

GUÍA ABREVIADA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA



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

C/ Valenzuela, 6 - 28014 -Madrid.

Fecha de publicación: **Marzo 2022**

Diseño y maquetación: Estudio Gráfico. A.F.

Imprime: Artes Gráficas Campillo Nevado, S.A.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del copyright.

Esta Guía ha sido publicada con el apoyo de Essity Spain.

ISBN: 978-84-09-38732-8

Depósito Legal: M-6725-2022

GUÍA ABREVIADA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA



GUÍA ABREVIADA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA

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

GRUPO PROMOTOR DE LA GUÍA

AEU

D. Manuel Esteban Fuertes
Presidente de la AEU

Consejo General de Enfermería

Dña. Pilar Fernández Fernández
Vicepresidenta Primera del CGE

SERGAS

D. Alberto Fuentes
Secretario General Técnico del Sergas

ASANEC

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

**Hospital Universitario
Puerta del Mar - Cádiz**

Dña. Antonia López Sánchez
Responsable de Admisión

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

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

Servicio Madrileño de Salud

Dña. María Lourdes Martínez Muñoz
Gerente de Cuidados del SERMAS

ASANEC

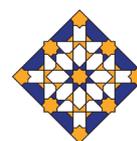
Dña. María José Molina Gil
*Vicepresidenta de la Asociación
Andaluza de Enfermería Comunitaria*



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



aeu
asociación
española
de urología



asanec
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. NORMATIVA

3. OBJETIVOS

4. EPIDEMIOLOGÍA

5. INCONTINENCIA URINARIA: DEFINICIÓN, CONSIDERACIONES ANATOMOFISIOLÓGICAS Y TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

5.1. Definición de la incontinencia urinaria

5.2. Consideraciones anatomofisiológicas de la incontinencia urinaria

5.3. Clasificación del grado de incontinencia

5.4. Tipos de incontinencia urinaria

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

6.1. Diagnósticos enfermeros relacionados con la incontinencia urinaria

6.2. Indicadores no relacionados con la incontinencia urinaria

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

7. VALORACIÓN ENFERMERA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

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

9. PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

9.1. Planificación del cuidado enfermero

9.2. Ejecución del plan enfermero

9.3. Evaluación del plan enfermero



10. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- 10.1. Normas generales en el tratamiento de la incontinencia urinaria
- 10.2. Técnica conductual
- 10.3. Medidas Paliativas

11. LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA (AIU)

- 11.1. Características de los AIU
- 11.2. Composición básica de los AIU
- 11.3. Clasificación y característica
- 11.4. Evaluación de los absorbentes
- 11.5. Evaluación individualizada de la persona con incontinencia
- 11.6. Riesgos asociados al uso de los AIU

12. PRESCRIPCIÓN Y VISADO DE ABSORBENTES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

- 12.1. Algoritmo de prescripción enfermera
- 12.2. Visado
- 12.3. Elección del tipo de absorbente adecuado en la prescripción: errores más frecuentes y recomendaciones

13. INDICADORES DE SEGUIMIENTO PARA GARANTIZAR EL MEJOR CUIDADO DE LA CONTINENCIA

14. PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

15. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PERSONA CON INCONTINENCIA

16. FUTURO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN DEL SIGLO XXI EN MANEJO DE INCONTINENCIA



1. INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria (IU) representa un problema de salud muy importante, tanto para las personas que se ven afectadas, como para el entorno familiar y/o cuidadores. Es considerada como uno de los tabúes médicos que no se ha conseguido erradicar. Alrededor de 27 países de la Unión Europea (UE), incluidos más de 36 millones de personas sufren incontinencia urinaria, el 60% de las cuáles son mujeres, número “*in crescendo*” por el aumento de la longevidad de la población.

La prevalencia de la IU en España varía en función de la edad y el sexo. Es más frecuente en la mujer (24%), que hombres (15,8%). Llegando estas cifras al 80% en aquellas mayores de 85 años e institucionalizadas. Esta patología se encuentra infradiagnosticada, y en muchos casos, infratratadas de forma correcta. Las razones que motivan este hecho es que la patología se ve envuelta de problemas sociales que limitan la relación del paciente afectando a la autoestima, su independencia, vulnerabilidad, entre otros.

Además, muchos profesionales sanitarios no han recibido una formación adecuada en esta patología. Es por ello que la **Asociación Española de Urología (AEU)**, ve necesaria la elaboración de una guía específica que aborde el manejo de la incontinencia urinaria de manera global incluyendo el uso de absorbentes como una estrategia de formalizar el conocimiento en relación a este importante problema de salud. En esta guía abordaremos los diferentes tipos de IU desde el uso de fármacos, ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, autosondaje intermitente o cirugía. Así mismo, de medidas paliativas como es el uso de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU).

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

2. NORMATIVA

Actualmente es el **REGLAMENTO (UE) 2017/745 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO** de 5 de abril de 2017 que habla sobre la legislación de los productos sanitarios en Europa. En España, el único organismo designado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para evaluar los productos sanitarios es la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), quien ejerce estas funciones de evaluación a través de la División de Certificación de productos sanitarios (organismo notificado), incluidos los mencionados en la presente guía.

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



3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Garantizar un uso eficaz y eficiente de los absorbentes de incontinencia urinaria a nivel nacional en la aplicación de la práctica clínica.

3.2. ESPECÍFICOS

- **Homogeneizar los criterios de elección**, uso y prescripción de los absorbentes de incontinencia urinaria en el ámbito nacional de la práctica clínica.
- **Mejorar conocimientos** en el abordaje integral con incontinencia urinaria.
- **Informar sobre la importancia del uso** correcto de los absorbentes de incontinencia urinaria.
- **Mejorar la prestación de los cuidados** entre los diferentes profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial de estos usuarios, en especial el profesional enfermero.
- **Elaborar material informativo** para los cuidadores de los pacientes que requieren el uso de absorbentes de incontinencia urinaria.
- **Minimizar los riesgos** a los que se somete el paciente con el uso de absorbentes.

4. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de incontinencia urinaria en el mundo es de aproximadamente 50 millones de personas, de los cuales son hombres entre 3% al 23% y mujeres entre el 11% y 52%, dependiendo de las series estudiadas. Es más frecuente entre las personas que residen en instalaciones a largo plazo, especialmente si padecen demencia, movilidad limitada y condiciones de comorbilidad. En entornos residenciales generalmente alcanza una tasa del 50% al 80%.

A nivel de la Unión Europea (UE), se estima que la IU afecta a más de 36 millones de personas, de las cuales, el 60% de las cuáles son mujeres y el número de personas afectadas está incrementándose por el aumento de la longevidad. En España la prevalencia de la Incontinencia Urinaria (I.U.) en mayores de 65 años se sitúa alrededor de un 15% (2003) siendo más frecuente en mujeres que en varones. La prevalencia media estimada para las mujeres es del 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas. Mientras que la prevalencia global estimada en hombres es del 7%. En atención domiciliaria pueden sufrirla hasta el 30% de nuestros pacientes y en residencias o instituciones el 70%.

La incidencia de IU va en claro aumento: Según la OMS, de los 2.200.000 casos diagnosticados en 1997, se diagnosticaron hasta 3.255.539 en 2003. Para el año 2050 se espera que la población mayor de 80 años aumente del 4% al 9,4%, con niveles mayores en los países europeos.



Por lo que se convertirá en un gran problema con implicaciones sociales, psicológicas y económicas, siendo esencial una gestión correcta e integral, que en un futuro nos permita ahorrar en costes y reducir su impacto negativo en toda la población.

El tipo de IU difiere dependiendo del sexo y de la edad: en los hombres, la incontinencia de urgencia es el tipo más prevalente, mientras que en las mujeres más jóvenes la incontinencia de esfuerzo y en las mujeres de mayor edad la incontinencia mixta son la más frecuente.

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

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

5.1. DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA (IU)

A sabiendas que la Continencia es el resultado del buen funcionamiento de todas las estructuras que forman parte del tracto urinario inferior, (vejiga, uretra y estructuras del suelo pélvico), así como de los centros nerviosos encargados de su funcionamiento y coordinación, según la *Continence Society (ICS)*, la incontinencia urinaria se define como la manifestación por parte del paciente de una pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, proveniente de la vejiga.

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

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

- **Mujeres:** cuyos factores de riesgo serían múltiples embarazos, parto vaginal, diabetes (alrededor del 10%), índice de masa corporal y los niveles de estrógenos.
- **Niños:** A partir de 5 años, pues antes no se considera enuresis, con una prevalencia próxima al 10-15%. Que desciende progresivamente según va creciendo el niño.
- **Personas mayores de 65 años,** en los que se ve aumentada la prevalencia (del 20-30%), si permanecen institucionalizados. Los factores asociados son comorbilidades, aumento del consumo de fármacos, y el déficit cognitivo.
- **Pacientes con patología neurógena** a cualquier nivel de los centros que coordinan la fisiología de la micción, bien sea del sistema nervioso central o periférico.



5.2. ANATOMÍA DEL APARATO URINARIO

LA VEJIGA URINARIA Y FISIOLOGÍA DE LA MICCIÓN

■ **La Vejiga Urinaria:** Se trata de un órgano hueco músculo-elástico, que recibe la orina procedente de los riñones a través de los uréteres, y cuya función principal, es el almacenamiento de orina, hasta que es expulsada voluntariamente al exterior a través de la uretra, durante la micción.

En el hombre se encuentra por delante del recto y en la mujer detrás de la sínfisis de pubis, por delante de la vagina. Su capacidad media oscila entre 300 y 500 ml, pero según la circunstancia puede llegar a contener más de 1 litro. Cuando está llena, tiene forma de globo y cuando está vacía tiene forma más o menos piramidal. Está formada por tres capas: serosa externa, muscular intermedia (con tres capas de fibras musculares dispuestas, de afuera hacia dentro, longitudinal, circular y longitudinalmente) y el urotelio. Los tres elementos de la capa muscular forman el músculo detrusor, que cuando se contrae, expulsa la orina.

Tiene la propiedad de mantener una presión casi constante durante el llenado vesical, sin aumentar la presión intravesical a pesar de ir aumentando el volumen. Se comporta como una estructura visco-elástica. El trigono vesical es una estructura anatómica con forma triangular que abarca desde la desembocadura de los uréteres hasta el orificio de salida de la uretra.

■ **Fisiología de la micción:** La micción y la continencia son el resultado de la perfecta función y coordinación del detrusor y el esfínter. En una persona sana la micción se produce cuando la vejiga urinaria ha alcanzado su capacidad fisiológica y el sujeto ordena voluntariamente su vaciado.

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

El SNC actúa sobre el esfínter estriado de la uretra (esfínter externo) y esfínter anal a través del nervio pudendo.

El SNV actúa sobre el esfínter interno y el trigono vesical en la fase de llenado a través del nervio hipogástrico, y sobre el detrusor en la fase de vaciado a través del nervio pélvico.

■ **Mecanismos esfinterianos masculinos:** En el hombre hay dos mecanismos de continencia: **a) Un mecanismo del cuello vesical**, proximal, que se constituye en un elemento poderoso en el mantenimiento de la continencia urinaria y previene la eyaculación retrógrada y **b) Un mecanismo esfinteriano**, distal, extremadamente importante por su capacidad de mantener la continencia, incluso cuando se encuentra dañado por una cirugía el mecanismo del cuello vesical, proximal. Se compone principalmente de músculo estriado extrínseco capaz de una contracción sostenida, necesaria para la continencia urinaria.



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

■ **Coordinación neurológica:** Para la regulación del ciclo miccional, existen 4 grandes niveles que toman parte en el control de la vejiga:

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

Interviniendo los siguientes sistemas para el coordinado control de los mecanismos necesarios para la micción.

■ **Sistema simpático:** A través del nervio hipogástrico. Sale de D10-L2. Provoca la relajación del músculo detrusor y contrae el músculo liso esfinteriano (cuello y uretra posterior/proximal). El Neurotransmisor estrella: la noradrenalina.

■ **Sistema parasimpático:** A través del nervio pélvico. Sale de S2-S4 (centro miccional espinal). Provoca la contracción del detrusor y la relajación del músculo esfinteriano. Neurotransmisor: la acetilcolina.

■ **Sistema somático voluntario:** A través del nervio pudendo. Sale de S2-S4. No tiene acción sobre el detrusor y contrae el músculo estriado esfinteriano y del suelo pélvico. Neurotransmisor: la acetilcolina.

Ciclo Funcional del tracto Urinario inferior está formado por dos fases:

A) Fase de almacenamiento o de llenado: La orina se almacena en la vejiga, a una velocidad que oscila entre los 1,5 y 2 ml por minuto, acomodándose ésta al contenido gracias al tono del detrusor, el cual se comporta como un órgano con importantes propiedades visco-elásticas. En esta fase se mantiene una estimulación del nervio pudendo, lo que refuerza la musculatura periuretral para conservar la continencia. Así mismo, si se produce un aumento de presión abdominal, como consecuencia de tos, risa o ejercicio físico, se produce simultáneamente una mayor estimulación por parte del pudendo, aumentando la fuerza de contracción de la musculatura periuretral, para evitar la pérdida involuntaria de orina.



La fase de llenado, lleva unas cuatro horas, hasta que la vejiga alcanza un volumen de entre 300-500ml, mientras que la fase de vaciado dura apenas unos segundos, hasta vaciar por completo la vejiga. En conclusión, la fase de llenado es un proceso que depende de la relajación de la musculatura lisa vesical y de la inhibición del Sistema Nervioso Parasimpático.

B) Fase de vaciamiento o fase miccional: En esta fase, ocurre una actividad inversa a la que se observa durante la fase de almacenamiento. El detrusor debe cesar su relajación y contraerse, para expulsar la orina. Donde la uretra y los mecanismos esfinterianos deben relajarse para disminuir la resistencia de la salida y permitir el paso de la orina. La micción debe ser eficiente y completa no dejando ningún remanente o residuo. Durante la micción, la relajación uretral precede a la contracción del detrusor, produciéndose la relajación simultánea de los músculos del suelo pélvico, apertura del cuello vesical (por la inhibición del nervio pudendo, no ofreciendo resistencia por parte de la musculatura periuretral) para facilitar el paso de la orina a la uretra proximal, y la contracción poderosa del detrusor para expulsar la orina.

Después de terminar la fase miccional la uretra proximal se cierra de manera retrógrada, ordeñando así la orina hacia atrás, en dirección a la vejiga. Inmediatamente después, la vejiga vuelve a su estado de relajación y los mecanismos esfinterianos se vuelven a activar. Este reflejo miccional es autónomo en los primeros años de vida, hasta que se produce el desarrollo cortical, y como consecuencia de ello la voluntariedad sobre la micción.

5.3. CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE INCONTINENCIA URINARIA

Existen muchas y diversas clasificaciones de la incontinencia urinaria. Los más habituales:

- **Si tenemos en cuenta el tiempo de duración de la incontinencia**, las podemos dividir en **Temporales**: cuando aparecen durante un tiempo determinado y transitorio. Suelen ser secundarios a otros procesos como puede ser la infección urinaria, toma de fármacos, estreñimiento severo, alteraciones mentales transitorias etc. **Crónicas**: son las que se mantiene en el tiempo y son debidas a alteraciones permanentes como alteraciones neurológicas, lesiones medulares, anomalías anatómicas, etc.
- **Desde el punto de vista del número de episodios de incontinencia** que se producen podemos distinguir entre: **Leve**: cuando se producen menos de 10 episodios a la semana; **Moderada**: cuando se producen entre 10 y 20 episodios a la semana; **Grave**: cuando se producen más de 20 episodios a la semana.
- **Según la cantidad de orina**: puede ser **Ligera**: < 60 cc en cada derrame. **Moderada**: 60-150 cc en cada derrame. **Grave**: >150 cc en cada derrame (Puede haber varios derrames a lo largo del día).
- **Según el momento de presentarse**: **Diurna**, **Nocturna**, **Mixta** y Según periodicidad se establece Permanente y Ocasional.



5.4. TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Según la *International Continence Society* podemos distinguir los siguientes tipos de incontinencia.

5.4.1. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

La súbita e involuntaria pérdida de una cantidad variable de orina consiguiente a un incremento de la presión intra-abdominal (ejemplo toser, reírse o ejercicio físico) provocada por los esfuerzos, en ausencia de cualquier contracción del detrusor. En la incontinencia urinaria de esfuerzo todo se reduce a que la uretra es incapaz de mantener el gradiente positivo de presión durante los esfuerzos.

5.4.2 VEJIGAS NEURÓGENAS

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

5.4.2.1. Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU):

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

- **La hiperactividad del detrusor (urgencia motora).** Se caracteriza por la aparición, durante su repleción, de contracciones involuntarias. Cuando las causas son de origen neurógeno estas contracciones las llamamos hiperreflexia del detrusor. Cuando la causa de la contracción involuntaria no es de origen neurógeno sino que puede ser por una litiasis vesical e incluso de origen idiopático estas las llamamos contracciones inestable del detrusor (inestabilidad del detrusor). Las causas de la incontinencia urinaria de urgencia motora están en lesiones en el SNC: ACVA, demencias, enfermedad de Parkinson, alteraciones medulares, entre otras.
- **La hipersensibilidad del detrusor (urgencia sensorial).** En ella no existen contracciones del detrusor sino una hipersensibilidad de los receptores sensoriales vesicales y uretrales que impiden el llenado normal de la vejiga. Las causas que la producen son procesos inflamatorios, infecciones urinarias, litiasis, tumores, etcétera.

5.4.2.2. Incontinencia urinaria refleja

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



5.4.2.3. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento debido a vejiga hipotónica o atónica

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

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

5.4.2.4. Detrusor acontráctil

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

5.4.3. INCONTINENCIA URINARIA MIXTA (IUM)

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

5.4.4. INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL

Denominamos insuficiencia urinaria funcional a los escapes de orina asociados a la incapacidad para llegar al servicio por limitaciones en la movilidad o barreras físicas (incapacidad física de ir al baño, aunque detecte la necesidad) o por déficit cognitivo relacionado a estrés y ansiedad, en las que evolutivamente el paciente no va al cuarto de baño.

5.4.5. INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO (SÍNDROME POR OBSTRUCCIÓN)

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

5.4.6. INCONTINENCIA URINARIA POSTMICCIONAL

Consiste en la pérdida de una pequeña cantidad de orina después de haber completado la micción, produciendo problemas higiénicos y estéticos. Este tipo de incontinencia es propia del hombre a cualquier edad. Está producida por la acumulación de orina en la uretra bulbar. Su causa es idiopática.



Puede paliarse con una simple maniobra, mediante una firme presión detrás del escroto, hacia arriba y adelante, ejercida con los dedos o con el puño al finalizar la micción. Con esto se consigue que esta cantidad de orina acumulada en la uretra salga al exterior en ese mismo momento.

5.4.7. INCONTINENCIA URINARIA POR GOTEO CONTINUO

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

Las causas más frecuentes son congénitas: malformaciones uretero-ectópicas.

- **Causas orgánicas:** lesiones postquirúrgicas.
- **Causas neurológicas:** pérdida del potencial contráctil del esfínter.

5.4.8. ENURESIS NOCTURNA

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

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

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

En los últimos años existe un interés de dimensionar la profesión enfermera a sus legítimos espacios, para desarrollar esta actividad. Así la aparición y desarrollo de diversos lenguajes estandarizados supone un importante paso en el entendimiento y unificación del trabajo enfermero. El sustento legal que en nuestro país se ha producido con el Real Decreto que regula la Organización Colegial y la Actividad profesional de Enfermería, la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Real Decreto sobre Especialidades, marca un gran avance en este sentido.

Por lo que los profesionales están incorporando nuevas herramientas y sistemas de trabajo para facilitar la transposición del marco teórico a la realidad clínica. Para ello, es esencial incorporar un lenguaje estandarizado, la Clasificación Diagnóstica de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Al mismo tiempo aparecen nuevas herramientas como el Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA), esta nos permiten mejorar en determinadas áreas deficitarias.

Así, la Clasificación NANDA-NOC-NIC (NNN) permite que el proceso enfermero pueda disponer de instrumentos estandarizados y mundialmente reconocidos para llevarlo eficientemente al terreno clínico.



De la valoración se obtendrá el diagnóstico, la planificación (fijando prioridades y objetivos), la ejecución de las actividades (registro del plan de acción) y la evaluación continua del paciente. Dónde el lenguaje y el vocabulario es de especial importancia, ya que en esta fase de valoración es dónde se recaba información y se debe hacer de forma estructurada por Necesidades Básicas o Patrones Funcionales, y centrarse en las respuestas humanas que presenta el paciente.

Ante pacientes dependientes valoramos si dispone de alguien que le cuide, si es formal o informal (familiar) y si es familiar valoraremos a esta persona que cuida y su preparación para los cuidados de incontinencia.

6.1. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

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

Una vez realizada la valoración enfermera se determinará el diagnóstico enfermero. A continuación, según la NANDA, se describen las diferentes etiquetas diagnósticas para los diferentes tipos de incontinencia.

DIAGNÓSTICOS NANDA

- 1. Código: (00017): INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**
- 2. Código: (00018): INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA**
- 3. Código: (00019): INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA**
- 4. Código: (00020): INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL**
- 5. Código: (00176): INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO**

También existen otras etiquetas diagnósticas sobre la eliminación urinaria como:

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



6.2. INDICADORES NOC RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA URINARIA

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

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

INDICADORES NOC: CONTINENCIA URINARIA

1. Código: (502): CONTINENCIA URINARIA (control de la eliminación de orina de la vejiga).

- a. 50201: Reconoce la urgencia miccional.
- b. 50202: Patrón predecible del paso de orina.
- c. 50203: Responde de forma adecuada a la urgencia.
- d. 50204: Orina en un receptáculo apropiado.
- e. 50205: Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina.
- f. 50206: Micción > 150 ml cada vez.
- g. 50207: Pérdidas de orina entre micciones.
- h. 50208: Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina.
- i. 50209: Vacía la vejiga completamente.
- j. 50210: Residuo posmiccional >100-200 ml.
- k. 50211: Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos).
- l. 50212: Ropa interior mojada durante el día.
- m. 50213: Ropa interior o de la cama mojada durante la noche.
- n. 50214: Infección del tracto urinario.
- o. 50215: Ingesta hídrica en el rango esperado.
- p. 50216: Capaz de manejar la ropa de forma independiente.
- q. 50217: Capaz de usar el inodoro de forma independiente.
- r. 50218: Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales.



INDICADORES NOC: ELIMINACIÓN URINARIA

1. Código: (503): ELIMINACIÓN URINARIA (Recogida y eliminación de la orina)

- a.** 50301: Patrón de eliminación.
- b.** 50302: Olor de la orina.
- c.** 50203: Cantidad de orina.
- d.** 50304: Color de la orina.
- e.** 50305: Partículas visibles en la orina.
- f.** 50306: Claridad de la orina.
- g.** 50307: Ingesta de líquidos.
- h.** 50309: Dolor al orinar.
- i.** 30310: Vacilación al orinar.
- j.** 30311: Urgencia para orinar.
- k.** 30312: Incontinencia urinaria.
- l.** 30313: Vacía la vejiga completamente.
- m.** 50314: Reconoce la urgencia.
- n.** 50329: Sangre visible en la orina.
- o.** 30330: Quemazón al orinar.
- p.** 50331: Micción frecuente.
- q.** 50332: Retención urinaria.
- r.** 50333: Nicturia.
- s.** 50334: Incontinencia por esfuerzo.
- t.** 50335: Incontinencia por urgencia.
- u.** 50336: Incontinencia funcional.

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

Una vez analizadas las distintos resultados y sus indicadores, el personal de enfermería deberá seleccionar las intervenciones que nos permitan realizar dicha transición hacia los resultados esperados. En nuestro caso, a la continencia o mejora de la incontinencia.

Por lo que es necesario que se conozcan las diferentes intervenciones (NIC) más relevantes, en relación con este problema de salud.



■ **Dentro del CAMPO 1 Fisiológico: Básico. Y CLASE B Control de la Eliminación tenemos las siguientes Intervenciones (NIC) relacionadas:**

- a. 1804: Ayuda con el autocuidado: micción/defecación.
- b. 0610: Cuidados de la incontinencia urinaria
- c. 0612: Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis
- d. 1876: Cuidados del catéter urinario
- e. 0560: Ejercicios del suelo pélvico.
- f. 0570: Entrenamiento de la vejiga urinaria.
- g. 0600: Entrenamiento del hábito urinario.
- h. 0590: Manejo de la eliminación urinaria.
- i. 0630: Manejo del pesario.
- j. 0640: Micción estimulada.
- k. 0580: Sondaje vesical.
- l. 0582: Sondaje vesical: intermitente.

■ **Dentro del CAMPO 3 Conductual y CLASE T Fomento de la comodidad psicológica tenemos las siguientes intervenciones (NIC) relacionadas:**

- a. 5860: Biorretroalimentación

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

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

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

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



7. VALORACIÓN ENFERMERA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

La valoración es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida, selección e interpretación de datos sobre el estado de salud de la persona. Esta valoración también funcionará como documento esencial para la prescripción de los absorbentes, para su posterior visado.

■ Así el proceso de valoración funcional de enfermería requiere de 2 fases:

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

■ Fases de la valoración funcional en la incontinencia urinaria:

- Recogida de datos.

Se recogerán datos de Históricos-Antecedentes, que son aquellas situaciones que han ocurrido anteriormente y comprende hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.

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

POBLACIÓN GENERAL	ANCIANOS
<p>Establecidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Deterioro de la movilidad. • Otros síntomas urinarias. • Sexo femenino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad (en hombres). • Incontinencia fecal. • Deterioro cognitivo. • Deterioro de la movilidad. • Comorbilidad. • Fármacos. • Caídas. • Restricciones físicas. • Ictus.
<p>Sugeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes. • Actividades de impacto físico. • Obesidad. • Cardiopatía e HTA en tratamientos con diuréticos. • Enfermedades del SNC (Parkinson, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple). • Enfermedades musculoesqueléticas que supongan disminución de la movilidad. • Deterioro cognitivo. • Factores ocupacionales (trabajo que suponga grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto, etc.). • Depresión. 	



MUJERES	HOMBRES
<ul style="list-style-type: none">• Embarazo y parto.• Multiparidad.• Tratamiento hormonal oral.• Prolapso de órganos pélvicos.• Cirugía genitourinaria: Histerctomía.• Aumento de índice de masa corporal.	<ul style="list-style-type: none">• Prostatectomía radical.

Y después los datos Actuales, que son los motivos que traen al paciente sobre este problema de salud, así como el tratamiento actual del paciente. Estos datos se obtendrán a través de:

TABLA 6. FÁRMACOS Y SUSTANCIAS QUE PUEDEN PROVOCAR INCONTINENCIA

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

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



A) ENTREVISTA

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

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

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

B) EXPLORACIÓN FÍSICA

La forma de abordar este examen físico será por criterios la valoración “patrones Funcionales de Salud”, ya que pone de manifiesto los hábitos y costumbre del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

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



Descartar enfermedades neurológicas que afecten al área lumbosacra.

Objetivación de la pérdida de orina con el esfuerzo, a través del test de provocación en tres posiciones (decúbito supino, lateral y bipedestación). IU de esfuerzo: pérdida inmediata; IU de urgencia más intensa en bipedestación y pequeño intervalo entre el toser y el escape.

■ Prueba de Bonney-Kead-Marchetti:

Elevación del cuello vesical: introducción de los dedos 2º y 3º de la mano en vagina elevando el cuello vesical y se repite el test de provocación. Test (+) si no hay pérdida de orina.

- Tacto rectal en la exploración inicial de varones con incontinencia urinaria. Valoración prostática.
- Valoración del tipo y grado de prolapso genital en mujeres, a través de una sonda o tubo de pírex introducido en la vagina.
- Evaluación de la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico: Escala de Brink, Escala de Laycock. o uso de perineómetro de Kegel.
- Descartar enfermedades ginecológicas asociadas.
- Exploración pélvica (realizarse con la vejiga llena).
- Test de orina para descartar infección.
- Medición del volumen residual o residuo posmiccional, mediante cateterismo o ultrasonografía.
- Manejo del diario miccional. Simple y rentable. Tabla donde se anotan el estado de continencia por período de 1 o 2 horas.

B) VALIDACIÓN/VERIFICACIÓN DE LOS DATOS

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

- Cuestionario de valoración de Incontinencia urinaria - Mujeres (Anexo III).
- Cuestionario de valoración de Incontinencia urinaria - Hombres (Anexo IV).
- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la Incontinencia Urinaria - ICIQ-SF.
- Cuantificación de las pérdidas: "Pad Test" o Test de la Compresa" (Anexo V).
- Graduación de severidad de Sandvik (Anexo VI).
- Diario miccional (Anexo VII).



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

D) ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Consiste en agrupar datos en categorías o conjuntos de información, de tal forma que nos ayuden a la identificación de problemas.

En nuestro caso como enfermeros será a través de patrones funcionales (*M. Gordon*), que ayudan a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros (DE).

■ Registro y comunicación de los datos:

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

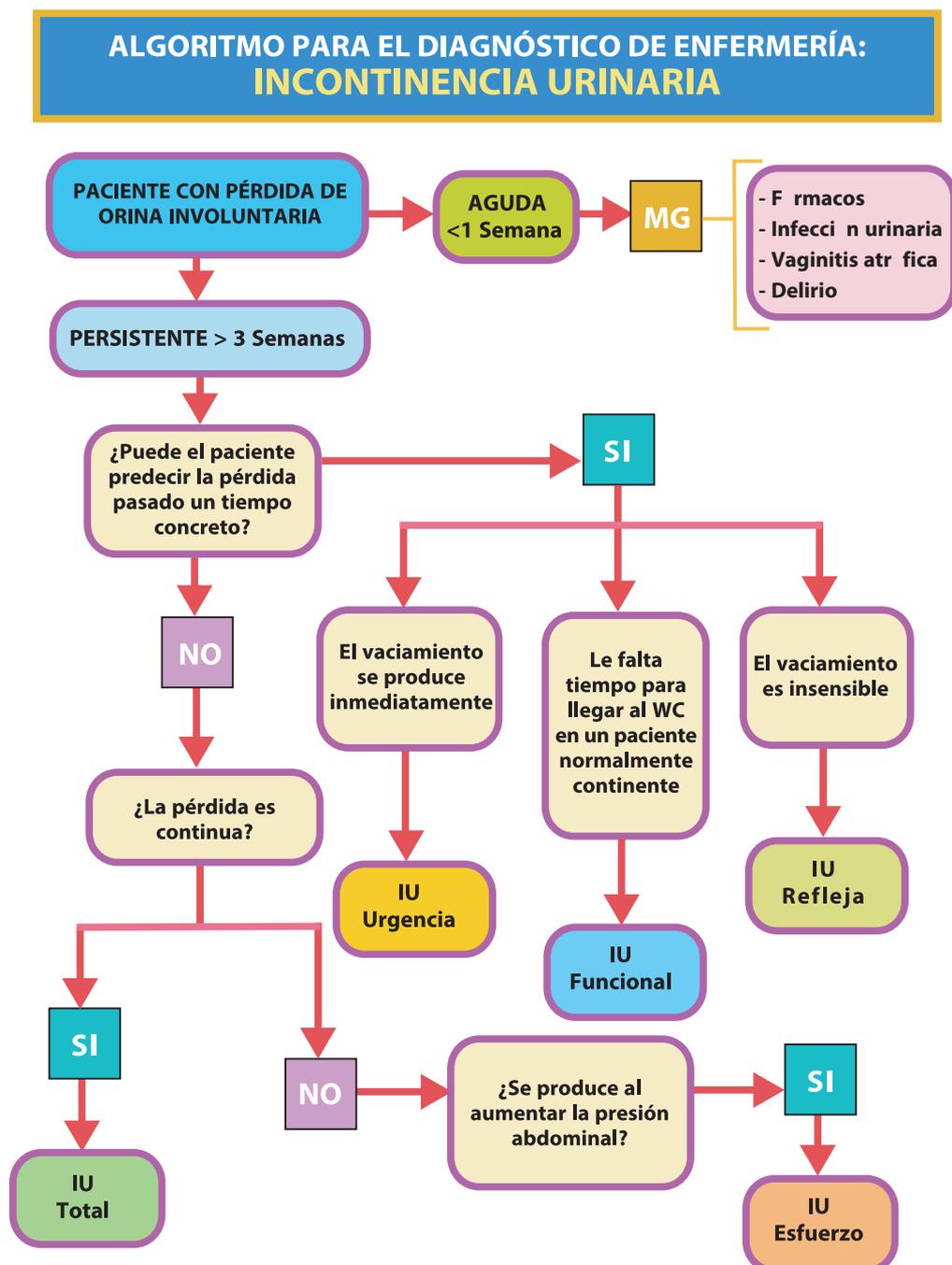
La Valoración integral del paciente se realizará según el modelo de patrones funcionales de Salud (*M. Gordon*).



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

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

FIGURA 1. ALGORITMO. Desarrollado por Juan Carlos Morrilla Herrera





9. PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

Después de la valoración y diagnóstico enfermero en la incontinencia urinaria se inicia el plan de cuidado enfermero que consta de 3 fases:

PLAN DE CUIDADO ENFERMERO EN INCONTINENCIA URINARIA		
Planificación	Ejecución	Evaluación
A. Selección de prioridades	A. Preparación	A. Valoración
B. Determinación de los objetivos y resultados esperados	B. Intervención	B. Diagnóstico
C. Ordenes de enfermería	C. Registros	C. Planificación
D. Determinación de los órdenes		D. Ejecución
E. Registros del plan de cuidado		E. Análisis resultados

A) SELECCIÓN DE PRIORIDADES

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

9.1 PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO

A) SELECCIÓN DE PRIORIDADES

Por lo que en este apartado sólo seleccionaremos como prioridad la incontinencia urinaria.

B) DETERMINACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS, OBJETIVOS O METAS

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

C) ORDENES DE ENFERMERÍA

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



D) DETERMINACIÓN DE LAS ÓRDENES DE ENFERMERÍA

Estas órdenes deben incluir: fecha; verbo con los calificativos precisos que indiquen la acción; especificaciones de quién, qué, dónde, cuando, como, cuanto; modificaciones que se hagan a un procedimiento estandarizado; firma.

E) LOS REGISTROS DEL PLAN DE CUIDADO

Utilizar la codificación permite una mejor estandarización y lenguaje común lo que permite la interoperabilidad con el resto de documentos de plan general del paciente. Esto garantiza seguir un esquema para dirigir las acciones de enfermería y cubrir las necesidades de salud del usuario; mejora la prestación de cuidado específico y coordinado; sirve de instrumento de comunicación entre enfermeras y el resto de miembros del equipo de salud; y como guía para la evaluación de la efectividad de los cuidados brindados.

9.2. EJECUCIÓN DEL PLAN ENFERMERO

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

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

A) PREPARACIÓN. Se incluyen las siguientes actividades:

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

B) INTERVENCIÓN

C) REGISTROS

Registrar las acciones cumplidas y sus resultados. Sirve para mejorar la comunicación, como documento legal, instrumento para investigación, para estadística, educación, y en auditoría para controlar la calidad de los cuidados.



9.3. EVALUACIÓN DEL PLAN ENFERMERO

La aplicación de la evaluación se puede realizar en cada una de las etapas de la siguiente manera:

A) VALORACIÓN

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

B) DIAGNÓSTICO

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

C) PLANIFICACIÓN

En esta evaluación crítica los planes se evalúan en dos sentidos: Si son adecuados para el usuario y si se ajustan a normas preestablecidas. Así la evaluación en la etapa de planeamiento, juzga, si los planes propuestos son comparables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del usuario.

D) EJECUCIÓN DEL PLAN

En esta etapa la evaluación se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del usuario son tan importantes como en el planeamiento y diagnóstico.

E) ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En la evaluación de resultados se recomiendan los siguientes pasos:

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



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

10. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

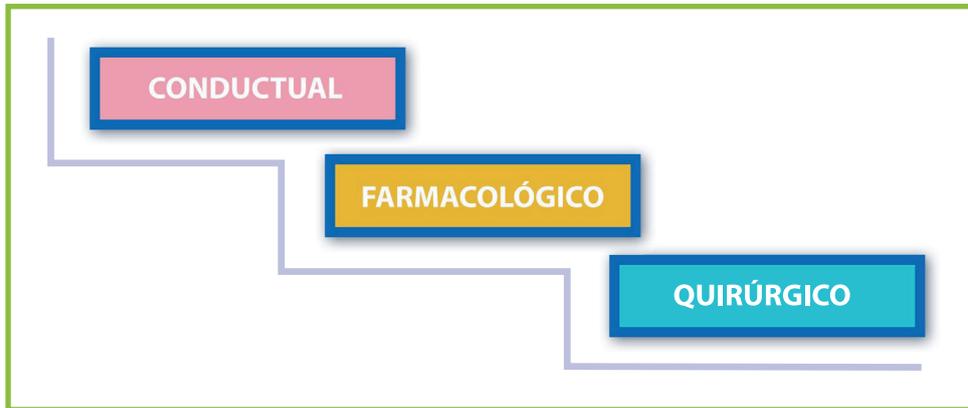
10.1. NORMAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU)

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



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

FIGURA 2. ESCALERA DE LA INCONTINENCIA URINARIA



10.2. TÉCNICA CONDUCTUAL

Ventajas:

- 1) Permite reducir las pérdidas en la mayoría de los individuos.
- 2) No tienen efectos secundarios conocidos.
- 3) Pueden usarse conjuntamente con otros tratamientos.

10.2.1. PERSONAS SUSCEPTIBLES DE TERAPIA CONDUCTUAL

Serán aquellos motivados para mantener un refuerzo positivo, que quieren mantener independencia de dispositivos protectores externos y evitan o postergan tratamientos farmacológicos o invasivos.

10.2.2. TIPOS DE TÉCNICAS CONDUCTUALES

■ CUIDADORES - DEPENDIENTES

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

A) VACIAMIENTO PROGRAMADO

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



B) DOBLE VACIAMIENTO

Esta técnica permite disminuir el volumen residual, el cuál si es >100 ml es patológico (aumento de frecuencia miccional y de ITU). La técnica consiste en mantener en pie unos minutos tras la micción si es varón y sentada si es mujer para forzar una nueva micción (4*).

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

D) REFUERZO A LA CONTINENCIA

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

■ EDUCACIONAL Y/O REHABILITADORA

En individuos con un estado cognitivo y motor, que permite mantener un refuerzo positivo.

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

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

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

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

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

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

F) GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA (GAH)

Surge como una forma alternativa de recuperación de la musculatura abdominal y/o pélvica para las mujeres en el postparto. Su creador, *Marcel Caufriez*, buscaba una técnica para tonificar la musculatura abdominal que evitara el riesgo de provocar alteración en la estática pelviana, como ocurría con los abdominales clásicos (75).

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



G) ESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR

El nervio tibial posterior tiene origen en las raíces sacras S2 a S4, nacimiento también de todos los nervios que controlan la actividad de la vejiga urinaria, ano y suelo pélvico. La técnica se basa en estimular y neuro modular el nervio tibial posterior a través de pequeños electrodos en la piel lo que, de forma retrograda, también estimulará todas las estructuras pélvicas antes descritas.

Es útil en la vejiga neurógena que presenta un vaciamiento incompleto bien por hiper o hipo actividad.

■ MEDIDAS TERAPÉUTICAS

A) SONDAJE VESICAL INTERMITENTE (ver cuadro de intervenciones NIC).

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

■ MEDIDAS PALIATIVAS

A) COLECTORES DE PENE (MASCULINOS), Y COLECTORES FEMENINOS

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

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

Los riesgos asociados de estos productos son: estrangulamiento del pene por la utilización de tamaños más pequeños:

- **Fugas** por la utilización de tamaños más grandes que el necesario.
- **Infecciones urinarias** por mantenimiento prolongado del colector (no más de 2 días).
- **Lesiones cutáneas** o úlceras peneanas.

El colector de pene masculino es un dispositivo de plástico que como una pinza con forma anatómica se coloca en la base del pene de manera que presiona la uretra ayudándose de un velcro. Debe liberar para la micción cada 4 h o menos en anciano.

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



B) ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA (AIU)

Los AIU son productos de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener la piel seca y sin humedad. Se indican en pacientes con incontinencia cuando no puedan utilizar otros métodos o tratamientos. En los apartados 11 y 12 de esta guía entramos en profundidad en el ámbito de los AIU.

11. LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA (AIU)

La incontinencia es un problema sanitario con un impacto significativo en las vidas tanto de las personas que la padece como de sus cuidadores, con graves implicaciones para las economías sanitarias en términos de prestación de cuidados sociales y en salud. El cuidado de la continencia no supone actualmente una prioridad para los administradores del sistema sanitario. Existe una falta de profesionales sanitarios formados en cuidados para la continencia, tanto en términos de generalistas con formación básica como en cuanto a especialistas con una formación más integral.

Los absorbentes para incontinencia urinaria (AIU) son productos sanitarios de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior, indicados para personas con incontinencia media, moderada o severa, que padecen pérdidas urinarias y/o fecales cuando no puedan usarse otros métodos o tratamientos. Son Productos sanitarios de Clase I, no estéril, según el Reglamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo. Además, las actividades de fabricación, importación, agrupación y/o esterilización de los productos sanitarios requieren una licencia previa autorizada expresamente por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). Estos son productos reembolsables y susceptibles de ser sometidos a homologación previa según RD 244/2006 de homologación sanitaria de recetas oficiales para la prestación farmacéutica y complementaria de la Seguridad Social (Cupón Precinto). Y deben llevar marcado CE de conformidad y la información requerida según la legislación de Productos Sanitarios.

Existen varias normas de estandarización española basada en normas internacionales relativas a la evaluación de los productos absorbentes como: La Norma UNE-EN ISO 15621:2017, se recogen las directrices generales de evaluación de los productos absorbentes para incontinencia urinaria y/o fecal. Y la UNE- EN ISO 16021:2000, que establece los principios básicos para diseñar y llevar a cabo una evaluación por el usuario de absorbentes de incontinencia de un solo uso para adultos. Proporciona un marco para seleccionar y registrar los puntos de vista del producto absorbente según los usuarios y sus cuidadores.

En la Guía Europea de Incontinencia Urinaria en Adultos, concretamente en el resumen de evidencia para la contención, se menciona con un nivel de evidencia 1B que los absorbentes son efectivos para contener la orina. En la propia Guía y con nivel de recomendación fuerte se refiere a la necesidad de asegurar que los adultos con incontinencia y/o sus cuidadores estén informados sobre las opciones de tratamiento disponibles antes de decidirse solo por la contención, al igual que, con el mismo nivel de recomendación fuerte, sugiere ofrecer absorbentes de incontinencia y/o dispositivos de contención para el manejo de la incontinencia urinaria.



Es importante utilizar el absorbente adecuado a cada caso, para mantener al paciente seco y limpio, así como evitar problemas de piel, de relación y de calidad de vida.

11.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS AIU

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

11.2. COMPOSICIÓN BÁSICA DE LOS AIU

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

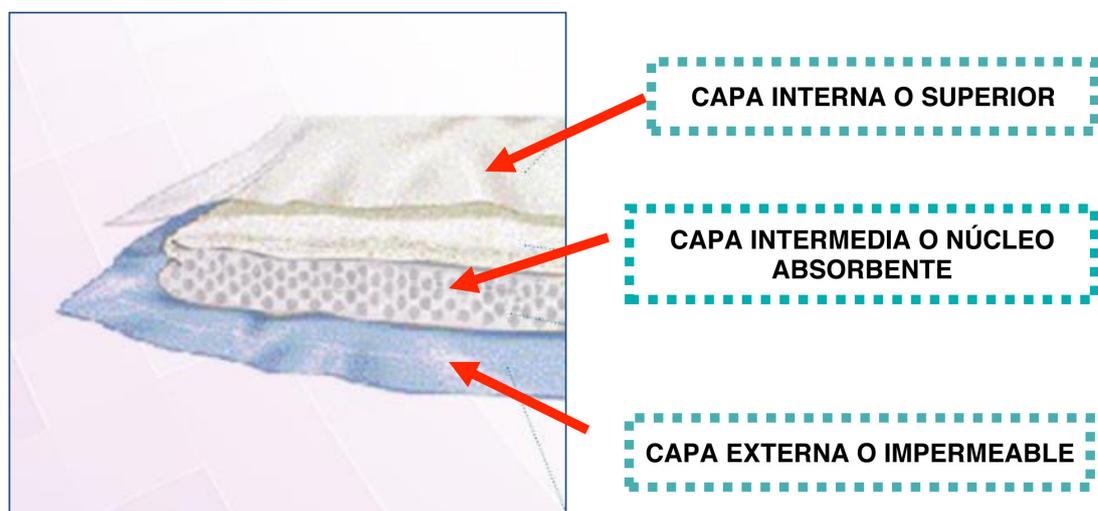
■ **Capa interna o superior,** está en contacto con la piel. Constituida por tela sin tejer (celulosa, viscosa o rayón). Un material filtrante e hidrófilo, (que permite el paso rápido de orina a la capa intermedia ayudando a mantener la superficie de la piel seca), y analérgico. Es la responsable de la tolerancia del absorbente (que no irrite la piel) y de su eficacia (al permitir el paso de orina a la capa central). Algunas marcas comerciales incluyen en este tejido una crema protectora (a veces este debe tenerse en cuenta por no ser recomendable para el paciente).

■ **Capa intermedia o núcleo absorbente.** Compuesto por pulpa de celulosa y súper absorbente, un material con gran capacidad de absorción y retención que impide que la humedad salga de nuevo; el líquido queda atrapado dentro de las partículas del súper absorbente y se transforma en gelatina (el líquido se solidifica) estos suelen ser partículas de poliacrilato. Es deseable que la distribución en el espesor de la celulosa no sea uniforme y que la distribución de material súper absorbente con relación a la celulosa sea homogénea. Ya que el material súper absorbente refuerza la capacidad de absorción de las zonas donde es más necesario: la parte central (entre las piernas), y zona posterior del absorbente. Su distribución no puede producir ni encharcamiento, ni rotura en la celulosa. La capacidad mínima de absorción será de 10 gramos de agua por gramo. Esta capa es la responsable de evitar malos olores al neutralizar la formación de amoníaco. Y se tendrá en cuenta que una gran capacidad de absorción implica menor discreción del producto. Algunos absorbentes incluyen un núcleo de absorción rápido, que favorece la retención de pérdidas urinarias de volumen importante.



■ **Capa externa o impermeable.** Tradicionalmente está construida con materiales plásticos (polietileno) que son impermeables al agua y al vapor de agua. Últimamente, se han ido incorporando capas externas transpirables (polietileno microporoso) que son impermeables al agua, al mismo tiempo que permeables al vapor de agua y el aire. Este tipo de capa microporosa transpirable de tacto textil puede beneficiar el microclima existente entre la piel y el producto absorbente, favoreciendo que traspase al exterior el exceso de humedad (en forma de vapor de agua), y aumentando la comodidad del usuario. Toda capa externa, además de asegurar la impermeabilidad para retener la orina dentro del absorbente, debe ser poco ruidosa, suave (tacto textil) y cómoda para garantizar la discreción y comodidad para el usuario.

FIGURA 5. VISUALIZACIÓN DEL PAÑAL



El producto final puede colocarse con un dispositivo de sujeción (bragueta o tiras adhesivas incorporadas en el propio absorbente). Algunos fabricantes incorporan en los bordes en contacto con la piel material no plástico, favoreciendo la tolerancia del producto. Estos dispositivos incluyen un indicador de humedad, que se encuentra en la parte exterior del absorbente y constituidos por unas líneas o bandas que cambian de color al entrar en contacto con la humedad, indicando la necesidad de cambio. Este debe ser visible, tanto para el usuario como para el cuidador.

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

11.3. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Existen varias clases de absorbentes que se adaptan a las características y necesidades de los usuarios y a los diversos tipos de incontinencia. En la elección habrá que decidir por un producto que garantice una óptima relación entre la seguridad que ofrece, una buena capacidad de absorción y la comodidad que permite para el desarrollo de la actividad normal del usuario y/o su cuidador, aumentando su calidad de vida y dignidad.



Los absorbentes se clasifican en base a:

- 1) Capacidad de absorción.
- 2) Tipo o forma.
- 3) Sistema de sujeción.
- 4) Talla.

Clasificación de absorbentes según su forma en base a la norma de estandarización UNE-EN ISO 15621:2018, y su capacidad de absorción:

TALLAS por tipo de absorbente según su forma y capacidad de absorción	Pants	Anatómico con elásticos	Anatómico con cinturón	Anatómico	Rectangular
DÍA (>600-900ml)	XS, S, M, L, XL	XS, S, M, L, XL	-	Única	Única
NOCHE (>900-1200ml)	XS, S, M, L, XL	S, M, L, XL	M, L		
SUPERNOCHE (>1200ml)	S, M, L, XL	S, M, L, XL	M, L		

11.4. EVALUACION DE LOS ABSORBENTES:

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

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

Sin duda, la manera más adecuada para valorar un absorbente sería mediante un “test en uso”. Sin embargo, puede haber gran variabilidad en los resultados de dichos test, pues están afectados por múltiples factores difíciles de reproducir.

Tal como adelantamos en la introducción del apartado de absorbentes en esta guía, existe un método de evaluación de producto absorbente que establece los principios básicos para diseñar y llevar a cabo una evaluación de absorbentes de incontinencia de un solo uso para adultos (UNE 16021 UNE- EN ISO 16021:2000).

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



11.4.1. REQUISITOS PARA EVALUAR EL PRODUCTO

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

1. Factores relacionados con el usuario:

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

2. Factores relacionados con el producto:

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

3. Factores relacionados con el uso:

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



11.4.2. METODOS DE ENSAYO

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



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

11.4.2.1. Métodos de ensayo en producto terminado

- **Evaluación de las prestaciones** fundamentales del producto.
- **Capacidad de absorción** (distintos métodos).
- **Tiempo de absorción** de líquidos y retorno de la humedad.
- **Durabilidad** y fin de uso previsto.
- **Ergonomía**.
- **Transpirabilidad:** transmisión vapor de agua (WVT). Norma ASTM E96 /E96M – 16.
- **Neutralización** del olor.
- **Evaluación de la biocompatibilidad:** citotoxicidad e irritación dérmica.
- **Limpieza** microbiana.



Métodos de ensayo en producto terminado				
TIPO DE ENSAYO	MÉTODO	RESULTADO OBTENIDO	EVALUACIÓN	SISTEMA DE ESTANDARIZADO
CAPACIDAD DE ABSORCIÓN. CLASIFICACIÓN	Método Vertical (PNE_LPS_PS_004) ISCIH*	Mililitros de líquido absorbido	A mayor valor, mayor absorción	Catalogación del Ministerio de Sanidad: DÍA/NOCHE/SUPERNOCHE
	Rothwell (ISO 11948-1:1996)**	Gramos de líquido absorbido total	A mayor valor, mayor absorción	Banding System
	Maniquí (ABL) UNE 153601-1:2008***	Gramos de líquido absorbido hasta fuga	A mayor valor, mayor absorción	No existe aún. Se ha propuesto al Ministerio
CAPACIDAD DE RETENCIÓN HUMEDAD (Wetback)	Retorno de la humedad UNE 153601-2:2008	Gramos de líquido absorbido no retenido	A menor valor, menor retorno, mayor sensación de sequedad en la piel	No existe aún. Se ha propuesto al Ministerio
TIEMPO (Y VELOCIDAD DE ABSORCIÓN)	Tiempo y velocidad de absorción UNE 153601-2:2008	Tiempo de absorción de 2 micciones	A menor tiempo de absorción y mayor velocidad, mayor sensación de sequedad en la piel	
TRASMISIÓN DE VAPOR DE AGUA (WVT)	Transmisión de vapor de agua ASTM E96/E96M-16	Transmisión de gramos de vapor de agua por metro cuadrado en 24 h	A mayor valor, mayor transpirabilidad del absorbente, y mejor microclima alrededor de la piel cubierta por el absorbente	
CITOTOXICIDAD	UNE-EN ISO 10993-5:2009	% de células viables	Correcto, si el resultado es un % ≥ 70	Indicado en la norma: $\geq 70\%$ viabilidad cuantitativa

* **Método vertical de acuerdo al procedimiento interno del Instituto de Salud Carlos III (PNE_LPS_PS_004):** Determina la cantidad de solución que es capaz de absorber y retener al menos durante 10-15 segundos al colocarlo en posición vertical. Para ello, el absorbente se coloca en horizontal, sin presión, y tras añadir un volumen de orina artificial, se deja reposar y, tras un tiempo determinado, se suspende en vertical por la parte trasera hasta que gotee entre 10-15 s. Es un método solamente reconocido a nivel nacional que no reproduce las condiciones normales de uso y, por tanto, la capacidad de absorción obtenida no es real. **Según este método, el Ministerio de Sanidad clasifica los productos en: DÍA, NOCHE Y SUPERNOCHE.**

** **Capacidad de absorción total - Método Rothwell (ISO 11948-1:1996):** este método determina la capacidad de absorción total por diferencia entre el peso del absorbente en húmedo y el peso del absorbente en seco; para ello se sumerge el absorbente totalmente en una disolución de orina artificial durante 30 minutos. **Es un método reconocido a nivel internacional** y está validado para la determinación de la capacidad de absorción total, sin embargo, **no reproduce las condiciones normales de uso**, por tanto, la capacidad de absorción obtenida no es real.

*** **Capacidad de absorción antes de fugas utilizando maniqués (UNE 153601-1:2008):** esta metodología evalúa el absorbente desde el punto de vista de la cantidad máxima de líquido que retiene antes de la fuga, reproduciendo su uso mediante la utilización de maniqués, girados 30° y bajo presión en el torso para simular el peso del usuario. El valor de ABL (Absorption Before Leakage) se da por diferencia de peso del producto húmedo y seco. No se trata de un método estandarizado, por lo que siempre debe analizar su resultado como complemento a otros métodos para la medición de la absorción. Este tipo de ensayo se ve influenciado por el tamaño y la forma del absorbente, al ser un método NO estandarizado, siempre deberá ser contrastado con métodos SÍ estandarizados (p.ej. Norma ISO 15621).

11.4.2.2. Métodos de ensayo de laboratorio de materias primas

■ Verificación de las fichas técnicas:

- Determinación de las dimensiones.
- Resistencia a la tracción y alargamiento de la rotura. Norma EN 29073-3:1992.
- Peso total y peso del núcleo absorbente.
- Distribución del SAP.
- Medida del espesor.
- Evaluación de la adhesión del sistema de sujeción.
- Ensayos microbiológicos: Determinación de microorganismos patógenos.



- pH.
- Ensayos de biocompatibilidad: citotoxicidad e irritación dérmica.
- Determinación de sustancias nocivas.
- Determinación de la elasticidad de los materiales.
- Determinación de la suavidad de los no tejidos: Kawabata.

11.4.3. GARANTIAS QUE DEBE CUMPLIR UN ABSORBENTE

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

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



11.5. EVALUACION INDIVIDUALIZADA DE LA PERSONA CON INCONTINENCIA

EVALUACIÓN DE PERSONA CON INCONTINENCIA: ELECCIÓN DE ABSORBENTE		
Situación a considerar en la evaluación de la I.U		Valoración
Grado de incontinencia	Mayor o menor cantidad de orina en cada derrame. Ligera, moderada, grave.	Prueba de la compresa (ICS) (Anexo IV).
Momento del día	Día o noche.	Anamnesis.
Periodicidad	Ocasional o permanente.	Anamnesis.
Sexo	Distintos dispositivos según sexo	Anamnesis.
Entorno personal. Movilidad/habilidad	Deambulación.	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel (anexo III). • Índice de Katz (Anexo VIII). • Índice de riesgo de caídas múltiples.
	Grado de movilidad.	
	Habilidad manual.	
	Estado de los pies.	
	Estrado de la vista.	
Entorno personal. Grado de invalidez funcional	Niveles descritos en <i>M. Gordon</i> dentro del patrón 4 actividad-ejercicio.	0-Independiente. 1-Necesita el uso de un equipo o dispositivo. 2- Requiere ayuda o supervisión de otra persona. 3- Requiere la ayuda de otra persona y equipo dispositivo. 4- Es dependiente y no colabora.
Entorno personal. Situación de la vivienda	Accesibilidad al WC.	Anamnesis, visualización entorno.
	Mobiliario.	
	Pavimento.	
Entorno personal. Situación familiar	Necesidad de cuidadores.	Valoración socio-familiar (anexo IX).
	Disponibilidad de cuidadores.	Test Informador.
	Habilidad del cuidador/disponibilidad.	



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



11.6. RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE LOS AIU

La piel es uno de los órganos más importantes del cuerpo humano, tiene funciones de protección, regulación de la temperatura, hidratación...

El cuidado de la piel es fundamental para evitar su deterioro.

La importancia de la transpirabilidad de los absorbentes (conseguida gracias a una capa externa microporosa) es clave para mantener el microclima adecuado entre el propio absorbente y la piel, y por tanto, fomentar una piel sana en la zona del absorbente. A día de hoy, y tal como vimos en el apartado de evaluación de absorbentes, uno de los métodos para medir la transpirabilidad es el de la Transmisión de Vapor de Agua, WVT (norma ASTM E96 / E96M - 16), y en el que hemos observado mucha heterogeneidad entre los resultados obtenidos por diferentes absorbentes de adulto: los valores más altos de dichas evaluaciones a los que hemos podido tener acceso están entorno a los $650 \text{ g/m}^2 - 24\text{h}$, y los menores a los $150 \text{ g/m}^2 - 24\text{h}$ aproximadamente.

Así la mayoría de los riesgos de estos productos se centra la piel:

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



- **Úlceras por presión (UPP) y las lesiones por humedad.** Estas últimas se caracterizan por la presencia de humedad, siendo ésta la responsable de la presencia de eritema, maceración y excoriación de la piel, lo que puede confundirse con una UPP (que se define como un área de daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes causados por la presión, fricción, la cizalla o combinación de las mismas). La incontinencia sobre la piel fue monitorizado por Defloor et al, encontrando una alta incidencia de eritema blanqueable, en la región perineal. Siendo este un marcador de riesgo elevado para el desarrollo de UPP, y otros desórdenes de la piel.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN LAS CAUSAS DE LESIÓN POR INCONTINENCIA O PRESIÓN

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

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

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



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



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

VALORACIÓN DE LA PIEL EXPUESTA A ORINA Y HECES: INDICADORES Y TÉCNICAS DE MEDIDA

■ **Escala visual del eritema (EVE):** basada en la escala internacional de la dermatitis de contacto de Quinn, que presenta 5 grados:

- 0 = No eritema.
- 1 = Poco eritema (casi imperceptible).
- 2 = Eritema moderado (piel rosa).
- 3 = Eritema intenso (piel púrpura o roja).
- 4 = Piel rota o abrasión. Las pruebas realizadas por Lahti et al. en 1993 demostraron una adecuada correlación entre la escala visual del eritema y un colorímetro específico de fibra óptica para medir el eritema (*Diastron Erythema meter*).



ESCALA DE MEDIDA DE LA LESIÓN PERINEAL (PERINEAL ASSESSMENT TOOL - PAT-)

Infecciones secundarias del tracto urinario (ITU).

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

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

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

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

Algunos autores han sugerido que los absorbentes podrían desempeñar un papel en la patogénesis de las infecciones urinarias en personas con incontinencia(17). De hecho, en el estudio de Ragnhild Omli et al (2010), en sus conclusiones finales asoció el mal uso de absorbentes a un mayor riesgo de desarrollar ITU.

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



12. PRESCRIPCIÓN Y VISADO DE ABSORBENTES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

Dentro de este apartado de prescripción, hablaremos más atentamente sobre la prescripción enfermera, que se establece según el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

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

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

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

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

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

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



12.1. ALGORITMO DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Una vez visto el algoritmo de decisión de los diagnósticos enfermeros para IU (apartado 8), nos disponemos a aplicar éste para los AIU con un instrumento práctico que le permita al personal enfermero actuar en pacientes con incontinencia urinaria (IU), con el fin de promover y ofrecer respuestas adecuadas a sus necesidades.

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

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

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

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

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

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

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

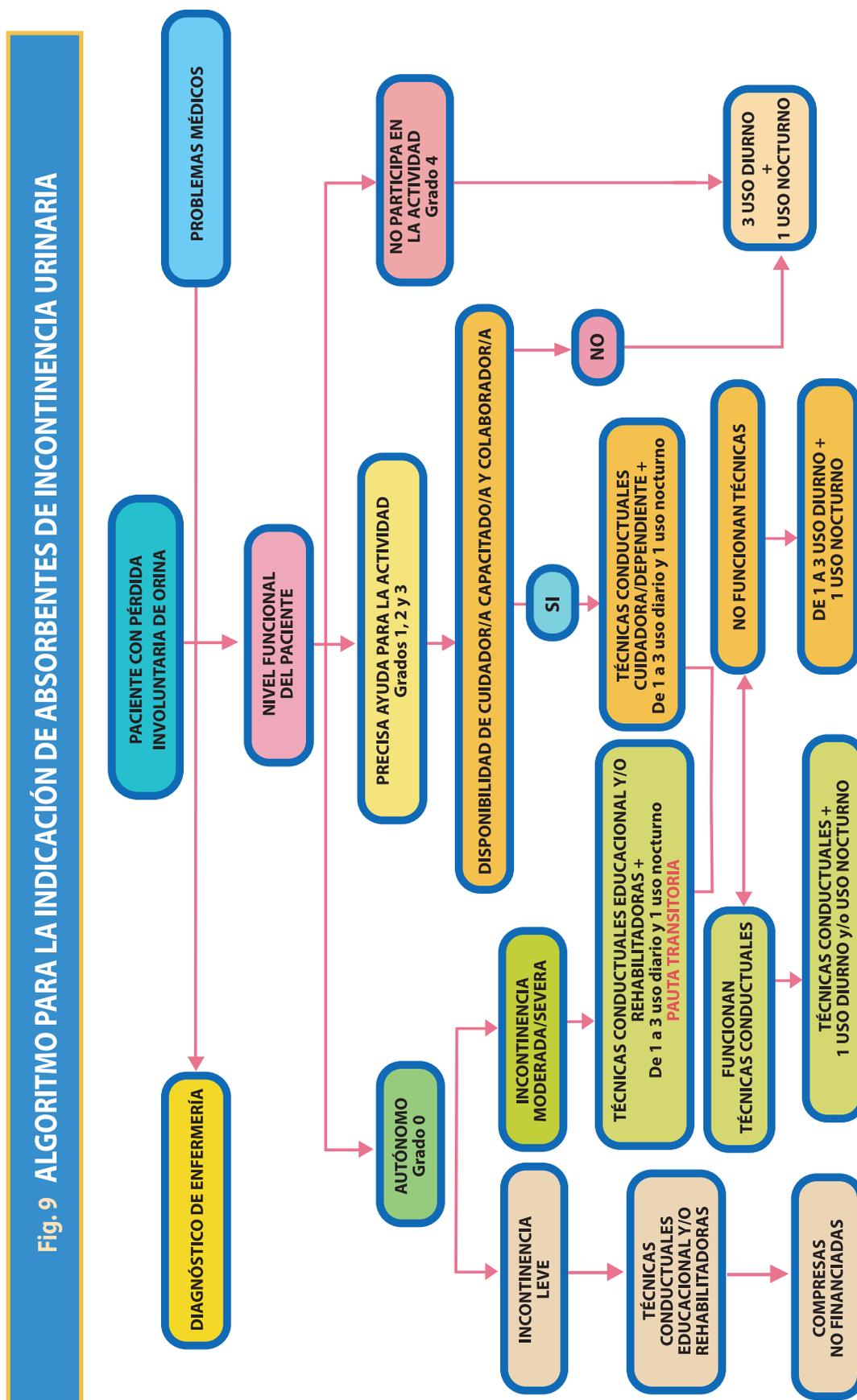
Paso 6. Se realizará una evaluación continua sobre el uso del producto durante todo el proceso asistencial prestado al paciente.

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

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



FIGURA 9. ALGORITMO PARA LA INDICACIÓN DE ABSORBENTES. Burgos Sánchez, J.¹⁷





La diversidad de absorbentes que existen en el mercado con variada y confusa nomenclatura origina frecuentes errores tanto en la prescripción como en el visado, y dispensación con las consiguientes molestias para el paciente, y el coste adicional que conlleva estas situaciones. Además, no todas las marcas comerciales disponen de toda la variedad de absorbentes que existen, lo que provoca a veces una diferencia entre el absorbente prescrito, el visado y el dispensado en las farmacias.

Para evitar estos problemas, la receta médica o de enfermería debe incluir los siguientes datos mínimos:

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

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

12.2. VISADO

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

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



12.3. ELECCIÓN DEL TIPO DE ABSORBENTE ADECUADO EN LA PRESCRIPCIÓN: ERRORES MÁS FRECUENTES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA SELECCIÓN DEL TIPO DE ABSORBENTE PARA LA PRESCRIPCIÓN INDIVIDUALIZADA A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON INCONTINENCIA

Para ayudar al profesional sanitario a realizar una prescripción adaptada a las necesidades individuales de la persona con incontinencia, adjuntamos la siguiente tabla de recomendación del tipo de absorbente a utilizar, basado en perfiles de pacientes (autonomía, nivel de IU, y el tipo de incontinencia).

Con el objetivo de conseguir eficiencia en la prescripción y en el uso de los absorbentes se recomienda al profesional sanitario informar a la persona con incontinencia y/o su cuidador de todos los tipos de absorbentes adecuados a su perfil, y consensuar la elección del mismo.

1. AUTONOMÍA DEL PACIENTE	PACIENTE CON AUTONOMÍA (AUTOCUIDADO)			PACIENTE DEPENDIENTE (NECESITA AYUDA)	
2. NIVEL DE INCONTINENCIA CANTIDAD DE PERDIDA Y FRECUENCIA	LEVE Unas gotas o un poco más, o una cantidad considerable 1 o varias veces al mes.	MODERADA Unas gotas o un poco más Varias veces en semana o a diario y/o de noche.	GRAVE Una cantidad considerable Varias veces en semana o a diario y/o de noche.	MODERADA Unas gotas o un poco más Varias veces en semana o a diario y/o de noche.	GRAVE Una cantidad considerable Varias veces en semana o a diario y/o de noche.
3. RECOMENDACIÓN TIPO DE ABSORBENTES (por orden de preferencia)**	Compresas para I.U.*	Pants.		Anatómico con elásticos.	
	Pants.	Anatómico con cinturón.		Pants.	
	Anatómico (2 piezas).	Anatómico con elásticos.		Anatómico con cinturón.	

*No financiado por Seg. Social.

**CLASIFICACIÓN DE ABSORBENTES basado en la Norma UNE -EN ISO 15621:2017 y la Guía de Atención a Personas con Incontinencia AEU5. Nivel/Grado de incontinencia basado en el test de gravedad de la IU de Sandwik.

Los absorbentes tipo Pants, Anatómico con cinturón y Anatómico con elástico son recomendados para personas con incontinencia urinaria y fecal.



La recomendación de un tipo de absorbente u otro dependerá del perfil del paciente:

- **Invalidez funcional del paciente:** El grado de movilidad facilita el uso de técnicas de vaciado de la vejiga programado y contribuye a un menor uso de pañales, por lo menos durante el día.
- **Tipo de Incontinencia y nivel de incontinencia** de la persona (leve, moderado o grave)
- **Necesidad de uso de absorbentes** para todo el día o sólo durante la noche.
- **Presencia de cuidador capacitado y colaborador**, tanto en la ayuda con la movilidad del paciente como con el cambio de absorbentes.
- **Preferencia del paciente/cuidador:** Importancia de informar a la persona con incontinencia / cuidador de todos los tipos de absorbentes y consensuar la elección con ellos.

ERRORES Y RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA ELECCIÓN

Utilizar absorbentes de talla excesiva, con el fin de lograr una mayor absorción, ya que no existe relación entre ambas:

- **Determinaremos la talla** con la complexión física de la persona con incontinencia.
- Existe la creencia que a mayor talla mayor absorción, sin embargo, en **cada talla existe absorciones diferentes**.
- Al utilizar una talla mayor a la complexión física de la persona con incontinencia **augmentamos el riesgo de derrames** con el consiguiente deterioro de la Calidad de Vida de la persona y el aumento de consumo.

Elegir absorbentes supernoche durante el día para evitar cambios. Los absorbentes supernoche se utilizarán en el periodo nocturno o en aquellos casos que por comorbilidad lo requiera. Indicar absorbentes supernoche cuando hay incontinencia fecal y urinaria, en cuyo caso no es necesaria una mayor absorción, sino aumentar la frecuencia de cambios.

ERRORES Y RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA UTILIZACIÓN

ERRORES

Utilizar dos absorbentes superpuestos (generalmente uno de tipo rectangular dentro de un anatómico elástico o uno de tipo Pants), con la creencia de que esto proporciona una mejor protección. La utilización de dos absorbentes resulta en Incremento del riesgo de derrames, por lo que se hacen más cambios y cambio de ropa, Aumenta la temperatura, provoca infecciones, favorece la rotura de piel por fricción.

No Potenciar la forma de cuenco desplaza el núcleo del absorbente y desaparece la forma de cuenco, incrementando el riesgo de derrames. Es por ello que se debe doblar longitudinalmente el absorbente; no sacudirlo y ajustar el absorbente en la zona de la ingle potenciando la forma de cuenco, para evitar derrames.



RECOMENDACIONES

Colocar y retirar el absorbente de la parte más limpia hacia la parte más sucia, con esta práctica evitaremos bacteriuria y vaginitis.

Utilizar el Indicador de Humedad al realizar los cambios de esta manera no molestaremos innecesariamente a la persona con incontinencia y contribuiremos a controlar el gasto.

Se ha desarrollado una tabla resumen para facilitar las decisiones de la enfermera para elaborar un plan de cuidados para personas con incontinencia, relacionando el diagnóstico de enfermería para personas con incontinencia urinaria, nivel de funcionalidad de la persona, severidad de la incontinencia, medidas reparadoras adecuadas para cada caso, y los absorbentes recomendados (ver Anexo II)

13. INDICADORES DE SEGUIMIENTO PARA GARANTIZAR EL MEJOR CUIDADO DE LA CONTINENCIA

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

- **Proporción del personal con las habilidades** necesarias para llevar a cabo una evaluación de la continencia e iniciar un plan para ir al baño y tratar la continencia (estructura).
- **Proporción de personas con incontinencia que reciben protectores** junto con una valoración documentada y formulación de una planificación para ir al baño y tratar la continencia (proceso).
- **Número medio de días desde la derivación hasta la valoración** para personas con incontinencia que requieren de una planificación para ir al baño y tratar la continencia (proceso).
- **Proporción de personas** cuya estrategia para ir al baño y de contención se revisa (proceso).
- **Proporción de personas con incontinencia que reciben formación** sobre planificación para ir al baño y tratar la continencia (proceso).
- **Proporción de personas con incontinencia que se consideran aptas** para una de una planificación para ir al baño y tratar la continencia a las que se les ofrece una selección de productos tras haber realizado la valoración de la incontinencia* (proceso).



- **Proporción de personas dependientes con incontinencia** que reciben una planificación para ir al baño y tratar la continencia y que son capaces de gestionar su incontinencia de manera independiente (resultado).
- **Proporción de personas con incontinencia y dermatitis** asociada a la incontinencia (DAI) que reciben una planificación para ir al baño y tratar la continencia (resultado).
- **Proporción de personas con incontinencia con una sonda permanente** para gestionar la incontinencia (resultado).
- **Proporción de personas con incontinencia gestionada mediante una planificación** para ir al baño y tratar la continencia que afirman tener niveles de acceso “buenos” o “aceptables” y ayuda en el acceso a instalaciones de aseo en su vida diaria (resultado).
- **Personas con incontinencia gestionada mediante una planificación** para ir al baño y tratar la continencia que afirman tener un bienestar emocional continuo o mejorado* (resultado).
- **Proporción de personas que gestionan la incontinencia con una planificación** para ir al baño y tratar la continencia que pueden seguir trabajando o realizar trabajos (resultado).
- **Proporción de familiares cuidadores de personas con incontinencia que declaran un bienestar emocional** de nivel aceptable (resultado).
- **Coste de ingresos y reingresos hospitalarios** relacionados con una mala gestión de la planificación para ir al baño y tratar la continencia (resultado).

14. PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria no aparece sólo en personas mayores es un problema mucho más frecuente de lo que la gente cree, que provoca problemas higiénicos, sociales y psicológicos. Su prevención, al igual que en el resto de los trastornos sanitarios, es fundamental. Como inicio y de forma general deberíamos:

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

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

- Seguir una dieta equilibrada y evitar la obesidad.
- Regular hábitos intestinales.
- En la menopausia valorar la terapia hormonal sustitutiva.



- Correcta preparación parto.
- Continuar con actividades y ejercicios específicos postparto.
- Practicar ejercicios para el fortalecimiento de los músculos pélvicos.
- Evitar prácticas deportivas que requieran saltos e impactos.
- Evitar prendas muy ajustadas.

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

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

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

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



15. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PERSONA CON INCONTINENCIA

El grado de sufrimiento psíquico depende de la etiología de la enfermedad, de la personalidad del paciente y de la estabilidad psíquica.

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

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

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

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



16. FUTURO, INVESTIGACION E INNOVACIÓN DEL SIGLO XXI EN MANEJO DE INCONTINENCIA

El futuro del manejo de la continencia pasa por **potenciar la atención centrada en la persona**, poniéndola en primer lugar en la toma de decisiones de su salud.

La atención centrada en la persona es un concepto bien establecido en Suecia, que puede empoderar a la vez, tanto a las personas que viven con incontinencia, como a los profesionales de la salud. En 2015, se aprobó legislación en Suecia para garantizar que los pacientes tengan derecho a la codecisión. El estándar sueco de atención centrado en la persona inspiró un estándar europeo que se lanzó en el verano de 2020 y actualmente se está implementando en 13 países (*fuentes: Swedish standard, Patient involvement in health care - Minimum requirements for person-centred care, EN 17398:2020*),

La atención centrada en la persona difiere de los modelos de tratamiento tradicionales que ven más a la persona como el receptor de una intervención médica. El concepto generalmente implica desarrollar planes de salud individuales junto con la persona para ver y comprender todo el recorrido de la persona en el sistema de salud, y asegurar la mejor atención posible durante todo el proceso.

Un enfoque de atención centrado en la persona puede ayudar, pero también es **necesario involucrar a la enfermera en el cuidado de la continencia**, con el objetivo de garantizar una atención adecuada y eficiente. El centro de dicha atención debe ser el plan de cuidados individualizado, haciendo participe del mismo a la propia persona con incontinencia y/o su cuidador. Para ello, es necesario manejar correctamente las herramientas y tener el conocimiento adecuado para realizar las evaluaciones de continencia contemplando todas soluciones disponibles. Es muy necesaria la formación en este ámbito de la enfermera pues es clave para garantizar una atención adecuada y eficiente.

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

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

A menudo, los productos y dispositivos necesarios, la capacidad de producirlos y la evidencia que respalda su beneficio no están sincronizados. La confusión, la falta de confianza o la frustración por parte del paciente-consumidor o clínico obstaculiza la atención apropiada de continencia (*Newman, D. K., & Palmer, M. H. (Eds.). (2003, March). State of the science on urinary incontinence. American Journal of Nursing, 3 (Supplement), 2-53.*)

Por lo que **se ve necesario apoyar una colaboración más integrada en la que investigadores corporativos, clínicos y académicos como socios iguales en todas las fases del proceso de investigación.**



Los colaboradores en este modelo determinarían y priorizarían conjuntamente las preguntas que se investigarán; tener entrada en el diseño, procedimientos y medidas de resultado; **permitir la propiedad conjunta de los resultados de manera transparente**; interpretar los resultados con el beneficio de múltiples perspectivas; Y estar seguros de que los resultados serían difundidos.

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

Un área muy concreta donde desarrollar investigación para el manejo de la continencia es la medición del impacto en salud y calidad de vida en las personas con incontinencia tras la implantación, por parte de la enfermera, de un modelo de evaluación de la continencia global de la persona y el establecimiento de un plan de cuidados individualizado.

Innovación en el cuidado de la continencia: Dado el estado de la ciencia y la utilización de la tecnología para el cuidado de la continencia, se necesita el desarrollo de nuevos productos y procesos que puedan fomentarse mediante una estrategia innovadora.

Uno de los caminos para mejorar el manejo de la continencia es la innovación tecnológica, ofreciendo a través del internet de las cosas registros de datos para evaluar con precisión el patrón natural de evacuación de la vejiga en cada persona, y brindar una atención personalizada sobre la continencia urinaria, reflejado en un plan de cuidados individualizado, integrando un programa de asistencia para el uso del inodoro. Ya existen estudios que han demostrado los beneficios de la tecnología en la evaluación y gestión de la Continencia Urinaria (*Ostaszkievicz, Chestney & Roe 2010; Lancioni et al 2011; Koutsojannis, Lithari & Hatzilygeroudis 2012; Yu et al 2012a, b; Nikoletti, Young and King (2004).*)

La atención a las personas con incontinencia en la atención sanitaria está a punto de transformarse de un enfoque de “chequeo y cambio” a soluciones digitalizadas de más alta tecnología, mejorando la calidad de vida de las personas y mejorando las condiciones de trabajo de los cuidadores.

Por ejemplo, ya existen soluciones con sensores que indican cuándo se deben cambiar los absorbentes de incontinencia, especialmente para las personas que no pueden expresar su necesidad de una asistencia para el inodoro o un cambio de absorbente.

Estas soluciones con sensores pueden ayudar a evitar intervenciones innecesarias para ayudar al cuidador profesional o familiar a saber cuándo es realmente necesario cambiar los absorbentes al mismo tiempo que a respetar la dignidad y salud de la persona con incontinencia: el cambio de un absorbente de incontinencia de manera innecesaria por la noche puede perturbar el sueño y la dignidad de la persona con incontinencia, lo que lleva a la fatiga y la reducción del apetito, etc... y afecta la calidad de vida en general. Al mismo tiempo contribuye a reducir la tensión emocional del cuidador por el chequeo continuo del nivel de saturación del absorbente, especialmente por la noche. También puede conducir a un desperdicio de recursos.



Este tipo de tecnología de salud digital, en combinación con productos absorbentes adecuados de atención de la continencia, pueden ayudar a garantizar una atención de buena calidad a las personas con demencia, pues tienen dificultades para expresar la necesidad de ir al baño. El uso de esta tecnología ayuda a evitar el uso excesivo de productos, así como su uso ineficiente, que podría conducir a problemas de higiene y piel. Así, se pueden lograr buenos resultados tanto para el individuo como para los cuidadores, al tiempo que se garantiza el uso efectivo de los recursos disponibles proporcionados por los pagadores de atención médica.

Uno de estos dispositivos es TENA SmartCare™: Un dispositivo digital de tecnología de la salud que notifica al cuidador cuándo cambiar el producto para la incontinencia. Las notificaciones se reciben en un teléfono inteligente individual o en un panel de control en una residencia de ancianos.

Otro ejemplo de soluciones que ya están utilizándose en diferentes países, son las que ayudan a establecer de manera objetiva el patrón miccional de la persona con incontinencia, permitiendo a las enfermeras establecer un plan de cuidados individualizado, y facilitando, por ejemplo, el establecimiento vaciamiento programado, o la indicación de manera objetiva del número de absorbentes y absorción necesarios para el manejo de la incontinencia.

TENA Identifi™ Utiliza un absorbente con sensores incorporados para registrar el patrón miccional de una persona durante 72 horas, para ayudar a hacer un plan personal de aseo y contención individualizado, basado en visitas al baño asistidas y productos de contención.

Para garantizar una adopción de las nuevas herramientas tecnológicas desarrolladas y las que están por venir, se necesita un marco político moderno que se base en la medición del valor en salud aportado por la tecnología, cara a financiar estos dispositivos de tecnología sanitaria digital.

Se debe tener en cuenta el valor global creado para las personas, la sociedad, y los sistemas de salud evitando centrarse únicamente en el coste por pieza o intervención. Esto es importante para seguir promoviendo nuevas inversiones en innovación, investigación, nuevas formas de trabajar y digitalización.



17. ANEXOS

ANEXO I: GUÍA PARA CUIDADORES

Esta sección de la guía pretende ayudar al usuario y la familia para comprender el problema de la incontinencia urinaria. Sirviendo de orientación y ayuda a la hora de tomar decisiones para el cuidado de la persona con incontinencia.

Ante cualquier duda, consultar con su médico y profesional enfermero, que será los que le asesorarán. La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina de causas variables, y que es más común en personas mayores.

Tengo incontinencia o soy algún familiar de una persona con incontinencia, ¿qué debo hacer? Es preciso ver en qué grado de incontinencia padece su familiar, su estado general, patologías previas, complejidad física, estado cognitivo, habilidad... y, en cada caso, cuál es el tratamiento adecuado que debe seguir.

Acuda a su médico o profesional de enfermería y ellos lo asesorarán.

1. CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL CUIDADOR. PREGUNTAS Y RESPUESTAS

■ ¿Qué tipo de absorbentes debería usar?

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

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

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

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

Es conveniente que siga algunas pautas:

- Mantener el paciente limpio y seco.
- Revisar los absorbentes con frecuencia.
- Cambiar el absorbente cuando sea preciso, para ello los absorbentes están provistos de un indicador de humedad en la parte exterior que son unas bandas que cambian de claro a oscuro, a medida que se van saturando con la orina.



- Prevenir las maceraciones de las zonas de más riesgo, como sacro, nalgas y órganos genitales y evitar tener mucho tiempo el absorbente sin cambiar, controlando también las deposiciones, e hidratando bien la piel mediante cremas y con una buena aportación de líquidos.
- Controlar la eliminación de las heces en los pacientes con incontinencia fecal, utilizar absorbentes de menor absorción y realizar cambios más frecuentes.
- Comprobar en cada cambio que no haya enrojecimiento o irritación de la piel.

Si esto ocurre, comuníquese a su enfermera.

- Realizar una higiene adecuada de la zona del absorbente tenga en cuenta que el contacto prolongado de la orina con la piel aumenta el riesgo de infecciones y favorece la irritación y la aparición de lesiones cutáneas.
- Vigile el color y el olor de la orina. Si nota cambios que le llamen la atención, consulte con su médico o personal de enfermería.
- Evitar largos períodos de inmovilidad, hacer cambios posturales en el paciente encamado o sentado y, siempre que sea posible, animar a la deambulación.
- Favorecer un vestuario cómodo con ropas flojas y fáciles de abrir y manejar.
- Seguir las normas de colocación de los absorbentes según la situación del paciente (encamado, sentado, deambulante...), evitando las dobleces y los desplazamientos.

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

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

Higiene y lavado de genitales:

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

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



Procedimiento de lavado en la mujer:

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

Procedimiento de lavado en el hombre:

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

Es necesario mantener una buena hidratación de la piel. Esto se consigue manteniendo por una parte una aportación adecuada de líquidos en la dieta y utilizando cremas o aceites hidratantes.

Limpie bien el material utilizado en el lavado antes de guardarlo.

■ ¿Debo tener alguna precaución especial cuando cambio el absorbente?

En cada cambio de absorbente es conveniente seguir los siguientes pasos:

- Lave las manos antes y después de cada cambio de absorbente.
- Retire el absorbente por la parte posterior del cuerpo del usuario.
- Si la persona tiene problemas de movilidad, asegúrese de que tenga un punto de apoyo.
- Si la persona está en la silla de ruedas, es conveniente apoyar el respaldo contra la pared y frenarla para evitar que se desplace.
- Realice una higiene adecuada de la zona del absorbente. Es recomendable el uso de toallitas de adulto 3 en 1, que aseguran la limpieza correcta, dejando hidratada la piel.
- Coloque el absorbente por la parte de delante del cuerpo.
- En el caso de uso de absorbentes anatómicos o de dos piezas, asegúrese de que las costuras de las mallas que sujetan el absorbente estén hacia fuera, así evitará que rocen o hagan presión sobre la piel.



■ **¿Con qué frecuencia debo cambiar el absorbente?**

Los productos actuales permiten espaciar los cambios de absorbente manteniendo la piel seca. La frecuencia de cambio es variable, dependiendo del tipo de alimentación y de la cantidad de líquidos que se ingieran.

La mayoría de los absorbentes tienen un indicador de humedad. Se trata de una pequeña banda en la zona exterior que cambia de color cuando es preciso el cambio.

Si usa un absorbente elástico, recuerde que las tiras adhesivas permiten abrirlos y cerrarlos repetidas veces. Eso posibilita que pueda orinar en el baño o en un recipiente adecuado, sin tener que desecharlo.

Ante cualquier duda, consúltela con su médico o profesional de enfermería.

■ **¿Qué tipos de absorbentes existen y cuál debo utilizar?**

Hay muchos tipos de absorbentes diferentes según su forma, talla y absorción, que se adaptan a las necesidades individuales y preferencia de cada persona.

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

Hay muchos tipos de absorbente diferentes (anatómico, anatómico elástico, anatómico cinturón, pants, rectangular, o compresas femeninas o masculinas). Unos permiten ponérselo por sí mismo sin necesidad de ayuda, otros que facilitan la colocación al cuidador, etc... es muy importante conocer todos los tipos antes de comunicar la preferencia al profesional sanitario.

La selección de la talla correcta es fundamental a la hora de asegurar que la persona esté siempre seca, y evitar las posibles fugas o derrames de orina.

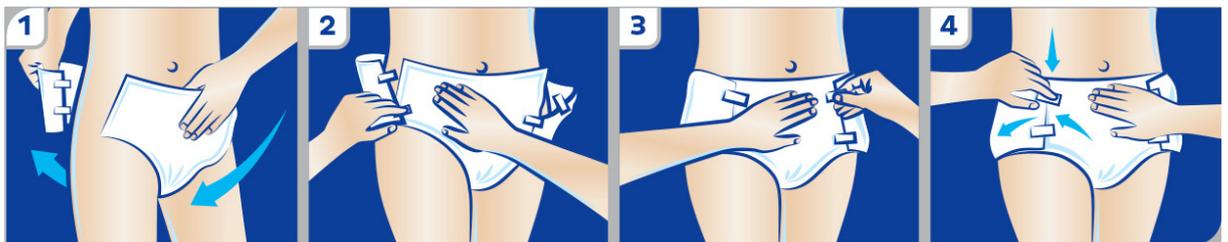
■ **¿Cuál es la forma más adecuada de colocar un absorbente?**

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



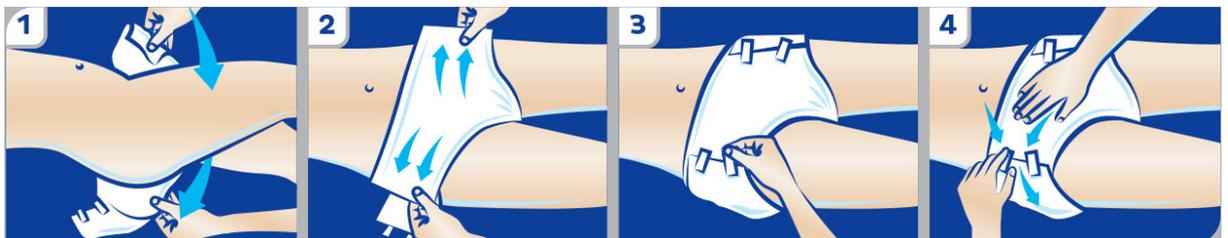
2. GUÍA DE COLOCACIÓN DE LOS ABSORBENTES SEGÚN EL TIPO DE ABSORBENTE, LA POSTURA DEL PACIENTE Y EL SISTEMA DE SUJECIÓN

Fig. 11. Absorbente Anatómico con elásticos: posición de pie



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

Fig. 12. Absorbente Anatómico con elásticos: posición acostado



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

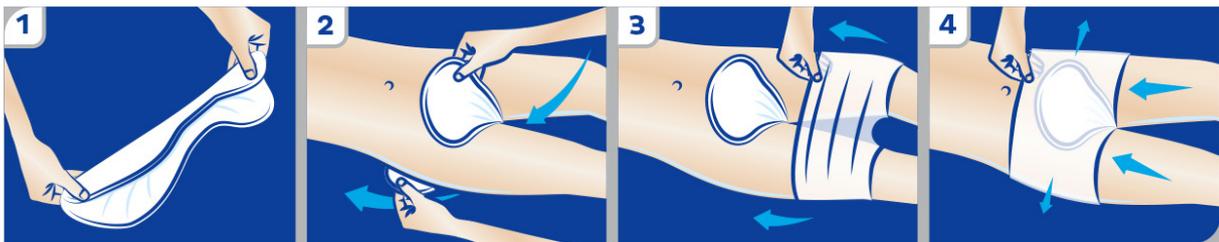


Fig. 13. Absorbentes con malla (anatómicos y rectangulares): posición de pie



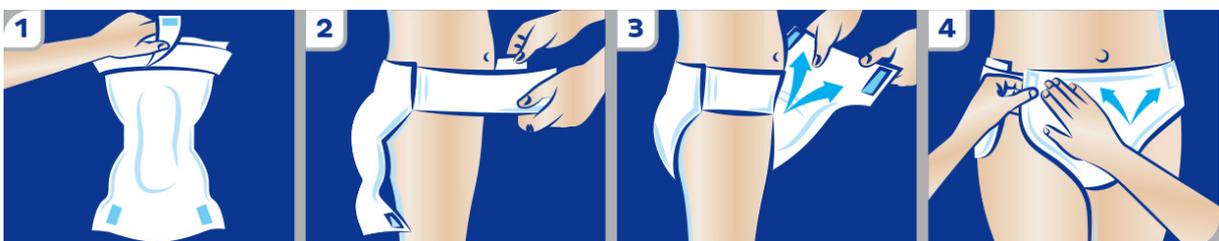
1. Colocar la malla a la altura de las rodillas.
2. Pasar el absorbente entre las piernas.
3. Abrir la parte posterior del absorbente y fijarlo a las nalgas.
4. Subir la malla colocando primero la parte de atrás estirándola bien.
5. Estirar la parte de delante y subir bien la malla cubriendo el vientre.

Fig. 14. Absorbentes con malla (anatómicos y rectangulares): posición acostado



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

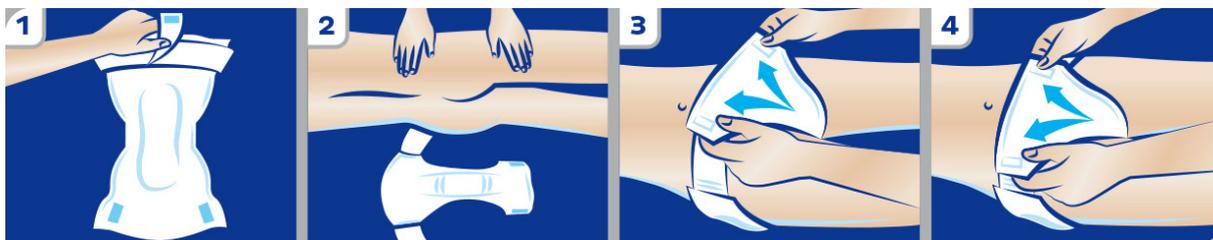
Fig. 15. Absorbentes Anatómico con cinturón: posición de pie



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

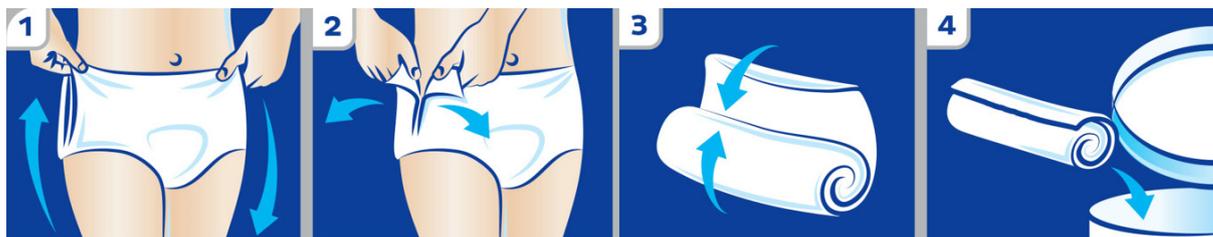


Fig. 16. Absorbentes Anatómico con cinturón: posición de tumbado



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

Fig. 17. Absorbentes tipo Pants



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

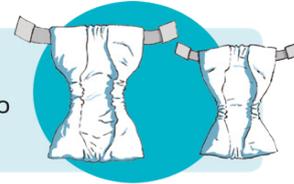


3. DIEZ CONSEJOS FUNDAMENTALES PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN Y PREPARACIÓN DE UN ABSORBENTE

1

ELEGIR UNA TALLA ADECUADA A LA COMPLEXIÓN FÍSICA:

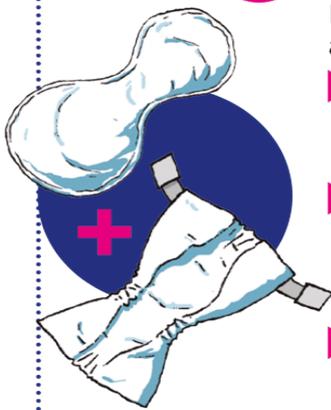
si utilizamos una talla más grande, el absorbente no se ajustará correctamente, aumentando el riesgo de fuga.



2

EVITAR LA UTILIZACIÓN DE DOS ABSORBENTES A LA VEZ.

Esta práctica no solo no aumenta la capacidad de absorción:



- ▶ **Incrementa el riesgo de derrames**, ya que desajustamos la forma anatómica, y facilitamos la salida de la orina (fuga)
- ▶ **Aumento de la temperatura** de la piel por el sudor y la humedad, provocando maceración en el tejido con el consiguiente riesgo de rotura e infecciones (alteración del microclima)
- ▶ **Rotura de la piel por fricción**: rotura de la piel por cizallamiento al manipular y friccionar el absorbente interior.

3

POTENCIAR LA FORMA DE CUENCO AL COLOCAR LOS ABSORBENTES:

para conseguirlo hay que doblar longitudinalmente el absorbente sobre sí mismo.



4

EVITAR SACUDIR EL ABSORBENTE ANTES DE COLOCARLO

para mantener la forma anatómica y favorecer así el ajuste adecuado en la zona inguinal. Si el pañal es sacudido, se desplazarán las partículas súper absorbentes (SAP) y el núcleo de absorción, lo que incrementa el riesgo de derrames.



5

AJUSTAR BIEN LOS ABSORBENTES A LA INGLE, con las barreras antifugas y potenciando la forma de cuenco.





6

REVISAR EL INDICADOR DE HUMEDAD: el indicador de humedad en los absorbentes TENA es una línea amarilla que cambia de color y determina la saturación del absorbente, por lo que **nos informa de cuándo debemos cambiarlo**. Al cambiar el absorbente siempre nos guiaremos por el indicador de humedad, de esta forma no infrutilizamos el producto.



7

EVITAR LA APLICACIÓN DE SUSTANCIAS ADICIONALES en el absorbente ya que impide la correcta absorción de la orina.



8

EVITAR LA PERFORACIÓN DEL ABSORBENTE ya que el SAP puede salir del interior provocando irritaciones.



9

RETIRAR EL ABSORBENTE DE DELANTE HACIA ATRÁS (parte más limpia a más sucia) para evitar infecciones.



10

Seguir cuidadosamente las **INSTRUCCIONES DE COLOCACIÓN** de cada tipo de absorbente.



Siguiendo estos 10 pasos: Evitaremos derrames, irritaciones en ingle, infecciones innecesarias, utilizaremos el absorbente en su justa medida, lo que contribuirá a aumentar la calidad de vida de la persona con incontinencia.



4. PRESCRIPCIÓN Y VISADO DE ABSORBENTES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

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

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

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

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

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

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



ANEXO II: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PARA PERSONA CON I.U.: MEDIDAS REPARADORAS Y PALIATIVAS (Absorbente)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PARA PERSONA CON I. U., MEDIDAS REPARADORAS Y PALIATIVAS (ABSORBENTE)					
SITUACION DEL PACIENTE					
Nivel de funcionalidad	Diagnóstico de enfermería	Medidas reparadoras	Severidad de la incontinencia	Absorbente recomendado	Observaciones
Autónomo (ambulante)	I. U Esfuerzo (Etiqueta diagnóstica)	Ejercicios suelo pélvico (cinesiterapia, hipopresivos, electroestimulación).	Leve. Moderada. Grave.	Moderada: Pants. Grave: Pants.	Leve, no financiada: Compresas femeninas/ masculina. La pauta recomendada estará determinada por las recomendaciones de la organización sanitaria correspondiente.
	I. U Funcional (etiqueta diagnóstica)	Entrenamiento del hábito: Reeducción vesical. Vaciamiento programado. Vaciamiento motivado.	Leve. Moderada . Grave.	Moderada: Pants. Grave: Pants o Anatómico con cinturón.	
	I.U Urgencia (etiqueta diagnóstica)	Entrenamiento del hábito: Reeducción vesical. Vaciamiento programado. Vaciamiento motivado.	Leve. Moderada. Grave.	Moderada: Pants. Grave: Pants o Anatómico con cinturón.	
	I. U Refleja (etiqueta diagnóstica)	Sondaje vesical intermitente. Vaciamiento programado. Doble vaciamiento.	Moderada. Grave.	Moderada: Anatómico con elásticos. Grave: Anatómico con elásticos.	
Dependiente (no deambula)	I. U Funcional (etiqueta diagnóstica) I. U Total (etiqueta diagnóstica) I.U Refleja (etiqueta diagnóstica)	Valorar.	Moderada. Grave.	Moderada: Anatómico con elásticos o Pants. Grave: Anatómico con elásticos o Pants .	La pauta recomendada estará determinada por las recomendaciones de la organización sanitaria correspondiente.



ANEXO III: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA - MUJERES

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

ANEXO IV: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA - HOMBRES

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



ANEXO V: “PAD TEST” O TEST DE LA COMPRESA” DE 1 HORA. (SOCIEDAD INTERNACIONAL DE INCONTINENCIA)

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

SEVERIDAD INCONTINECIA

- Continente: ≤ 1 gramo
- Leve: 1,1 - 9.9 gramo
- Moderado: 10-49,9 gramo
- Servera: ≥ 50 gramos



ANEXO VI: GRADUACIÓN DE SEVERIDAD DE SANDVIK

Preguntar:

¿Cuántas veces experimenta escapes de orina?

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

¿Cuánta orina pierde cada vez?

- 1 = gotas o poco más
- 2 = más

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

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



ANEXO VII: DIARIO MICCIONAL

INSTRUCCIONES PARA RELLENARLO

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

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

Clasificación de la urgencia en grados de 0 a 4:

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

- **ESCAPE DE ORINA (PÉRDIDA INVOLUNTARIA, INCONTINENCIA) y tipo:** indique si tiene escapes o pérdidas accidentales de orina, y si los escapes son:
 - **Incontinencia de urgencia:** el escape de orina se produce por un deseo fuerte y repentino de orinar.
 - **Incontinencia de esfuerzo:** pérdida de orina causado por cualquier esfuerzo (tos, coger peso,...), ejercicio (saltar, caminar deprisa,...) o movimiento (levantarse,...). No se acompaña de urgencia.
- **MUDA:** apunte si se cambia ropa interior, pañal, salva slip o compresa,... por pérdida de orina
- **BEBIDA:** apunte la cantidad de líquido de cualquier tipo que tome (ml o cc)
- **NO OLVIDE PONER LA HORA A LA QUE SE ACUESTA Y A LA QUE SE LEVANTA**



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

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

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

Autor: MA Jiménez Cidre©. Urólogo



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

Nombre _____ Apellidos _____

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

Claves del resumen del diario

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

Autor: MA Jiménez Cidre©. Urólogo



ANEXO VIII: ÍNDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT

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

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

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



Bibliografía:

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

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

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



El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

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

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Si es independiente en cuatro de las seis actividades, 2 puntos. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Si nos atenemos al orden jerárquico del Índice de Katz y comparamos ambas puntuaciones, veremos que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Referencias:

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

• Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. *Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método.* Aten Prim 1992, 10: 812-81.



18. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Diomende F et al. *European guidelines on urinary incontinence* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://wfip.org/wp-content/uploads/2015/06/European-guidelines-on-urinary-incontinence.pdf>.
- Verdejo Bravo C. *Informe ONI: Prevalencia de la I.U. en España 2009* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 19]. Available from: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf.
- Morilla J, Contreras E, Morales J, Martín F, Gómez L, Izquierdo J, et al. *Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. 2007. 57-74 p.*
- Palese A, Regattin L, Venuti F, Innocenti A, Benaglio C, Cunico L, et al. *Incontinence Pad Use in Patients Admitted to Medical Wards. J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2007 Nov [cited 2019 Jan 19];34(6):649-54. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00152192-200711000-00011>.
- Álvarez Nieto J, Caamaño Barreiro M, Campos Pardo I, Cebreiro Suárez C, Cendán Verés M, Escariz Torres J, et al. *Guía de buen uso para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia. Santiago 2007.*
- Vila Coll MA, Flores Claramunt E, Fernández Parces MJ. *Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria. Cuad de gestión* 1997; 3: 147-156.
- JS Burti, AM Barsante Santos, RRM Pereire, JP Zambon, AP Marques. *Prevalencia y características clínicas de la incontinencia urinaria en ancianos de bajos ingresos Archivos de gerontología y geriatría, 54 (2) (2011) , pp. E42 - e46.*
- Abrams, PA, Cardozo, L., Khoury, S., y Wein, A. (2009). *Incontinencia* , http://www.ics.org/Publications/ICI_4/book.pdf .
- Rebollo Álvarez P, Espuña Pons M. *Situación del diagnóstico y tratamiento de la IU en España. Arch Esp Urol* 2003;56(7):755-74.
- Espuña Pons-M, Brugulat P guiteras, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. *La prevalencia de la Incontinencia Urinaria en Cataluña, España. Med Clin (Barc)* 2009 3 de agosto. [Epub ahead of print] [PubMed].
- Damián J, Brenes f, Pastor-Barruso R, Salinas J. *Estimación de la prevalencia de Incontinencia Urinaria en España a partir de estudios publicados recientes. LXXIII Congreso Nacional de Urología. Barcelona, 13 al 16 de junio de 2008.*
- Martínez Agulló E, Arlandis Guzman S, Ruíz Cerdá JL y Jiménez Cruz F. *Incidencia y prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España. Monografías de Medicina Clínica. Incontinencia Urinaria* 2003;4(3):1-3.
- Damián J, Martín Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cervino J, Redondo-Márquez L, et al. *Prevalence of urinary incontinence among older Spanish people living at home. Eur Urol* 1998; 34:333-8.



- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., y Tjadens, F. (2011). ¿Se busca ayudante? Proporcionar y pagar por atención a largo plazo, http://www.oecd.org/document/23/0,3746,en_2649_37407_47659479_1_1_1_37407,00.html.
- Eurostat, 2012 Eurostat, Estructura de la población y envejecimiento (2012).
- Teunissen TAM, Van Weel C, Lagro- Janssen ALM. Prevalence of urinary-, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J* 2004; 15: 10.
- A. Zisberg, C. Sinoff, N. Gur-Yaish, H. Admi, E. Shadmi In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older *J Am Geriatr Soc.*, 59 (2011), pp. 1099-1104.
- Abrams, P.; Cardozo, L.; Khoury S. et al. INCONTINENCE. 2013.
- Leñero E, Castro R, Viktrup L, Bump RC. ARTÍCULO ORIGINAL Neurofisiología del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria [Internet]. Vol. 67, *Rev Mex Urol*. 2007 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2007/ur073e.pdf>.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* [Internet]. 2003 Jan [cited 2018 Dec 2];61(1):37-49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559262>.
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. 2004;1-25.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (28 de marzo del 2014). 2014;1-29.
- REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. *Boe*. 2005;108(7354):15480-6.
- Bellido Vallejo, C. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-3-1.pdf>
- NNNConsult [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/nic/5860>.
- Johnson, M.; Moorhead, S.; Bulechek G et al. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos Médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Elsevier. Barcelona.
- Arribas Cachá, A.; Aréjula Torres, J.L.; Borrego de la Osa R et al. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de Valoración de enfermería [Internet]. Madrid; 2006 [cited 2019 Jan 19]. Available from: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf.
- Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey JO, Keays C, Loughery R. Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management Clinical Practice Guideline Number 2 (1996 Update). *AHCPR* [en línea] 1996 Marzo [fecha de acceso 04 de febrero de 2006]; 96-0682. URL disponible en <http://www.incontinet.com/articles/AHCPR/ahcpr96.htm>.
- Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2004 [cited 2019 Jan 19];23(3):211- 22. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.20030>.



- Sanders S, Bern-Klug M, Specht J, Mobily PR, Bossen A. Expanding the Role of Long-Term Care Social Workers: Assessment and Intervention Related to Urinary Incontinence. *J Gerontol Soc Work [Internet]*. 2012 Apr [cited 2019 Jan 19];55(3):262-81. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01634372.2011.638702>.
- McKee KJ, Philp I, Lamura G, Prouskas C, Öberg B, Krevers B, et al. The COPE index--a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging Ment Health [Internet]*. 2003 Feb 9 [cited 2019 Jan 19];7(1):39-52. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/136078602100006956>.
- Steiner V, Pierce L, Drahuschak S, Nofziger E, Buchman D, Szirony T. Emotional Support, Physical Help, and Health of Caregivers of Stroke Survivors. *J Neurosci Nurs [Internet]*. 2008 Feb [cited 2019 Jan 19];40(1):48-54. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01376517-200802000-00008>.
- Cid Losada P, Rubio Revuelta J, de la Calle Gil M, Rodríguez Ríos M, Martínez Cordero M. Plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes sometidos a RTU. *Enfuro [Internet]*. 2005;(94):23-30. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099465>.



GUÍA ABREVIADA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA

