, Fernandez R. Políticas para el retiro de sondas uretrales permanentes a corto plazo (Revisión Cochrane traducida).
En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

[90]Shirran E, Brazzelli M. Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.

[91]Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Intervenciones conductuales y educativas complejas para la enuresis nocturna en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:
http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

[92] Grimshaw J M, Thomas R E, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C R, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assesment 2004; 8(6): 1-84.

[93] Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Terol Fernández J y Ruiz Barbosa C. Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados? Enfermería Clínica 2003; 13(1): 41-47.
[94] Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. Med J Aust 2002; 177: 502-6.
[95] Royal College of Nursing. Clinical guidelines: what you need to know. London: Royal College of Nursing, 1995.

[96] Grimshaw JM, Shirran L. Changing Provider Behavior: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care 2001; 39 (suppl 2): 2-45.

[97] García Gutiérrez JF, Minué Lorenzo S. Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) ¿Cómo hacer que las GPC sean

efectivas? En: García-Caballero M (ed.). Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. Málaga: Ciencia Biomédica/Universidad de Málaga, 2003.

[98] Thorsen T, Mäkelä M. Cambiar la Práctica de los Profesionales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2002.

[99] Sign 50: A guideline developers´ handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Published February 2001, last updated May 2004. Disponible en: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html, consultada el 12 de febrero de 2007.

[100] Romero A, Alonso C, Marín I, Grimshaw J, Villar E, Rincón M et al. Efectividad de la implantación de una guía clínica en la angina inestable mediante una estrategia multifactorial. Ensayo clínico aleatorizado en grupos. Rev Esp Cardiol 2005; 58: 640-8.

[101] Foy R, Walker A, Penny G. Barriers to clinical guidelines: the need for concerted action. British Journal of Clinical Governance 2001; 6: 166-174.

[102] Costa C, Arritxu A. Diseminación e implementación de una GPC. Guías de Práctica Clínica 2005; 5 Supl 1: 81-88. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/no_explor/capituloGPC.pdf, consultada el 12 de febrero de 2007.