

GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON INCONTINENCIA ÚRINARIA

SEGUNDA EDICIÓN



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

***GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES
CON INCONTINENCIA URINARIA***

Segunda Edición

GUÍA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

Segunda Edición

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



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



1ª Edición Enero de 2003.
Tirada: 1000 ejemplares.
ISBN:688-0740-0
Depósito legal: MA-153-2003

2ª Edición: Enero de 2003
Tirada:4.000 ejemplares
Depósito legal: MA-1574-2002

Edita: Servicio Andaluz de Salud y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).
Domicilio SAS: Avenida de la Constitución, 18, 41071-Sevilla
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>
Domicilio Social: Horno de Marina 2- 3º- 2 18001 GRANADA.
<http://www.asanec.org>

Diseño y maquetación: Orbis Pictus
Fotografía de portada: Doménico Gioia
Impresión: Tecnographic, S.L.
Printed in Spain.

EQUIPO DE AUTORES

DIRECTOR DEL EQUIPO:

Juan Carlos Morilla Herrera.

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

ÁREA ENFERMERIA:

Julia Iglesias Regidor.

Enfermera. Unidad de Residencias. Distrito Sanitario Málaga. MÁLAGA.

Juan Miguel Izquierdo Carrasco.

Enfermero asociado a la ASANEC. Z.B.S. Alhaurín el Grande. Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce. MALAGA.

María José Martín Leal. Enfermera. Z.B.S. Castilleja de la Cuesta. Distrito Sanitario Aljarafe. SEVILLA.

María del Carmen Martín Ruiz. Enfermera asociada a la ASANEC. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Distrito Sanitario Costa del Sol. MALAGA.

Cristina Rodríguez García. Enfermera. Centro de Salud Joaquín Pece - San Fernando. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda . CÁDIZ.

Agustina Silvano Arranz. Enfermera asociada a la ASANEC. Z.B.S. Bajo Andarax. Consultorio Rioja. Distrito Sanitario Almería . ALMERÍA.

ÁREA MEDICINA:

María José Rodríguez Barquero.

Médico Geriatra Residencia ISDABE-SAR. Estepona.
MÁLAGA.

Antonio Lara Villegas.

Médico. Director de Salud. Distrito Sanitario Valle del
Guadalhorce. MÁLAGA.

José Carlos Velasco Ortega. Médico. Director de Salud.
Distrito Sanitario Costa del Sol. MÁLAGA.

ÁREA FARMACIA:

Carlos Fernández Oropesa.

Farmacéutico. Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora.
ALMERÍA.

Salvadora Martín Sances.

Farmacéutica. Distrito Sanitario Granada. GRANADA.

Eva Moreno Campoy.

Farmacéutica. Distrito Sanitario Serranía. MÁLAGA.

M^a Isabel Baena Parejo.

Farmacéutica. Delegación de Salud de Granada. GRANADA.

COLABORADORES y REVISORES 1^a edición.

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

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

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

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

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

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

Eloy Oliven Martínez. Enfermero Distrito Sanitario Bahía de Cádiz - La Janda. CÁDIZ.

COLABORADORES y REVISORES 2ª edición.

Eugenio Contreras Fernández. Presidente de la ASANEC. Coordinador Enfermería Distrito Costa del Sol. MÁLAGA.

Alejandro Granados Alba. Enfermero asociado a la ASANEC. Centro de Salud La Mojonera, Z.B.S Vicar, Distrito Poniente Almería. ALMERÍA

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

José Miguel Morales Asensio. Enfermero asociado a la ASA-NEC. Responsable Formación e Investigación Distrito Sanitario Málaga. Profesor Colaborador E.A.S.P. MÁLAGA.

Sergio De Sisto Onorato. Enfermero Unidad de Críticos Hospital Regional Universitario "Carlos Haya".MÁLAGA

PRÓLOGO

El Servicio Andaluz de Salud en colaboración con la Asociación Andaluza de enfermería Familiar y Comunitaria, pone a disposición de sus profesionales la segunda edición de la Guía de atención enfermera a personas con incontinencia urinaria.

El objetivo de esta guía es facilitar a las enfermeras el abordaje de un problema de gran prevalencia en la población y de importantes repercusiones en la autonomía de las personas y en sus relaciones con el entorno familiar y social. La Incontinencia Urinaria es un problema que en la mayor parte de los casos puede tener solución y para ello es necesario mejorar los cuidados que proveen las enfermeras a estos pacientes.

Por todo lo anterior, el Servicio Andaluz de Salud va a fomentar y potenciar la mejora de los cuidados que se prestan a las personas con incontinencia urinaria y a sus cuidadoras, incentivando a las enfermeras para que se alcance una mayor calidad asistencial en la respuesta a este tipo de problema.

Publicaciones científicas como la presente deben motivar a las enfermeras a continuar investigando y buscando soluciones que mejoren la práctica clínica.

La utilización de una metodología para la resolución de problemas y de taxonomías enfermeras hacen de esta guía una herramienta válida que facilita el trabajo de las enfermeras, incluyendo las intervenciones más efectivas según la evidencia disponible para el cuidado de la incontinencia urinaria.

El Servicio Andaluz de Salud y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria quieren hacer llegar al mayor número

de enfermeras esta guía, para que apliquen sus contenidos a la práctica diaria. Por ello, se van a realizar actividades formativas para que las enfermeras del Servicio Andaluz de Salud la conozcan de forma directa, haciéndolas participes para que con sus aportaciones y experiencias podamos seguir mejorando sus contenidos y colaborando en la elaboración de publicaciones como ésta, que mejoren la calidad percibida y científico-técnica de los cuidados que prestamos a los pacientes.

Juan Carlos Castro Alvarez
Director Gerente
Servicio Andaluz de Salud

PRESENTACIÓN: 1ª Y 2ª Edición (revisada)

Es una enorme satisfacción poder presentarles esta Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria, con la que queremos poner al alcance de los profesionales de la Enfermería Comunitaria Andaluza una herramienta de trabajo útil para la mejora de la atención que se presta tanto a estas personas como a sus cuidadores.

La ASANEC, sociedad científica andaluza de enfermería comunitaria (integrada en la FAECAP) en apenas cinco años de existencia está produciendo un fuerte impacto en el mundo profesional y científico gracias a su contribución en la mejora continua de la calidad asistencial derivada de su importante aportación científica traducida en diversos eventos: Congresos, Encuentros, Foros, importantes convenios y pactos con instituciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía (S.S.P.A.) y con otras entidades como la Fundación Index, de todo lo cual es testigo la dinámica Web: www.asanec.org.

A todo lo anterior hay que añadir el presente documento - la primera publicación de una obra científica por la ASANEC, en este caso ya la 2ª edición - en el que han participado un equipo multidisciplinar de profesionales (médicos especialista de familia y geriatría, farmacéuticos y enfermeras), como no podía ser menos para conseguir esa visión integral que esta sociedad científica desea para el paciente/ciudadano. Especial énfasis se ha hecho en "la visión enfermera" sobre las respuestas humanas que acontecen en las personas incontinentes y la manera de abordarlas por la enfermera.

La publicación de esta Guía obedece, por tanto, al interés de dotar a las enfermeras de salud familiar y comunitaria de un instrumento práctico que les permita analizar este Proceso de la Incontinencia Urinaria, con el fin de promover y ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas de los destinatarios de la misma, es decir, pacientes, cuidadoras y los propios profesionales de enfermería. La Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria incluye contenidos de clínica avanzada, tanto en su metodología como en la evidencia científica disponible actualmente. En esta 2ª edición se incluyen importantes novedades como datos epidemiológicos concretos sobre la población afectada, la aplicación de test de aproximación al diagnóstico (se incluyen algunos test validados), el tratamiento que se le da al vaciamiento programado, y especialmente destaca la incorporación de nuevos e importantes elementos en el área de técnicas conductuales (educacional y/o rehabilitadora): El entrenamiento del hábito de vaciamiento, el refuerzo a la continencia, el entrenamiento vesical, los ejercicios de suelo pélvico (Kegel), la terapia de retroalimentación y los ejercicios con pesas vaginales. Aquí radica precisamente una de las novedades más importantes de esta nueva edición la incorporación actualizada de los distintos niveles de evidencia en la aplicación de estas técnicas, según el tipo de estudio, y la fuerza de la recomendación según la calidad del grado de evidencia.

Por último quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los autores de la misma, así como al equipo evaluador y muy especialmente al Director de esta obra científica el enfermero Juan Carlos Morilla Herrera, revisor de esta 2ª Edición, autentico líder de enfermería donde los haya, por su especial dedicación al desarrollo profesional, por sus conocimientos teórico-prácticos, por la docencia que realiza al expandir sus conocimientos a lo largo de la geografía andaluza, por lo erudito en la búsqueda y resolución en la mejora de los cuidados y como no por su espe-

cial talante y perfil como persona y profesional Humilde, transparente y enormemente bondadoso en la difusión de sus conocimientos, tan cercano tanto a las enfermeras clínicas como a los pacientes y cuidadoras.

Esperamos, pues, que esta publicación científica, nacida desde la ASANEC a través de sus asociados y simpatizantes, sirva como instrumento de práctica clínica avanzada y favorezca el desarrollo y la mejora de los cuidados enfermeros, y que sea útil por tanto para mejorar la calidad de la atención y el nivel de salud que se presta desde el S.S.P.A. a todos los andaluces y andaluzas.

Eugenio Contreras Fernández
Presidente de la ASANEC.

ÍNDICE

Introducción	21
Epidemiología	23
Fisiología	25
Estructuras responsables de la continencia	25
Vejiga	26
Uretra	26
Suelo Pélvico	27
Inervación	29
Clasificación en la Incontinencia (IU)	30
Correspondencias en las IUs entre la clínica médica y los DdE de la Nanda	34
Algoritmo para el Diagnóstico de Enfermería de la IU	35
Diagnósticos Nanda con NIC y NOC aconsejadas y factores relacionales congruentes con el Modelo de Henderson	36
Algoritmo Diagnóstico para IU de esfuerzo sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas	38
Algoritmo Diagnóstico Para IU Refleja sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas	39

Algoritmo Diagnóstico Para IU de Urgencia sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas	40
Algoritmo Diagnóstico Para IU Funcional sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas	41
Algoritmo Diagnóstico Para IU Total sobre la base de indicadores NOC e intervenciones aconsejadas	42
Valoración de Enfermería	43
Normas Generales en el tratamiento de la IU	53
Técnicas conductuales	53
Ventajas de las técnicas Conductuales	53
Tipos de técnicas Conductuales	53
Individuos susceptibles de terapia Conductual	54
Técnicas Conductuales Cuidadores-Dependientes	54
Técnicas Conductuales Educacional y/o Rehabilitadora	59
¿Cuándo derivar?	65
Técnicas Conductivas	66
Absorbentes para la incontinencia urinaria	69
Clasificación de los absorbentes de incontinencia	69
Elección del absorbente	71
Resumen revisiones sistemáticas	76
Anexos	79
Noc: Continencia Urinaria	79

guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria

Registro de continencia	81
Díptico para pacientes	81
Jerarquía evidencia Guía I.U. ASANEC	86
Bibliografía	88

Introducción

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

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

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

La incontinencia urinaria aparece reflejada en la literatura médica como un síntoma asociado a multitud de patologías y en la literatura enfermera como un diagnóstico enfermero pues constituye una respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación y que lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar o de relación, en el grado de independencia, y abocando a una situación de aislamiento por la sensación de vergüenza, con pérdida de la autoestima e incremento de la dependencia de terceras personas¹.

La *International Continent Society*² define la incontinencia urinaria (IU) como una situación en que la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrable objetivamente, genera

un problema social e higiénico. La IU representa una patología compleja y de difícil solución, que limita la libertad individual y reduce la autoestima de las personas.

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

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

EPIDEMIOLOGÍA

La 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^{3,4}. La prevalencia encontrada⁵ varía entre el 0.6% y el 49% según los estudios. Semejante variabilidad puede estar generada por varios factores como:

- Definición poco clara de que se considera IU:
 - Burgio⁶ estudia mujeres entre 42-50 años definiendo IU :
 - 1 episodio en su vida: 58%
 - 1 episodio mes: 30,7%
- Método de obtención de datos:
 - Simenova⁷ estudia mujeres en consulta médica: 44%
 - Foldspan⁸ y Sommer⁹ estudian mujeres mediante encuesta enviada por correo: 17% y 40 % respectivamente.
- Ocultismo:
 - 11,4% mujeres consultan con médico (Bretones)¹⁰.
 - 21,3% (Sánchez González)¹¹.

Entre la población afectada se pueden distinguir cuatro grandes colectivos:

- Población infantil enurética: la prevalencia se sitúa entre el 10% y el 15% para los niños de 5 a 7 años (antes de esta edad no se habla de enurésis) y va disminuyendo un 1% con la edad hasta los 18 años. En la población mayor de 15 años se estima un 1%¹⁰.

- 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 partos¹¹. En estudios sobre población femenina las prevalencias encontradas han oscilado entre el 40.6% y el 75%, según el grupo de edad^{12,5}. Las mujeres que habían dado a luz por vía vaginal tuvieron un 52.1% de prevalencia de IU frente a un 27% de nulíparas. La edad de inicio de la incontinencia se produjo entre los 30-51 años^{10bis}.

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 siguientes¹³:

- 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.
- Sutura perineal (OR 1,2; $p < 0,25$).

En consecuencia parece que no es el parto en sí lo que supone un incremento del riesgo de incontinencia, sino otros procesos que acontecen durante la gestación.

- Pacientes neurológicos: en los varones suele tener relación con la patología prostática y 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.
- 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.)¹⁴, aunque otros autores como Gavira Iglesias¹⁵ encuentra un 36% igual que Sánchez González que informa un 36,2%.

Pérez Bastarrica 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 sabemos que supone el 2% del presupuesto en países desarrollados^{17,18}. El 90% del gasto¹⁸ se debe a los accesorios el 2% al diagnóstico y tratamiento y el 8% a estancias hospitalarias y cuidados rutinarios. En España en 1996¹⁹ supuso 25.685 millones de pesetas,(3,2% de la prestación farmacéutica del SNS).

Fisiología

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

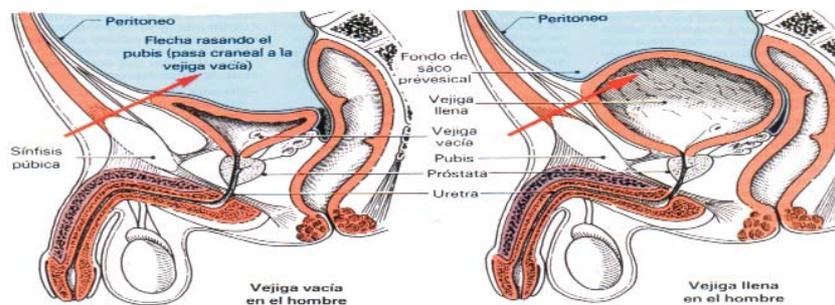
La micción y la continencia son el resultado de la magnitud de dos fuerzas coordinadas y contrapuestas: la presión intravesical y la presión intrauretral.

Estructuras Responsables de la Continencia

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

► Vejiga.

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



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

► Uretra.

Tiene una doble función: de control del vaciado y de su conducción. Está constituida por un esfínter interno formado por fibras musculares lisas y rodeado en su capa más externa, por una capa de músculo estriado que constituye el esfínter externo, el cual tiene un papel muy importante en el mantenimiento

de la continencia. Durante el llenado vesical la presión intrauretral permanece más alta que la intravesical asegurando la continencia, la diferencia de presión entre uretra y vejiga, recibe el nombre de presión uretral de cierre. En la fase de vaciado se produce la apertura del esfínter interno y la relajación voluntaria del esfínter externo con una caída de la presión intrauretral que favorece la micción.

► Suelo pélvico.

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

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

- 1) La Incontinencia Urinaria, y los cuadros de Urgencia Frecuencia Miccional, que se caracterizan por episodios de deseos miccionales intensos que no pueden controlarse voluntariamente y que conducen a una elevada frecuencia de micciones durante el día y episodios de escapes de orina.
- 2) Otro grupo lo forman los Celes o Prolapsos. Constituyen descensos de los órganos de la pelvis por insuficiencia del soporte muscular e incluyen los Cistoceles, prolapsos de vejiga, Prolapsos uterinos, cuando lo que se desprende es la matriz o útero, y Prolapsos Rectales o Rectoceles.
- 3) En un último grupo encontramos los dolores pélvicos no filiados o Algias Pélvicas y Disfunciones Sexuales.

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

► **¿Cómo se lesionan estos músculos?**

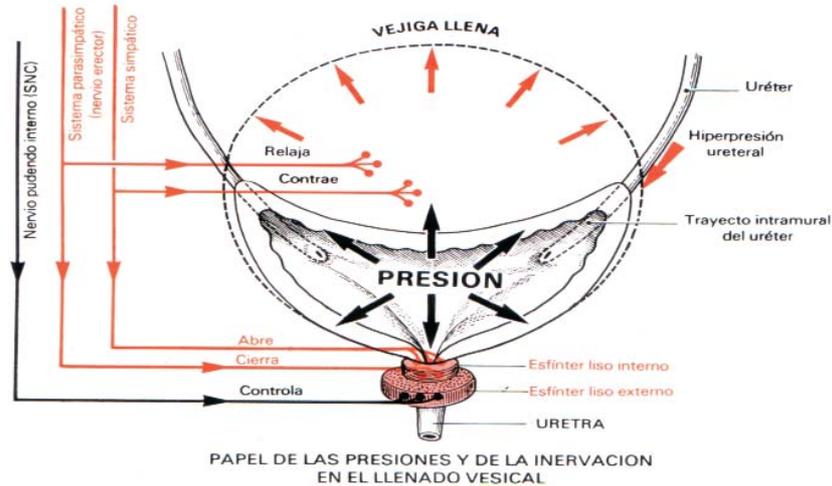
Hay muchas situaciones que debilitan la musculatura pélvica y es conveniente conocer:

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

► **Inervación.**

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

- El sistema nervioso parasimpático inerva el detrusor asegurando el vaciado vesical por contracción del mismo. El sistema nervioso simpático inerva el trigono 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 D10-L1), núcleo parasimpático (metámera S2-S4) y núcleo somático (metámera S3-S4). La coordinación de los núcleos medulares la realiza un centro superior, denominado núcleo pontino, auténtico núcleo de la micción.
- El orinar es un acto voluntario y consciente que se consigue gracias al control que ejercen los centros superiores sobre el núcleo pontino que informa a la corteza cerebral del llenado vesical, y la necesidad de micción se controla por inhibición del reflejo miccional, hasta que se pueda orinar en un lugar adecuado.
- La interrupción del flujo miccional se consigue mediante la contracción del esfínter periuretral y la inhibición de la contracción del detrusor.



Clasificaciones de 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)²⁰ clasifica las incontinencias en la actualidad mediante cinco etiquetas diagnósticas que pueden hacerse corresponder con nomenclatura usada en la clínica médica, en este caso, sin embargo, **el interés de la disciplina enfermera no es la etiología sino la respuesta**, en términos conductuales, que la pérdida de orina involuntaria genera en los individuos.

■ Incontinencia transitoria.

En el 50% de los ancianos hospitalizados que presentan incontinencia, ésta es de tipo reversible, mientras que en el 33% de los que viven en la comunidad se trata de pérdidas urinarias transitorias. Las causas que desencadenan la incontinencia aguda son múltiples, pero las principales son: infecciones del tracto urinario, delirio, vaginitis o uretritis atrófica, fármacos (sedantes, diuréticos, anticolinérgicos, antagonistas del calcio), disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hiperglucemia e hipercalcemia), inmovilidad e impactación fecal.

■ Incontinencia de urgencia.

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

■ Incontinencia por rebosamiento.

Ocurre cuando la presión de llenado vesical excede a la uretral, pero sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga

sin que exista actividad del detrusor. Suele corresponder a la etapa final de la obstrucción del tracto inferior urinario y se caracteriza por un residuo posmiccional superior a 100 ml. Existen dos mecanismos de producción. El primero, por obstrucción, al existir un obstáculo en el flujo miccional, las fibras musculares del detrusor se hipertrofian, pero con el tiempo pierden su capacidad de contracción produciendo un insuficiente vaciado de orina y el consiguiente residuo vesical. Puede aparecer en ambos sexos aunque es más frecuente en el varón por la hipertrofia benigna de próstata. La otra causa son los fármacos: antihipertensivos, antagonistas del calcio e inhibidores de prostaglandinas (AINEs), que disminuyen la contractibilidad del detrusor. Clínicamente se manifiesta con síntomas obstructivos, aunque algunos pacientes pueden referir polaquiuria. **La NANDA la llama Incontinencia urinaria refleja:** estado en que la persona experimenta una pérdida involuntaria de orina, que ocurre con intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen determinado en la vejiga.

■ Incontinencia de estrés.

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

■ Incontinencia funcional.

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

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

■ Incontinencia neurógena. Puede ser:

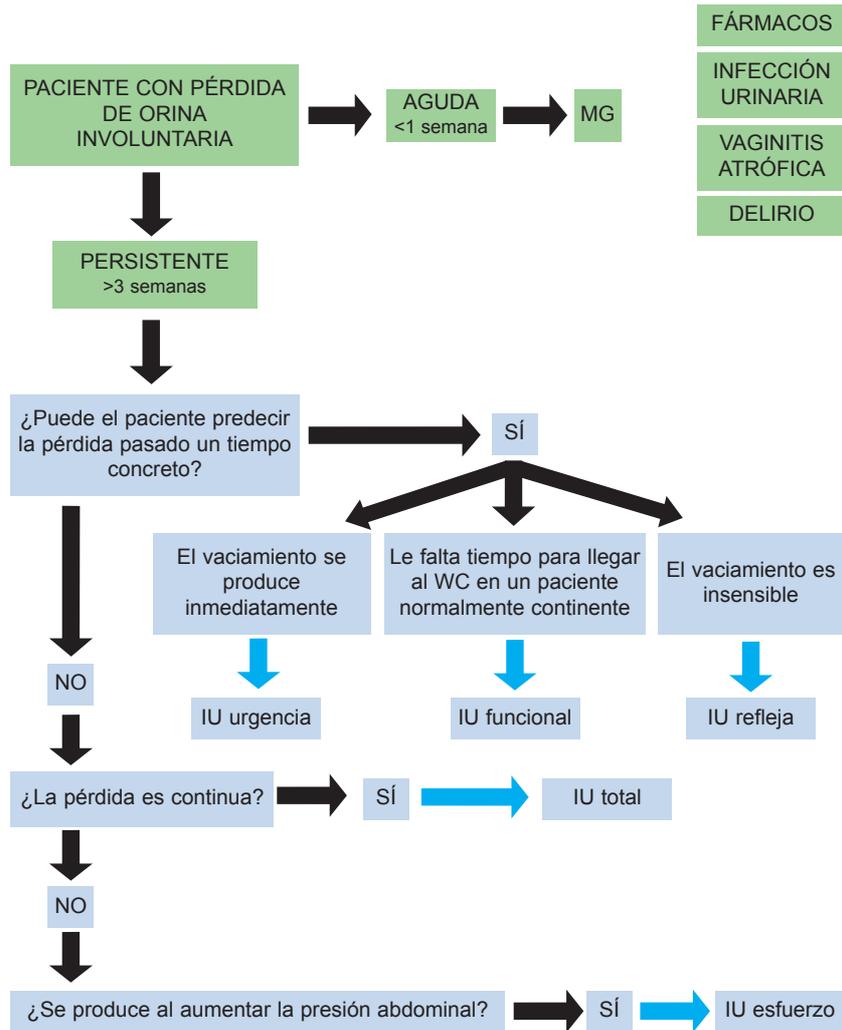
- Hiperrefléxica. Por afectación de la primera motoneurona. Se define como hiperactividad del detrusor y surge en traumatismos craneoencefálicos, ACV, tumores cerebrales, esclerosis múltiples en fases iniciales, demencias, enfermedad de Parkinson, etc. Clínicamente se manifiesta como una IU de urgencia.
- Arrefléxica. Por afectación de la segunda motoneurona. Se produce una ausencia de contracciones del detrusor y aparece en tetraplejía, paraplejía, espina bífida y esclerosis múltiple en fases avanzadas. Clínicamente se manifiesta como una IU por rebosamiento.
- Alteraciones de la inervación pelviana. Se produce disfunción de los esfínteres a consecuencia de lesiones traumáticas o quirúrgicas del nervio pudendo, pélvico o hipogástrico, o por neuropatía autonómica (como en la diabetes).

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

TRATAMIENTOS DE ELECCIÓN

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

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA



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

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

NANDA	NOC	FACTORES RELACIONALES	NIC
IU de esfuerzo	0502 Continencia urinaria 0209 Función muscular 1612 Control de peso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Drenaje vesical incompleto ✓ Sobredistensión entre micciones ✓ Debilidad de los músculos y soportes pélvicos ✓ Aumento presión abdominal por obesidad 	Cuidados de la IU Ejercicios del suelo pélvico Entrenamiento del hábito urinario
IU refleja	0502 Continencia urinaria 0909 Estado neurológico autónomo 1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas 2205 Rendimiento del cuidador familiar: atención directa 0909 Estado neurológico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson 	Cuidados del catéter urinario Cuidados de la incontinencia urinaria. Cuidados de la retención urinaria Rehabilitación de la vejiga urinaria Sondaje vesical intermitente Sondaje vesical

NANDA	NOC	FACTORES RELACIONALES	NIC
IU de urgencia	0502 Continencia urinaria 1813 Conocimiento: régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Toma de alcohol o cafeína ✓ Aumento de la ingesta de líquidos ✓ Aumento de la concentración de la orina ✓ Sobredistensión vesical 	<p>Control de líquidos I y II</p> <p>Cuidados de la IU</p> <p>Entrenamiento del hábito</p> <p>Uso de medicamentos</p> <p>Control del medio ambiente</p>
IU funcional	0502 Continencia urinaria 0208 Nivel de movilidad 0210 Realización del traslado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Factores psicológicos ✓ Deterioro de la visión ✓ Limitaciones neuromusculares ✓ Alteración de los factores ambientales 	<p>Control del medio ambiente</p> <p>Cuidados de la IU</p> <p>Entrenamiento del hábito urinario</p> <p>Ayuda a los autocuidados : aseo</p>
IU total	0502 Continencia urinaria 1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas 0909 Estado neurológico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson 	<p>Ayuda con los autocuidados: aseo</p> <p>Cuidados de la IU</p> <p>Sondaje vesical</p>

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

NANDA	INDICADORES NOC		FACTORES RELACIONALES	NIC
IU de esfuerzo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0502006 Micción mayor de 150 ml cada vez ✓ 050210 Ausencia de residuo postmiccional mayor de 100-200 ml 	INDICADORES MENORES O = QUE 3 INDICADORES MENORES 3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Drenaje vesical incompleto 	Cuidados de la IU
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 050211 Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sobredistensión entre micciones 	Cuidados de la IU Entrenamiento del hábito urinario
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 050208 Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de orina ✓ 020901 Fuerza de la contracción muscular ✓ 020902 Tono muscular ✓ 020903 Movimiento muscular sostenido 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debilidad de los músculos y soportes pélvicos 	Cuidados de la IU Ejercicios del suelo pélvico
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 020905 Velocidad de movimiento ✓ 020907 Control de movimiento ✓ 161201 Supervisa el peso corporal ✓ 161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento presión abdominal por obesidad 	Cuidados de la IU

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

NANDA	INDICADORES NOC		FACTORES RELACIONALES	NIC
IU refleja	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0502 Continencia urinaria ✓ 050202 Patrón Predecible del paso de orina ✓ 050204 Orina en receptáculo adecuado 0909 Estado neurológico autónomo ✓ 091011 Patrón de eliminación urinaria ✓ 091018 Ausencia de espasmos vesicales 1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas ✓ 110110 Ausencia de lesión tisular ✓ 110113 Piel intacta ✓ 2205 Rendimiento del cuidador familiar: atención directa ✓ 220510 Anticipación de las necesidades del receptor de cuidados ✓ 220507 Realización de los tratamientos 	INDICADORES MENORES O = QUE 3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados del catéter urinario Cuidados de la incontinencia urinaria Cuidados de la retención urinaria Rehabilitación de la vejiga urinaria Sondaje vesical intermitente Sondaje vesical

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

NANDA	INDICADORES NOC		FACTORES RELACIONALES	NIC
IU de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 050203 Responde de forma adecuada a la urgencia ✓ 050205 Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina ✓ 050207 Ausencia de pérdida de orina entre micciones ✓ 181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico ✓ 181305 Descripción de la dieta prescrita ✓ 181311 Ejecución de las técnicas de automonitorización 	INDICADORES MENORES 0 = QUE 3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sobredistensión vesical ✓ Toma de alcohol o cafeína ✓ Aumento de la ingesta de líquidos ✓ Aumento de la concentración de la orina 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de la IU Entrenamiento del hábito Control del medio ambiente Control de líquidos I y II Uso de medicamentos

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

NANDA	INDICADORES NOC		FACTORES RELACIONALES	NIC
IU funcional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 050216 Capaz de manejar la ropa de forma independiente ✓ 050217 Capaz de usar el inodoro de forma independiente ✓ 050218 Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales ✓ 020801 Mantenimiento del equilibrio ✓ 020802 Mantenimiento de la posición corporal ✓ 020805 Realización del traslado ✓ 020806 Deambulación: camina ✓ 020807 Deambulación: en silla de ruedas ✓ 020810 Realización del traslado 	INDICADORES MENORES 0 = QUE 3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Factores psicológicos ✓ Deterioro de la visión ✓ Alteración de los factores ambientales ✓ Limitaciones neuromusculares 	<ul style="list-style-type: none"> Control del medio ambiente Cuidados de la IU Entrenamiento del hábito urinario Ayuda a los autocuidados: aseo Control del medio ambiente Entrenamiento del hábito urinario

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

NANDA	INDICADORES NOC	FACTORES RELACIONALES	NIC
IU total	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0502 Continencia urinaria ✓ 050202 Patrón predecible del paso de orina ✓ 050212 Ropa interior seca durante el día ✓ 050213 Ropa interior o de la cama seca durante la noche ✓ 1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas ✓ 110110 Ausencia de lesión tisular ✓ 110113 Piel intacta 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los propuestos por la NANDA en la actualidad quedan fuera del modelo de Henderson 	Ayuda con los autocuidados: aseo Cuidados de la IU Sondaje vesical

Valoración de Enfermería

Presentamos dos propuestas de valoración: una basada en el modelo de Henderson y por tanto sustentada en las necesidades humanas tomada de M. Luis²² y una segunda opción basada en los patrones funcionales de M. Gordon, que soporta cualquier modelo enfermero. A continuación exponemos un conjunto de herramientas para la valoración exhaustiva de la eliminación urinaria.

✓ Modelo de Virginia Henderson.

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

3. Eliminación por todas las vías corporales

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

✓ **2º Patrón de Eliminación según M .Gordon**

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

Valoración individual

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

Valoración familiar.

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

Valoración comunitaria

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

Las enfermeras que pretendan intervenir sobre el problema de la IU en sus múltiples formas seguramente se preguntarán si deben o no realizar screening, a quienes y de que forma²³:

SCREENING: RECOMENDACIONES MAYORES	Grado de evidencia
Debe hacerse screening de IU a toda mujer adulta	II-3 y III
Deben incorporarse las siguientes preguntas a cualquier visita rutinaria de la mujer: ¿Tiene escapes de orina sin quererlo habitualmente? ¿Tiene escapes de orina cuándo usted tose, ríe o hace ejercicio? ¿Se le escapa la orina de camino al WC? ¿Acostumbra a usar compresas, pañales u otro dispositivo para recoger orina?	II-3 y III
Debe prestarse especial atención a grupos de mujeres de alto riesgo: ● Mujeres embarazadas y postparto. ● Mujeres con limitaciones visuales, cognitivas o físicas. ● Mujeres mayores.	II-3 y III

Evidentemente las enfermeras precisaremos capacitarnos en:

- Aplicar test de aproximación al diagnóstico. Existen algunos test validados⁵ con valores predictivos a tener en cuenta.

APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE IU DE ESFUERZO EN LA MUJER

- | | |
|---|---------|
| 1. ¿Tiene sensación de peso en la zona genital? | Sí / No |
| 2. ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina? | Sí / No |
| 3. ¿Cuando ríe se le escapa la orina? | Sí / No |
| 4. ¿Si estornuda se le escapa la orina? | Sí / No |
| 5. ¿Al toser se le escapa la orina? | Sí / 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?	Sí / 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 de que tendría que continuar y no puede?	Sí / No
g.- ¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina?	Sí / No
h.- ¿Va a menudo al servicio y orina poca cantidad?	Sí / 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%**.

■ Realizar la historia urinaria y de otros eventos de salud relacionados²³:

Durante el proceso de evaluación la enfermera debe obtener información básica respecto de (evidencia I y III) :

- 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.

Deben extraerse los datos relevantes de la historia de salud (evidencia III):

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

■ Realizar el examen físico^{23, 24}

INCONTINENCIA	EXPLORACIÓN FÍSICA	VOLUMEN RESIDUAL
URGENCIA	Puede ser normal salvo deficiencia subyacente: demencia, ictus. Estos pacientes pueden no sentir urgencia.	<50 cc
ESFUERZO	Puede 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 vaginal.

En el tacto vaginal se pide a la mujer que intente apretar con fuerza los dedos del explorador y se observa la siguiente puntuación para valorar el perineo²⁵.

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.

- Aunque es menos usual podemos valorar el periné con el uso de un perinómetro de Kegel. Con el perinómetro en la vagina se mide el tono vaginal en reposo (TR), el tono máximo alcanzado con una contracción rápida máxima (CR) y finalmente la presión al final de una contracción máxima mantenida durante 6 segundos.

- Con frecuencia pueden observarse cistocelos 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.
 - Test de orina para descartar infección y su tratamiento si se dispone de protocolos o guías negociadas para la práctica enfermera avanzada.

- 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.
- 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.

Normas Generales en el Tratamiento de la IU

- Las reglas generales en la IU indican usar los tratamientos menos invasivos.²⁶
- Deben contemplarse también las complicaciones que añaden los tratamientos farmacológicos en pacientes que en la generalidad de los casos están polimedicados.
- Por último, debe considerarse la opinión del propio paciente tras facilitar la mejor información de la que dispongamos y garantizar su comprensión.

conductual

farmacológico

quirúrgico

Técnicas conductuales

■ VENTAJAS DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES

Reducen las pérdidas en la mayoría de los individuos²⁶.

No tienen efectos secundarios conocidos

Pueden usarse conjuntamente con otros tratamientos

■ TIPOS DE TÉCNICAS CONDUCTUALES

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

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

■ INDIVIDUOS SUSCEPTIBLES DE TERAPIA CONDUCTUAL

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

Técnicas Conductuales Cuidadores-Dependientes

NOMBRE TÉCNICA	NIC ²⁷	FUERZA RECOMENDACIÓN
VACIAMIENTO PROGRAMADO		Grado C
DOBLE VACIAMIENTO		
ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO	0600	Grado B
REFUERZO A LA CONTINENCIA		Grado C

■ Vaciamiento Programado

La mayoría de la información recogida en este apartado proviene de la Guía de Práctica Clínica (GPC) Prompted voiding for persons with urinary incontinente de la Universidad de Iowa . 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. Es una técnica sencilla que intenta simplemente reglar los vaciamentos de orina de forma temporizada procurando incluirlos dentro de la rutina diaria de la persona, familia o institución de tal forma que nos anticipemos a las emisiones de micción no deseadas. La falta de sensación de ganas de orinar que solo acontecen seguidas de deseo urgente en la IU de urgencia hace que el vaciamiento programado se anticipe eficazmente a la micción involuntaria²⁶.

En los casos de IU funcional el paciente puede también 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.

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

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

La primera impresión es que la determinación de patrones regulares no será posible sin embargo, varios autores coinciden en que esto no es así: Colling et al. mediante un sistema electrónico encontraron patrones regulares de vaciamiento en el 85% de los pacientes después de 3 días de registro. Otro estudio basado en un registro en papel 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 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:
 - 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 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 superior 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 sensibilidad de los individuos al VP:
- Residuos post-miccionales elevados (A)
 - Volumen máximo de vaciamiento bajo (A)
 - Frecuencia alta (> 40%) de "falsas alarmas", el individuo indicó la necesidad de ir al retrete pero no orinó al llegar al receptáculo apropiado.(A)

■ 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 micción³.

■ ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO

Se recomienda cuando puede determinarse un ritmo natural de vaciamiento.

El problema es mantener el refuerzo del hábito debido a la resistencia natural a los cambios. Consiste en reforzar el hábito²⁶.

El reforzamiento conductual ha sido propuesto en todos los protocolos (grado evidencia C)²⁸ 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 ser a nivel de adulto y limitado a:

- Corrección de información inexacta de 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 investigaciones²⁸ 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 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 Educación y/o Rehabilitadora

NOMBRE TÉCNICA	NIC²⁷	FUERZA RECOMENDACIÓN
ENTRENAMIENTO VESICAL	0570	Grado A
REHABILITACIÓN DEL SUELO PELVIANO	0560	Grado C
TERAPIA DE RETROALIMENTACIÓN	0600	Grado A
EJERCICIOS CON PESAS VAGINALES		Grado B

■ 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 miccional²⁶.

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

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

El **entrenamiento vesical** comprende²³ (grado evidencia I):

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

El **programa educacional** (evidencia I y III) 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.

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 (evidencia I y III):

- 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).

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 (evidencia I y III).

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) (evidencia I y III).

■ EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO (KEGEL).

Los ejercicios del suelo pélvico²³ consisten en repetir contracciones de la musculatura del suelo pélvico (evidencia I). Un programa de entrenamiento adecuado del suelo pélvico debe fortalecerlo progresivamente (evidencia II-1). Los ejercicios deben ser enseñados durante el embarazo y post-parto inmediato (evidencia I).

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

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

- Indicarle imagine tener una perdida menstrual y no llevar compresa. Cómo apretaría la vagina para evitarlo.
- Indicarle que imagine que está orinando y aprieta para cortar el flujo de orina.
- La contracción de estos tres músculos a la vez es el movimiento que pretendemos.

Para realizar la técnica de manera correcta debe animarse a la mujer a concentrar su esfuerzo en el suelo pelviano en cada contracción (evidencia I,II-1 y III). No debe usar músculos auxiliares (glúteos, muslos) durante la contracción (evidencia I) y debemos prevenirla contra la realización de otros esfuerzos durante el ejercicio pélvico (evidencia II-2).

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 sobre las situaciones que causan goteo (tos, esfuerzos, etc..) para contraer los músculos (evidencia I).

Se recomiendan (evidencia I-II-1,II-2,II-3 y III) entre 30-45 contracciones diarias (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.

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

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 (evidencia III).
- Observando con un espejo el movimiento del clítoris y del ano (evidencia III).
- Realizando un autoexamen digital (evidencia III).
- Observando la habilidad para hacer "stop-pipi" (no más de una vez por semana) (evidencia II-1).
- Durante las relaciones sexuales el compañero puede detectar contracción del suelo pelviano (evidencia I).

■ TERAPIA DE RETROALIMENTACIÓN

El Biofeedback²³ 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 (evidencia II-2).

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

Intenta enseñar a la mujer a modificar la respuesta biológica que media en el control vesical.

También proporciona un mecanismo por el que las mujeres pueden aprender a aumentar la fuerza de la contracción de la musculatura pélvica.

El Biofeedback puede ser un complemento para conseguir la realización eficaz de un programa de entrenamiento del suelo pélvico (evidencia I). Las mujeres que tienen dificultad en aislar la contracción de la musculatura pélvica pueden beneficiarse del Biofeedback.

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 (evidencia III).

■ EJERCICIOS CON PESAS VAGINALES.

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

Es un tratamiento complementario²⁵ de los ejercicios pélvicos activos. Se aconseja 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.



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.

Del 30 al 40% de las mujeres se curan o presentan una mejoría subjetiva de su sintomatología urinaria con la utilización de los conos vaginales.

¿Cuándo derivar?

La derivación²³ para terapia farmacológica coadyuvante debe contemplarse en todas las mujeres que no mejoran con el tratamiento conductual por si solo (evidencia I,II-2 y III).

La derivación a un proveedor de cuidados apropiado debe hacerse para mujeres en las siguientes condiciones (evidencia I, II-2 y III):

- Fallo de la terapia conductual o farmacológica.
- Prolapso
- Hematuria sin infección.

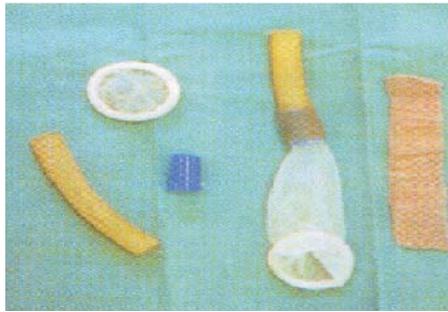
- Historia compleja o problemas que requieren seguimiento médico o terapia especializada.
- Historial de cirugía uroginecológica.
- Cirugía radical de la pélvis.

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 conector para bolsa.

Habitualmente suelen acompañarse de una cinta adhesiva a doble cara que debe adherirse a la zona proximal del pene en forma de espiral para evitar provocar estrangulamiento ante una posible erección. Seguidamente se libera el protector del adhesivo externo y se procede a desenrollar el colector sobre el pene para después conectar la bolsa. No puede usarse cuando existen hernias que engloban el pene. El riesgo es la maceración de la piel del pene por lo que no debe mantenerse todo el día debiendo alternarse con otros métodos²⁶.



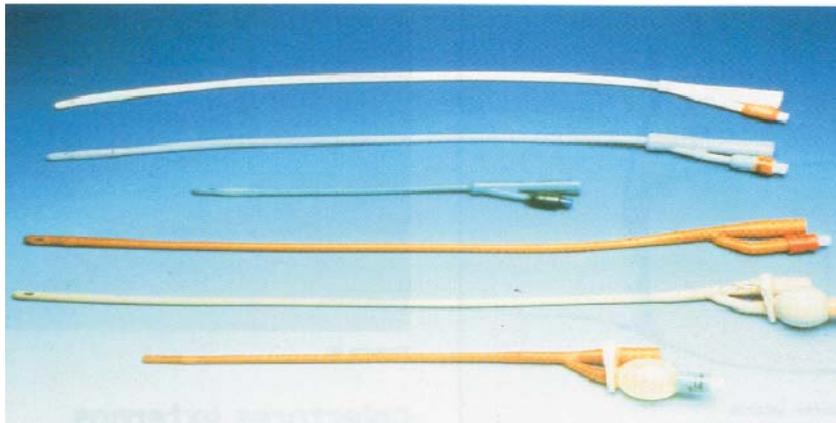
El ORIS es un dispositivo de plástico que como una pinza con forma anatómica se coloca alrededor de la base del pene de manera que presiona la uretra ayudándose de un velcro. Se retira cuando el paciente va a orinar y puede reutilizarse mientras el velcro este en buen estado. La tolerancia del paciente

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



■ SONDAJE VESICAL (NIC 0580)

No vamos a relatar aquí la técnica del sondaje vesical aunque si haremos algunas puntualizaciones sobre sus indicaciones. En la IU el sondaje vesical intermitente está indicado en los casos en que por retención se produce un vaciamiento por rebosamiento al aumentar tremendamente la presión intravesical fundamentalmente en la IU refleja. El sondaje vesical permanente está indicado en los casos de²⁹



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

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

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

■ ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA

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

tando 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 superabsorbentes³⁰.

Absorbentes para incontinencia urinaria

■ 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 auto-adhesivas 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

■ ELECCIÓN DEL ABSORBENTE

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

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

■ Invalidez funcional del paciente.

- Los pacientes incontinentes deberán utilizar el absorbente adecuado tanto para el día como para la noche. Podemos disponer de un patrón basándonos en un paciente tipo que presenta incontinencia, tiene un deterioro de movilidad física grado 3 de la NANDA y dispone de un cuidador capacitado y colaborador que precisaría 1 pañal Supernoche y 3 noche(o 2 noche y 1 día).

Partiendo de este estándar, sería preciso tener en cuenta el grado de movilidad, la necesidad de usar pañales todo el día o sólo durante la noche y la presencia de un cuidador capacitado y colaborador entre otras circunstancias.

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

■ El tipo y severidad de incontinencia.

En el presente trabajo se han desarrollado las diversas técnicas que pueden usarse en función del tipo de incontinencia. Estas técnicas pueden ser usadas simultáneamente al uso de absorbentes pues en muchos casos no solucionarían por completo los escapes aunque sí los disminuirán. La severidad de la incontinencia puede tenerse en cuenta aunque no siempre es fácil objetivarla puesto que las clasificaciones al efecto se basan en el consumo de absorbentes (no útiles al efecto que nos ocupa) o en el número de escapes por día.

■ Género.

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

■ Disponibilidad de cuidadores.

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

■ Fracaso con programas de tratamiento anteriores.

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

■ Preferencia del paciente.

Debemos contemplar en la medida de lo posible las preferencias del paciente ofertándole toda la gama de técnicas y dispositivos disponibles para su incontinencia. Cuando de la selección del absorbente se trata debe contemplarse la talla que le resulta más cómoda y el tipo de pañal: rectangular, anatómico o elástico. Otros factores como la sudación o la comodidad de manejo según sus habilidades personales o las del cuidador deben tenerse en cuenta.

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

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

■ Producto óptimo para el paciente individual.

El objetivo es mantener al paciente seco el mayor tiempo posible, con la mayor comodidad para él y su cuidador y con un coste razonable en términos económicos y de esfuerzos. Debemos contemplar el absorbente como una parte del arsenal en el tratamiento de la incontinencia.

■ Integridad superficial.

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

■ Comorbilidad

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

- Demencia senil avanzada
- Tetraplejía o paraplejía
- Espina bífida
- Parálisis cerebral
- Síndrome de Down
- Niños con retraso psicomotor
- Procesos diarreicos
- Heridas muy supuradas
- Diuréticos

■ Incidencia de vaginitis y bacteriuria.

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

■ Calidad del producto.

■ Costo del producto.

Resumen de revisiones sistemáticas

Intervención	Fuente	Resultados
Base de datos Cochrane: Revisiones sistemáticas		
Uso de absorbentes	Shirran E. Brazzelli M. Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	5 Estudios. Escasa evidencia sobre el tipo de absorbente más indicado. Sí hay una clara indicación de emplear los de un solo uso y hay indicios de mayor efectividad de los superabsorbentes.
Educación vesical	Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	7 estudios. La evidencia es débil por la calidad variable de los estudios. Puede ser útil para la incontinencia de Urgencia. No hay conclusiones sobre si la terapia con anticolinérgicos es mejor que la educación vesical o si es útil como suplemento.
Colposuspensión por laparoscopia	Moehrer B, Ellis G, Carey M, Wilson PD. Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software	Indicada en la incontinencia de esfuerzo, pero, hay gran incertidumbre sobre sus resultados a largo plazo. La recuperación de la intervención es rápida, aunque hay mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas al ser una intervención más prolongada

Intervención	Fuente	Resultados
Base de datos Cochrane: Revisiones sistemáticas		
Ejercicios de suelo pélvico en mujeres	Hay-Smith EJC, Bø K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	43 Estudios. Indicada en mujeres con incontinencia de esfuerzo o mixta (terminología CIE). Los ejercicios de suelo pélvico dieron mejores resultados que si no se intervenía o se administraba placebo. En la incontinencia de urgencia no hay resultados claros acerca de su efectividad. Los estudios eran con muestras pequeñas e irregularidades en el enmascaramiento de grupos e intervenciones. Así mismo, las medidas de resultados fueron muy heterogéneas. Se necesitan ensayos más amplios y con mejor calidad.
Vaciamiento programado	Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	5 Estudios. Evidencia demasiado débil para realizar recomendaciones para la práctica. Parece haber efectos beneficiosos a corto plazo. Un ECA con muestra pequeña halló una reducción de episodios de incontinencia urinaria añadiendo Oxibutinina ¹ a la intervención de vaciamiento programado.

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

Intervención	Fuente	Resultados
Base de datos Cochrane: Revisiones sistemáticas		
Conos vaginales en mujeres	Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.	15 Estudios. El uso de conos fue mejor que ninguna intervención en mujeres con incontinencia de esfuerzo. Su efectividad hasta el momento, es similar a los ejercicios de suelo pélvico o la electroestimulación. Se han documentado muchos casos de abandono del tratamiento en algunas mujeres, por lo que se deben ofertar todas las alternativas posibles en caso de que la mujer no acepte este tipo de intervención.

■ NOC

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

NOC: Continencia Urinaria (0502)³¹

Definición: Control de la eliminación de orina

	No demostrable	Raramente demostrado	Algunas veces demostrado	Con frecuencia demostrado	Demostrado con consistencia
050201 Reconoce la urgencia miccional					
050202 Predice la salida de la orina					
050203 Responde de forma adecuada a la urgencia					
050204 Orina en un receptáculo adecuado					
050205 Tiempo adecuado para alcanzar retrete entre el impulso y la evacuación de orina					
050206 Vaciamiento > 150 cc cada vez					
050207 Ausencia de pérdidas de orina entre micciones					

	No demostrable	Raramente demostrado	Algunas veces demostrado	Con frecuencia demostrado	Demostrado con consistencia
050208 Capaz de iniciar y detener el chorro de la orina					
050209 Vacía la vejiga completamente					
050210 Ausencia de residuo postmiccional >100-200 cc					
050211 Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal					
050212 Ropa interior seca durante día					
050213 Ropa interior o de cama seca durante la noche					
050214 Ausencia de infección urinaria					
050215 Ingesta hídrica en valores esperados					
050216 Capaz de vestirse independientemente					
050217 Capaz de usar el WC de forma independiente					
050218 Uso independiente del WC sin barreras ambientales					
050219 Ausencia de medicaciones que interfieren el control urinario					

■ REGISTRO DE CONTINENCIA

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

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

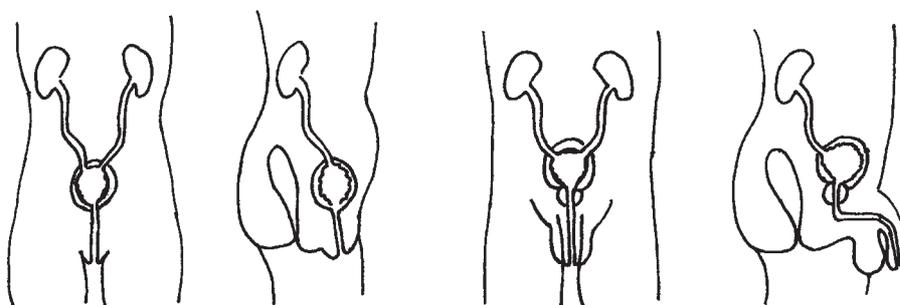
■ DIPTICO PARA ENTREGAR AL PACIENTE

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

Cuando comemos y bebemos, nuestro cuerpo absorbe líquidos. Los riñones filtran los desperdicios de estos líquidos y producen la orina.

La orina se transporta a un saco de músculos llamado vejiga a través de unos tubos conocidos como uréteres. La orina se acumula en la vejiga.

La orina sale de la vejiga a través de un tubo llamado uretra. Cuando orina, usted relaja el esfínter de la uretra y aprieta los músculos de la vejiga. El esfínter de la uretra es un grupo de músculos que se contraen para guardar la orina, y se relajan para dejarla salir.



A muchas personas se les sale la orina cuando no lo quieren. Cuando esto sucede tan frecuentemente que se convierte en un problema, hablamos de incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria es muy común, pero a algunas personas les da vergüenza buscar ayuda. Las buenas noticias son que millones de mujeres y hombres han recibido tratamiento eficaz y se han mejorado o curado de este problema. Su enfermera puede orientarle sobre este particular.

La incontinencia urinaria no es un aspecto normal de la edad avanzada. Puede darse a cualquier edad y sobrevenir por múltiples causas:

- Infección de las vías urinarias.
- Irritación o infección vaginal.
- Estreñimiento.
- Efectos secundarios de algún medicamento.
- Debilidad de los músculos que sostienen a la vejiga en su lugar.
- Debilidad de la vejiga misma. Debilidad de los músculos del esfínter de la uretra.
- Músculos de la vejiga demasiado activos.
- Un bloqueo de la uretra urinaria (puede resultar de la inflamación de la próstata).
- Problemas hormonales de la mujer.
- Desórdenes neurológicos.
- Inmovilidad (que la persona no se puede mover).

Se recomiendan tres tipos de tratamiento para la incontinencia urinaria:

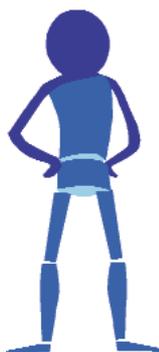
- Técnicas de control
- Medicamentos
- Cirugía

La eficacia de estos tratamientos depende de la causa de la incontinencia y, en algunos casos, el esfuerzo del paciente.

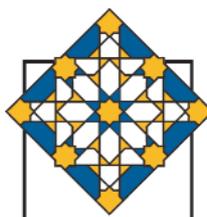
Su médico o enfermera le hablará sobre el tipo de incontinencia urinaria que padece y le dará recomendaciones de tratamiento. Mientras que recibe tratamiento, usted tiene que:

- Hacer preguntas.
- Seguir instrucciones.
- Tomar todos los medicamentos que le den.
- Llamar a su médico o enfermera y decirle sobre cualquier efecto secundario (molestia) que le ocasione el medicamento.
- Llame a SU enfermera e infórmele sobre cualquier cambio, bueno o malo.

...y recuerde, la incontinencia urinaria no es una parte normal de avanzar en edad. En la mayoría de los casos, se puede dar tratamiento.



**SI TIENES ESCAPES DE ORINA
CONSULTA CON TU ENFERMERA**



Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria

■ JERARQUIA EVIDENCIA GUIA I. U. ASANEC

En función del rigor científico del diseño de los estudios se construyen escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento o intervención sanitaria.

Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

La primera de ellas fue formulada en 1979 por la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (www.ctfphc.org) para la evaluación de medidas preventivas, y adaptada en 1984 por la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

Las Guías de práctica clínica usadas para la elaboración de la Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria ASANEC usan esta clasificación que pasamos a exponer para aclarar a los lectores el valor de las aseveraciones de nuestra Guía:

Tabla 1. Jerarquía de los estudios por el tipo de diseño (USPSTF)

I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos-controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Tabla 2. Establecimiento de las recomendaciones (USPSTF)

Calidad de la evidencia	Beneficio neto sustancial	Beneficio neto moderado	Beneficio neto pequeño	Beneficio neto nulo o negativo
BUENA	A	B	C	D
MODERADA	B	B	C	D
MALA	E	E	E	E

Tabla 3. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
B	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan a los perjuicios).
C	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

BIBLIOGRAFIA

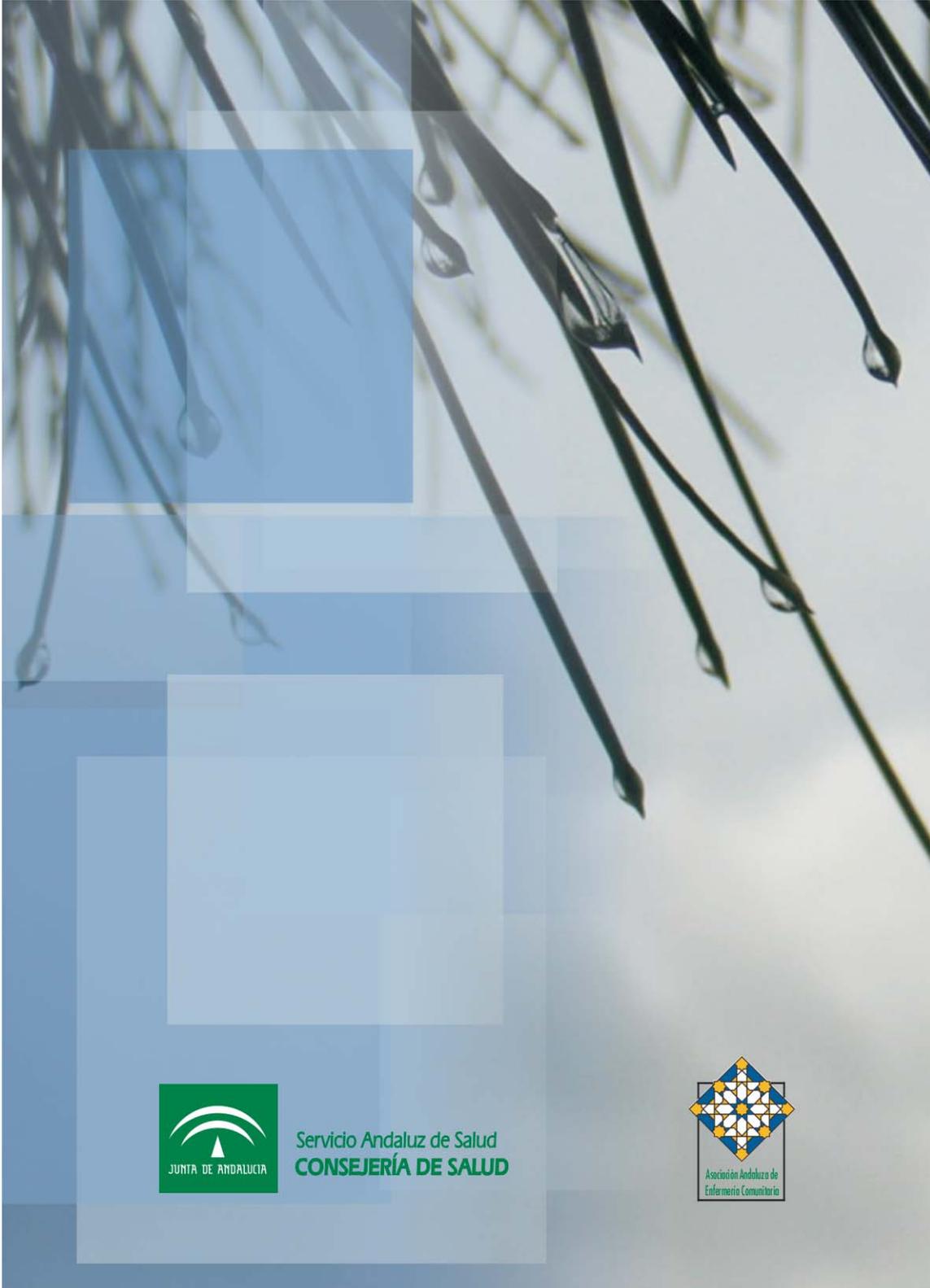
- 1 García Fernández C, Moreno Pastor A., Núñez Palenzuela C . Incontinencias en una residencia asistida geriátrica . Rev ROL Enferm 1996; XIX(211):65-67
- 2 International Continent Society. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. Urology 1997;9:237.
- 3 Vila Coll MA, Floresa Claramunt E, Fernández Parces MJ. Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria. Cuad de gestión 1997; 3: 147-156.
- 4 Espuña M, Fortuny M, Narvona P, Salinas J, Verdejo C. Apuntes de incontinencia urinaria. Vejiga hiperactiva. Almirall Prodesfarma. Sin fecha de edición.
- 5 Vila Coll MA, Fernández Parcés MJ, Florensa Claramunt E, Orejas López V, Dalfó Baqué A, Romea Lecumberri S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria . At Prim, 1997; 19(3):122-126.
- 6 Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol 1991;146:1255-9.
- 7 Simeonova Z, Bengtsson C. Prevalence of urinary incontinence among women at a Swedish primary health care center. Scand J Prim Health Care 1990; 8: 203-206.
- 8 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.

- 9 Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K et al. Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. Br J Urol 1990; 66: 12-15.
- 10 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
- 11 bis 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 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
- 14 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.
- 15 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.

- 16 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
- 17 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
- 18 Hu T-W. Impact of urinary incontinence on health-care cost. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 292-295.
- 19 Newman DK. How much society pays for urinary incontinence. Ostomy Wound Management 1997; 43: 18-25.
- 20 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.
- 21 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2001-2002.Madrid: Harcourt;2001.
- 22 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
- 23 Luis MT. Diagnósticos de Enfermería, un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Harcourt; 1999.

- 24 Dougherty MC, Burns P, Campbell D, Johnson C S, Wyman JF, Evidence-based clinical practice guideline. Continence for women. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) [en línea] 2000 Jan. [fecha de acceso 18 de diciembre de 2002]; 27 p. URL disponible en www.awhonn.org.
- 25 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.
- 26 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
- 27 Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey JO, Keays 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 28 de julio de 2001]; 96-0682. URL disponible en <http://www.incontinet.com/articles/AHCPR/ahcpr96.htm>
- 28 McCloskey JC, Bulechek GM, Craft-Rosenberg M, Daly J, Denehy J, Glick J et. al. Nursing Intervention Classification (NIC).Iowa Intervention Project. (2 ed.) St. Louis: Mosby; 1996.
- 29 Lyons SS, Pringle Specht JK, .Prompted voiding for persons with urinary incontinence. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center [en línea] 1999 [fecha de acceso 18 de diciembre de 2002];. 47 p. URL disponible en
- 30 Civera Olivas, A . Autocuidados del incontinente urinario de origen neurológico. Rev AE Enferm Urolog, 1995; 54:5-13.

- 30 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.
- 31 Johnson M, Maas M, Moorhead S, Anderson MA, Aquilino M, Bellinger S. Nursing Outcomes Classification (NOC). Iowa Outcomes Project.. (1st ed.) St.Louis: Mosby; 1997.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

