



PROTOCOLO DE CUIDADOS AL PACIENTE INCONTINENTE EN ATENCION PRIMARIA

Autores:

Clara Adsuara Pitarch. Enfermera, Coordinadora C.S. Palleter.
Amparo Barreda Aznar. Farmacéutica, Unidad de Farmacia Area 02.
Mar Barres Gausach. Enfermera, Coordinadora C.S. Artana.
Marisa Benet Salvador. Enfermera, Coordinadora C.S. Alcora.
José Vicente Bort Cubero. Enfermero, Coordinador C.S. Vall D'Uixó.
Ana Cervera Pitarch. Enfermera, C.S. Lucena.
Vicent Collado Marín. Enfermero, Coordinador S.A.U.
Antonio De Reyes Gonzalez. Enfermero, Director Area 02.
Gemma Ferrer Abad. Enfermera, Coordinadora C.S. Albocacer.
Martín Flores Saldaña. Enfermero, C.S. Artana.
Rafael Garcia Velez. Enfermero, C.S. Nules.
Paco Gil Sales. Enfermero, Coordinador C.S. Barranquet.
M^a José Lecha Murillo. Enfermera, Unidad de Farmacia Area 02.
Elena Legorburu Manterola. Enfermera, C.S. Adzaneta.
Ana Rull Moliner. Enfermera, C.S. Lucena.

Atención Primaria Area 02

Consultor externo

Mateo Pérez. Urólogo Hospital General de Castellón

INDICE	Página
1- INTRODUCCION	4
2- OBJETIVOS	4
3- DEFINICION DEL PROBLEMA	4
4- ALGORITMO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA	6
5- DIAGNOSTICO CLINICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA	7
5.1) Historia clínica	
5.2) Exploración física	
5.3) Exploraciones complementarias	
5.4) Valoración de la incontinencia por enfermería	
6- TRATAMIENTO	8
6.1) Tratamiento farmacológico	
6.2) Tratamiento no farmacológico	
6.2.1) Medidas higiénico dietéticas	
6.2.2) Autocaterismo limpio e intermitente	
6.2.3) Tratamiento funcional	
6.2.4) Tratamiento paliativo	
- Sondaje vesical	
- Colectores externos	
- Absorbentes de orina	
7- EDUCACION PARA LA SALUD	12
7.1) Medidas generales	
7.1.1) Eliminación de las barreras arquitectónicas y ambientales	
7.1.2) Medidas higiénico-dietéticas	
7.1.3) Regulación de la ingesta de líquidos	
7.1.4) Control de la integridad de la piel y el olor	
7.2) Modificación de la conducta	
8- EVALUACION Y RECOGIDA DE DATOS	12
9- BIBLIOGRAFIA	13
10- ANEXOS	14
Anexo I: Recordatorio anatomofisiológico y funcional	
Anexo II: Cuestionario	
Anexo III: Fármacos que pueden alterar la continencia	
Anexo IV: Mini examen cognoscitivo	
Anexo V: Valoración funcional para las actividades diarias. Índice de Katz	
Anexo VI: Diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de incontinencia urinaria	
Anexo VII: Diagnósticos de enfermería relacionados. Incontinencia urinaria	
Anexo VIII: Tratamiento funcional. Medidas higiénico-dietéticas	
Anexo IX: Tratamiento paliativo	
Anexo X: Educación para la salud	
Anexo XI: Hoja ambulatoria del registro miccional diario	

1.-INTRODUCCION

La incontinencia urinaria es un problema multicausal de alta morbilidad y baja mortalidad, cuyas repercusiones en la sociedad actual, requieren una especial atención, en el aspecto bio-psico-social, a la persona que la padece.

Es además una patología curable en muchos pacientes, especialmente en aquellos que tienen una movilidad adecuada y una buena función mental, y si no puede ser curada en algunos casos, se podrá mejorar de forma importante, tanto en severidad como en el manejo de la incontinencia por el paciente o sus cuidadores, o como en la percepción y aceptación del problema.

Justificación:

Se sabe que cada día se incrementa el número de incontinentes por las características del ámbito social: por una parte aumenta la población geriátrica susceptible de padecer incontinencias, y por otra el número de accidentes es cada día mayor, afectando a la población joven y adulta. Muchas de las incontinencias de los jóvenes son el resultado de accidentes de tráfico.

Se considera que entre un 10-15% de los sujetos mayores de 65 años que viven en la comunidad van a sufrir incontinencia, frente al 30-40% en caso de ingreso hospitalario por proceso agudo, alcanzando su máxima prevalencia (50-60%) en los pacientes institucionalizados.

2- OBJETIVOS

Objetivo general

Prestar atención integral a los pacientes incontinentes de la Comunidad Valenciana en su medio habitual, para mantenerle el máximo tiempo posible en las mejores condiciones funcionales, psicológicas y sociales que garantice una suficiente calidad de vida

El objetivo se centrará en intentar resolver el problema de su incontinencia a través de las intervenciones necesarias: prestar los cuidados pertinentes ante la situación de dependencia; educar, aconsejar y motivar al paciente y a sus familiares durante todo el proceso.

Objetivos específicos

1. Identificar y captar a todos los pacientes incontinentes y tipos en el área o zona de salud
2. Aumentar el número de pacientes incontinentes controlados adecuadamente
3. Aplicar el tratamiento correcto en cada tipo de incontinencia
4. Proporcionar una asistencia de buena calidad, de tipo integral (sanitaria y social)
5. Disminuir el número de complicaciones y secuelas derivadas de la patología y de los tratamientos
6. Disminuir el número de ingresos hospitalarios
7. Servir de apoyo al paciente incontinente y a su familia
8. Fomentar la autosuficiencia y el autocuidado
9. Elaborar un censo de incontinentes en el área
10. Utilizar el presente documento como base de actuación y consulta

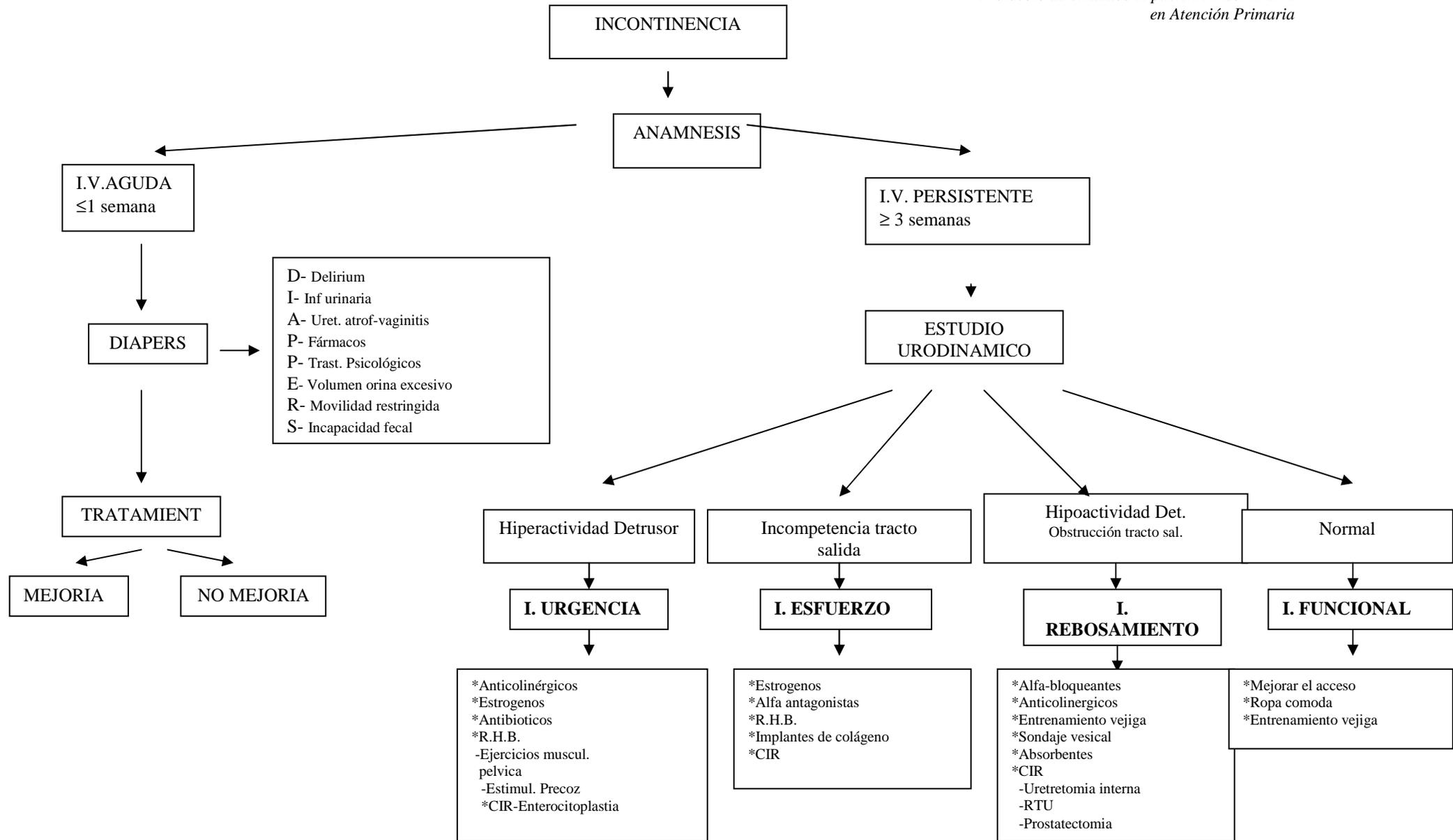
3- DEFINICION DEL PROBLEMA

Existen diferentes conceptos de incontinencia urinaria, en base a la frecuencia y severidad de la misma, si bien la tendencia actual es a tratar de homogeneizar estos criterios y a seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia. De acuerdo a ésta, la incontinencia urinaria se define como: **la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que se puede demostrar objetivamente.**

La opinión actual es que la pérdida de la continencia urinaria debe ser interpretada como un síntoma de una disfunción, bien del tracto urinario inferior o de algún otro sistema externo al tracto urinario, y vinculado con el mantenimiento de la continencia urinaria. (ANEXO I).

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Tipo	Factores predisponentes	Presentación clínica
<i>De apremio o urgencia</i>	Prostatismo, inflamaciones de la pared vesical y enfermedades neurológicas.	Más frecuente en varones, sobre todo en ancianos. Deseos súbitos e imperiosos de orinar con imposibilidad de parar el reflejo miccional. Polaquiuria, nicturia y dificultad miccional.
<i>De esfuerzo, estrés o de tensión</i>	Trastornos posicionales vesicoesfinterianos y de útero, generalmente por partos laboriosos, menopausia, histerectomía.	Más frecuente en mujeres. Incontinencia con tos, risa, estornudos u otros esfuerzos que aumenten la presión intraabdominal.
<i>Rebosamiento o paradójica</i>	Prostatismo, estenosis uretral, vejiga atónica por neuropatía autónoma (diabetes, alcohol)	Más frecuente en varones. Aparentemente orinan bien y en abundancia, salvo incontinencia nocturna, al relajarse el sistema esfinteriano.
<i>Verdadera, refleja o neurógena</i>	Alteraciones neurológicas como mielodisplasia, mielomeningocele, demencia, senilidad, esclerosis múltiple. Accidentes cerebrovasculares, neuropatías periféricas, síndromes de la "cola de caballo"	Pérdida intermitente e imprevisible de orina
<i>Incontinencia total</i>	Neuropatía, disfunción neurológica, traumatismo nervios espinales, alteración anatómica.	Flujo constante de orina, refractaria a los tratamientos, falta de percepción de la incontinencia.



4.- Algoritmote Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria

5- DIAGNOSTICO CLINICO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

5.1) Historia clínica

Resulta de una importancia crucial la obtención de una Historia Clínica lo más detallada posible y que abarque aspectos multicausales, que completada con una exploración física adecuada, permitirá la obtención de un diagnóstico clínico correcto a partir del cual iniciar el tratamiento. (ANEXO II)

1.- Realización de la historia clínica. Se debe preguntar sobre:

- a) Antecedentes familiares
- b) Antecedentes personales:
 - Enfermedades sistémicas
 - Intervenciones previas
 - Alteraciones del aparato locomotor
- c) Estado mental y psicológico
- d) Ingesta hídrica: cantidad, frecuencia, tipo, horario
- e) Tratamientos farmacológicos. (ANEXO III)
- f) Entorno ambiental
- g) Entorno familiar y social
- h) Estado general del paciente
- i) En pacientes ingresados permanentemente en Residencias, debemos conocer: si existe masificación de enfermos, plantillas insuficientes, barreras arquitectónicas, etc..

2.- Frecuencia miccional:

Realizaremos una anamnesis específica y dirigida a recoger información que adjetive y determine las características en que se produce la Incontinencia Urinaria.

5.2).- Exploración física:

Interesa realizar un examen total del organismo para determinar cualquier alteración relacionada con la incontinencia.

Debe ir dirigida hacia el sistema neurológico, áreas abdominales y pélvicas, rectal y genital. Además del estado mental y conocer el Residuo Postmiccional (RPM).

Se deben realizar una serie de:

- 1.- Pruebas de esfuerzo
- 2.- Exploración abdominal
- 3.- Exploración rectal
- 4.- Exploración genitourinaria
- 5.- Examen neurológico:
 - a) Descartar daño neurológico
 - b) Estado mental: Función cognitiva, motivación, humor y afecto (ANEXO IV)
 - c) Movilidad y destreza: Estado funcional, alteraciones de la marcha
- 6.- Reconocimiento general para descartar enfermedades cardiovasculares y otras afecciones sistémicas

5.3) Exploraciones complementarias

- a) Estudio analítico general en sangre y orina
- b) Radiografía simple de abdomen
- c) Pruebas urodinámicas

5.4) Valoración de la incontinencia urinaria por enfermería

Toda valoración debe estar realizada desde un punto de vista integral, abarcando aspectos del paciente físicos, psíquicos, sociales y ambientales.

Anamnesis

- 1.- Preguntar sobre los hábitos miccionales del paciente
- 2.- Características de la incontinencia
- 3.- Antecedentes quirúrgicos
- 4.- Hábitos intestinales
- 5.- Valoración de la actividad diaria. (ANEXO V)
- 6.- Ingesta hídrica
- 7.- Medicación
- 8.- Entorno personal y ambiental
- 9.- Estado general del paciente

Exploración física

- 1.- Valoración de la movilidad, la capacidad de traslado y la destreza manual
- 2.- Valoración de la inervación lumbosacra, motora, sensorial y refleja de las extremidades inferiores, la sensación perianal y genital y el reflejo bulbocavernoso
- 3.- Exploración abdominal: Detección de globo vesical, cicatrices postoperatorias, etc..
- 4.- Examen rectal, comprobar tono de esfínteres, si existe impactación fecal y la presencia de masas (próstata)
- 5.- Exploración genitourinaria femenina y masculina, observando si existen anomalías externas, la piel perianal, la mucosa vaginal, masa pélvica y si existe prolapso uterino, cistocele, uretrocele, así como vaginitis atrófica o infección por *Candida spp*
- 6.- Valoración de la capacidad cognitiva y de la independencia en el autocuidado

Determinación analítica

Mientras se esperan los resultados analíticos de la petición médica (sedimento y urinocultivo), podemos realizar un control con tiras reactivas en orina.

Diagnóstico diferencial

Para llegar al diagnóstico probable o definitivo, y en consecuencia dar el tratamiento adecuado, debemos tener en cuenta los aspectos esenciales que diferencian un tipo de incontinencia con otra. (ANEXO VI y VII).

6- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

El tratamiento de la incontinencia urinaria va encaminado fundamentalmente a corregir la causa de la misma. Se puede utilizar tratamiento farmacológico (agentes anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, etc...), tratamiento quirúrgico mediante cirugía y tratamiento no farmacológico que comprende medidas higiénico-dietéticas, cateterismo intermitente, tratamiento funcional y tratamiento paliativo.

6.1) Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es más efectivo en las incontinencias por hiperactividad vesical, donde es eficaz en el 50- 70 % de los casos. En otros tipos de incontinencia es una alternativa a la cirugía o a otras opciones terapéuticas, mucho más eficaces que el tratamiento farmacológico.

Para disminuir la hiperactividad del detrusor se emplean fármacos con propiedades anticolinérgicas, que al no ser selectivos de los receptores muscarínicos vesicales pueden producir efectos secundarios de tipo anticolinérgico durante el tratamiento: sequedad de boca (efecto adverso más frecuente), visión borrosa, fotofobia, así como la posibilidad de precipitar glaucoma de ángulo cerrado. También pueden producir estreñimiento, taquicardia y alteraciones cognitivas.

Están contraindicados en hipertrofia prostática, glaucoma y retención gastrointestinal.

Los principales fármacos empleados son:

- Oxibutinina

Mayor experiencia clínica de uso. Más potente de todos los fármacos, también el que presenta mayor incidencia de efectos secundarios anticolinérgicos.

La pauta usual es 10-20 mg/día repartido en 2-4 tomas

- Flavoxato

Menor incidencia de efectos secundarios que oxibutinina, pero menos eficaz que ésta.

Pauta usual: 100-200 mg c/6-8 h, reduciendo la dosis tras control de los síntomas a 200 mg c/12h.

- Tolterodina

Recientemente comercializado, en los ensayos clínicos realizados, presenta menor incidencia de efectos secundarios anticolinérgicos (principalmente menor incidencia de xerostomía), aunque su experiencia clínica es menor.

Pauta usual: 1-2 mg c/12 h

- Cloruro de trospio

Además del efecto anticolinérgico periférico, también actúa a nivel ganglionar.

Pauta usual: 10-20 mg/12 h.

- Antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, nortriptilina)

Uso limitado por sus importantes efectos secundarios sobre todo a nivel cardiovascular en pacientes ancianos.

6.2) Tratamiento no farmacológico

6.2.1) Medidas higienico-dietéticas (ANEXO X)
(Ver Educación para la salud Medidas Generales)

6.2.2) Auto-cateterismo limpio e intermitente:

Se utiliza en la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción y que produce incontinencia con mal vaciado de la vejiga. Con el sondaje conseguimos un vaciado completo y evitamos que toda esta orina se le escape al paciente.

6.2.3.) Tratamiento funcional:

El tratamiento funcional de la incontinencia urinaria consiste básicamente en una serie de ejercicios que tiene como finalidad desarrollar la musculatura del suelo pélvico. Estos ejercicios se apoyan, además, en técnicas de estimulación eléctrica de la masa muscular que sostiene la vejiga y a la uretra en su sitio y en la reeducación de ciertos hábitos del paciente incontinente. (ANEXO VIII).

6.2.4.) Tratamiento paliativo:

Son las medidas, que adoptaremos cuando la incontinencia urinaria no haya podido ser tratada por otros medios. (ANEXO IX)

- Sondaje vesical

Está indicado en la incontinencia como último recurso aunque también se puede utilizar de forma transitoria en el tratamiento de dermatitis, escaras o úlceras, etc.

Definición:

Método de vaciamiento de la vejiga urinaria mediante la introducción de una sonda a través de la uretra

Tipos:

Sondaje permanente

- Se utilizará, únicamente, en aquellos casos en que no sean de utilidad el resto de medidas paliativas
- Para control de la diuresis
- En casos de retención urinaria
- En cistografías retrógradas
- En cirugía
- En casos de arreflexia ó hiperreflexia del detrusor
- Alto índice de infecciones urinarias

Sondaje intermitente

- Método de elección siempre que no sea absolutamente necesaria la utilización del sondaje permanente
- Menor riesgo de infecciones urinarias
- Permite relaciones sexuales
- Menor afectación psicológica
- Disminuye la disreflexia autonómica y permite la aparición precoz del reflejo del detrusor

Problemas prácticos del sondaje intermitente

- Riesgo de infección: Si la orina es clara y el paciente no tiene fiebre, no está indicado realizar análisis sistemáticos de orina. Dolor o molestias
- Presencia de sangre: No es extraño la presencia de sangre durante o después del sondaje; aunque habitualmente se trate de accidentes banales, se debe consultar siempre este punto con el médico responsable
- Persistencia de la incontinencia: Aunque siempre será menor a la habitual, hay que asociar al sondaje intermitente otros tratamientos
- Actitud negativa del paciente: Bien por falta de interés o por diversas motivaciones psicológicas, el paciente rehusa en muchas ocasiones el sondaje intermitente

Tipos de sonda

- Según el material:
 - De plástico
 - De latex
 - De silicona
- Según su configuración externa:
 - Sondas con balón
 - Sondas sin balón

Colectores externos masculinos

Estos dispositivos, requieren cuidados de enfermería meticulosos y una instrucción pormenorizada al paciente. Entre los problemas potenciales a los que habrá que hacer frente, cabe recordar la irritación cutánea, la infección, los trastornos circulatorios del pene y la desconexión accidental del dispositivo.

Tipos de colectores

- 1.- Funda antigoteo
- 2.- Funda urinaria monocapa
- 3.- Funda urinaria de doble capa masculina
- 4.- Catéter de condón (funda desechable)

Bolsas de orina

- 1.- Bolsas de pierna
- 2.- Bolsas de cama

Absorbentes de orina

Son los tratamientos paliativos de elección en la incontinencia urinaria.

Son productos destinados a contener la orina, una vez que ésta a fluido al exterior. No deben ser utilizados como primera medida.

Los absorbentes, almacenan la orina por impregnación, manteniendo al paciente seco y evitando que la orina moje la ropa o la cama.

CONDICIONES DE UN BUEN ABSORBENTE

- La superficie en contacto con la piel, deberá estar constituida por una lamina de tela sin tejer y debe impedir el retorno de la orina a la superficie
- Una segunda capa, de tisú de celulosa, para difundir la orina, evitando la concentración de la orina
- Una tercera capa, de pasta de celulosa en almohadilla, para embeber y retener la orina
- Una cuarta capa, de polietileno impermeable, que evita la salida de la orina al exterior

TIPOS DE ABSORBENTES

- Según su capacidad de absorción
- Según el tipo de sujeción

NORMAS PARA LA CORRECTA ELECCION DE UN ABSORBENTE

- deberá medirse, durante una semana, el volumen diario de las pérdidas de orina, para valorar las necesidades de absorción
- Muy importante: medir la cintura del paciente en caso de pañales elásticos. La talla debe permitir un correcto ajuste del pañal, si no es muy probable que aparezcan fugas
- valorar el tipo de incontinencia
- en el caso de los pañales-bragita, los adhesivos deben permitir su manipulación durante los controles

TIPO DE PACIENTE	GRADO INCONTINENCIA	DURANTE EL DIA	DURANTE LA NOCHE
Móvil	Leve	Rectangular Día	Rectangular Día
	Moderada	Anatómico o Rectangular Día	Anatómico o Elástico Noche
	Grave	Anatómico noche	Anatómico o Elástico Noche
Encamado	Leve	Rectangular Día	Anatómico o Elástico Noche
	Moderada	Anatómico o Rectangular Día	Elástico Noche
	Grave	Anatómico o Elástico Noche	Elástico Supernoche

NORMAS PARA LA CORRECTA UTILIZACION DE UN ABSORBENTE

- colocar el absorbente perfectamente ajustado para evitar fugas
- no deben utilizarse los absorbentes por comodidad de los cuidadores
- encamado no es sinónimo de incontinente
- deberá controlarse cada 2-3 horas el estado del absorbente
- control del absorbente no significa cambio
- en cada cambio de absorbente deberá lavarse toda la zona corporal que esté en contacto con la orina y deberá tratarse la piel con productos protectores
- mayor absorción no significa mayor utilidad
- si es posible, se utilizará el absorbente en aquellos momentos en que sea estrictamente necesario

7- EDUCACION PARA LA SALUD EN LA INCONTINENCIA URINARIA

Objetivos :

- Modificación de hábitos que puedan favorecer la aparición de incontinencia urinaria
- Aprendizaje de estrategias que mejoran ó eliminan la incontinencia urinaria
- Eliminar barreras arquitectónicas y ambientales
- Prevenir patologías asociadas a la incontinencia urinaria
- Mayor calidad de vida

7.1) Medidas generales:

- Eliminación de las barreras arquitectónicas y ambientales
- Medidas higiénico-dietéticas; control de la integridad de la piel y el olor
- Regulación de la ingesta de líquidos

7.1.1) Eliminación de barreras arquitectónicas:

- El acceso a los aseos públicos, deberá ser fácil, para aquellas personas con algún tipo de incapacidad
- Si la distancia al aseo es excesiva ,se dotará el dormitorio con una cuña y/ó botella para orina
- La altura del retrete será la adecuada
- La amplitud del aseo, deberá permitir una buena movilidad
- En caso necesario los aseos dispondrán de asideros
- La iluminación será suficiente para una perfecta visión
- Deberán ser eliminados tanto muebles como objetos que dificulten el acceso al aseo
- En caso necesario deberá disponerse de un cuidador
- También deberá disponerse de un timbre de llamada en caso necesario

7.1.2.) Medidas higiénico dietéticas:

- a) Higiene corporal
- b) Dietética (bebida y comida)
- c) Distribución horaria de comidas, bebidas y medicación (diuréticos)
- d) Estilo de vida sano

7.2) Modificación de la conducta

Técnicas

El objetivo de estas técnicas es intentar restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical, promoviendo así la continencia urinaria. Están consideradas como unas técnicas altamente eficaces, consiguiéndose una disminución de la frecuencia y severidad de la I.U. en un 50% de los pacientes y en un porcentaje menor (alrededor del 30-40%), es posible recuperar la continencia urinaria.

8- EVALUACION Y RECOGIDA DE DATOS

a) Sistema de registro: planilla.

Se pueden utilizar diferentes sistemas de registro ya elaborados, o bien hojas de registro creadas por el propio paciente o en su defecto por la familia.

Ejemplo de hoja de registro miccional ANEXO XII

b) Creación de un grupo evaluador

La atención de enfermería al paciente incontinente tiene un carácter continuado. Para que se pueda realizar de una forma adecuada es necesario contar con un plan de seguimiento basado en el empleo de sistemas de registro adaptados a cada caso individual.

Esto nos va a permitir analizar el logro de los objetivos propuestos y modificar con una base científica los cuidados y actividades que se lleven a cabo con cada paciente.

Esta evaluación individualizada debe tener también una doble orientación:

- 1.- hacia el usuario
- 2.- hacia los profesionales

Los requisitos principales para que esta evaluación sea justa y útil, deben ser:

- 1.- Aceptabilidad: debe ser aceptada positivamente por evaluadores y evaluados
- 2.- Validez: debe medir exactamente aquello para lo que ha sido desarrollado
- 3.- Fiabilidad: debe proveer resultados estables y reproducibles
- 4.- Factibilidad: debe ser posible implantarla en el modo y con la estrategia que ha sido concebida
- 5.- Impacto educacional: debe tener un formato que haga que los candidatos se preparen de la forma más idónea para el campo profesional requerido

8- BIBLIOGRAFIA

- Alcáraz de Lares F., Baixauli M., Gómez A. *Nociones sobre incontinencia urinaria. Rev ROL Enf* nº 173: 69-73.
- Andorrá M., García J. *Absorbentes para la incontinencia urinaria en el adulto. Rev ROL Enf* 1993; 181: 83-86.
- Bravo G. *Fisiología de la micción e incontinencia urinaria. Care of the elderly, Ed Esp* 1995 (Ene-Feb): 7-1
- Castillo M J.; Martínez F. *Incontinencia urinaria, aspectos fisiológicos y psicológicos. Rev Asoc E de A.T. S en Urología* 1991; 38: 45-48.
- Castro D., Postius J. y Bañares F. *Protocolo diagnóstico terapéutico de la incontinencia urinaria. Medicine* 1996; 7 (63): 2969 - 2970.
- *Consejos al paciente incontinente. Campaña de educación farmacéutica. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat* 2000.
- Greus, Cano y cols. *Incontinencia Urinaria. Salud Rural* 1992; nº 11: 29-35.
- Hane RA, Kane RL. *Evaluación de necesidades en los ancianos: Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Barcelona: SG Editores* 1993.
- Iraizoz I., Redín M^a., Sancerní P. *Incontinencia urinaria en el anciano. Rev ROL Enf*, 135: 25-34.
- Landa J. y Medina M. *La incontinencia urinaria en la mujer. FMC* 1995; 2 (5): 277-284.
- Martínez E., Broseta E. y Jiménez J. *Incontinencia urinaria. Medicine* 1994; 6 (64): 2877-2884.
- Martínez E., Ruiz J. *Un anciano con incontinencia urinaria. Medicina Integral* 1992; 20 (2): 53-64.
- Mora J. y García J. *Incontinencia urinaria en el varón. Salud Rural* 1993; 13:33-39.
- Rexac L., Verdejo C. *Incontinencia urinaria. Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23: 149-159.
- Ruijérez Cantero MP, Jiménez Jiménez M. *Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica: anamnesis y exploración física, indicaciones de pruebas complementarias. Medicine* 1995; 87: 3845 – 3853.
- Salgado A y Alarcon MT. Eds. *Valoración del paciente anciano. Barcelona Masson. 1993.*
- Verdejo C. *Incontinencia urinaria: Como prevenirla. Su valoración y tratamiento. Primeras Jornadas de Acción Preventiva de la Salud de las Personas Mayores. Conselleria de Sanitat i Consum. 1.994.*
- Vila M., Fernández M., Florensa E., Orejas V., Dalfó A. y Romea S. *Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Aten Primaria* 1997; 19(3): 122-126.
- Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Bueschimg DG. *Quality of life of persons with urinary incontinence: Development of a new measure. Urologi* 1996;47: 67-72.

ANEXO I RECORDATORIO ANATOMOFISIOLOGICO Y FUNCIONAL

Anatomía del tracto urinario inferior

El tracto urinario inferior comprende la vejiga y la uretra, y está sostenido por músculos y ligamentos. La propia vejiga es esencialmente un saco hueco compuesto por distintas capas que incluyen al músculo liso y tejido conectivo responsable de la contractibilidad vesical. El papel fisiológico de la vejiga es almacenar orina a baja presión y expulsarla a intervalos apropiados.

Tanto en hombres como en las mujeres, la continencia ocurre debido al mantenimiento de baja presión dentro de la vejiga durante el almacenamiento de orina y a la alta presión del aparato esfinteriano a la salida de la vejiga. Este comprende el músculo liso del cuello vesical y la uretra proximal, y las fibras de músculo estriado que envuelve la uretra.

Estructuras involucradas en el mantenimiento de la continencia urinaria.

a) Estructuras anatómicas del tracto urinario inferior.

Detrusor: Es el músculo liso de la vejiga.

Trígono: Es un músculo liso que se dispone en la base de la vejiga.

Uretra: La uretra contribuye a la continencia por diversos mecanismos, que dependen básicamente de su localización anatómica.

Esfínter interno: Refuerzo del músculo liso de la vejiga sobre la uretra.

Esfínter externo: Se origina en el diafragma urogenital y en el elevador del ano. Rodea el esfínter interno.

b) Estructuras nerviosas del tracto urinario inferior

Centros nerviosos

El centro de la micción: Permite el control voluntario de la micción. Se encuentra en el lóbulo frontal, con expresión bilateral, y modula el centro mesencefálico de la micción.

El centro mesencefálico: Se localiza en la formación reticular pontina. Controla un reflejo coordinado de relajación del esfínter y contracción del detrusor.

El centro espinal sacro: Se localiza en los segmentos S2-S4. Este centro parece que controla la coordinación entre la contracción del detrusor y la relajación del esfínter externo.

El centro simpático: Localizado en el segmento medular T10-L2.

Vías nerviosas

Nervio pudendo (S2-S4): El nervio pudendo es un nervio somático que lleva la inervación motora al esfínter externo. Lleva inervación sensitiva a perineo y genitales. Sus fibras aferentes llevan además información del dolor y distensión desde la pared de la vejiga.

Los nervios presacros o hipogástricos (T10-L2): Llevan la inervación simpática que inerva la vejiga y la uretra.

El nervio erector (erigentes) (S2-S4): Lleva inervación parasimpática colinérgica.

Inervación

Parasimpático: (S2-S4): Inerva el detrusor.

Simpático: (T10-L2): Inerva la vejiga y la uretra.

Voluntario o somático (S2-S4): Inerva el diafragma urogenital y el esfínter externo.

Receptores

Alfa-adrenérgicos: Están concentrados en el trígono y en la uretra proximal. Median la contracción del esfínter interno.

Beta-adrenérgicos: Están localizados en la vejiga Por encima del trígono. Producen relajación del músculo liso de la vejiga

Fisiología de la micción: Micción y continencia constituyen tiempos sucesivos de la dinámica miccional, que dependen del detrusor y los mecanismos esfinterianos.

Se diferencian dos fases en la dinámica funcional:

Fase de llenado: Durante la fase de llenado y merced a la elasticidad del detrusor, la vejiga se adapta al incremento de su contenido sin apenas modificarse el tono del detrusor.

Con el llenado vesical se produce un gradual y progresivo incremento de presión en el cuello vesical, al elevarse el tono de las fibras musculares del esfínter interno.

La uretra mantiene una presión mayor en la vejiga debido a la acción de su musculatura proximal.

Fase de vaciado:

El detrusor posee la capacidad de vaciar completamente su contenido gracias a la contractibilidad de los elementos que constituyen su pared.

El cuello vesical se modifica ampliando su luz a consecuencia del aumento de presión vesical y disminución de presión en el esfínter interno. Al mismo tiempo el esfínter externo se relaja dando lugar a la micción. Completa este proceso de intervención de los músculos de la pared abdominal y la contracción del diafragma que aumentan la presión del vaciado.

ANEXO II

CUESTIONARIO

1.- Antecedentes familiares.

- ¿ En su familia ya ha habido personas con incontinencia urinaria?
- ¿ Que enfermedades padecían sus padres?

2.- Antecedentes personales.

- ¿ Padece alguna enfermedad (diabetes, infección de orina, insuf. Congestiva, insuf. Venosa)?
- ¿ Ha sido operado del tracto urinario, columna vertebral, abdomen o pelvis?
- ¿ Tiene infecciones urinarias repetitivas?
- ¿ Cuantos partos ha tenido?
- ¿ Padece alguna otra enfermedad que no ha mencionado?
- ¿ Se orinaba de pequeño?

3.- Características de la micción.

- ¿ Cuantas veces orina al día?
- ¿ Cuantas horas puede aguantar sin orinar?
- ¿ En que momento del día siente necesidad de orinar?
- ¿ Se despierta por la noche para orinar? ¿Cuantas veces?
- ¿ La pérdida de orina es gota a gota, de forma intermitente o total?
- ¿ La pérdida de orina se desencadena por la risa, tos, esfuerzo, oír el agua del grifo?
- ¿ Tiene imperiosidad de orinar, o puede esperar hasta llegar al lavabo?
- ¿ Presenta escozor, polaquiuria, dolor hipogástrico?
- ¿ Cuando orina tiene molestias suprapúbicas?
- ¿ La pérdida de orina ha coincidido con fiebre, inflamación o infección?
- ¿ Se ha dado cuenta si orina sangre?
- ¿ Cuando termina de orinar ¿tiene la sensación que tendría que continuar y no puede?
- ¿ Tiene poca fuerza el chorro de la orina?
- ¿ Va con frecuencia al servicio y orina poca cantidad?
- ¿ 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?

4.- Estado mental y psicológico.

- ¿ El paciente presenta anomalías neurológicas y cognitivas? ¿Cuales?
- ¿ Que actitud presenta el paciente ante la pérdida de orina involuntaria?

5.- Ingesta de líquidos.

- ¿ Que cantidad y tipo de líquidos bebe al día?
- < 1 l. ; entre 1 y 1,5 l. o > de 1,5 l.
- ¿ Suele beber antes de acostarse?

6.- Tratamiento farmacológico.

- ¿ Toma algún tipo de medicación? ¿Cual? y ¿en qué dosis?

7.- Entorno ambiental.

- ¿ El cuarto de baño de su casa presenta mal acceso?
- ¿ En qué lugar de la casa está?
- ¿ El pasillo de acceso al baño esta bien iluminado?
- ¿ Dispone de sustitutos de baño?

8.- Entorno familiar y social.

- ¿ Su familia es colaboradora y le ayuda a acceder al baño?
- ¿ Cuando se le escapa la orina, es punto de risas o bromas?
- ¿ Ha disminuido las salidas cotidianas desde la pérdida de orina?
- ¿ Sigue con la misma actitud ante las amistades?
- ¿ Saben las personas más allegadas que usted presenta una incontinencia urinaria?

9.- Estado general del paciente.

- ¿ Se viste usted solo o necesita ayuda?
- ¿ Sabe como acceder al baño?
- ¿ Puede desplazarse hasta el baño usted solo?
- ¿ Se cuida y arregla usted solo?

ANEXO III.-

FARMACOS QUE PUEDEN ALTERAR LA CONTINENCIA

FARMACOS	ACCION
Diuréticos (todos)	Causan o agravan la incontinencia urinaria: poliuria, frecuencia, urgencia.
Ansiolíticos e hipnóticos	Sobresedación, relajación muscular
Antisicóticos	Inhibición a nivel central, inmovilismo,
Litio	Incontinencia aguda
Antagonistas alfa-adrenérgicos de acción central (prazosin, doxazosin)	Relajación uretral
Agonistas alfa adrenérgicos	Retención urinaria
Agonistas beta- adrenérgicos	Retención urinaria
Opiáceos	Retención urinaria, sedación.

ANEXO IV

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO

Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). (Lobo)

Nombre paciente

Edad Ocupación

Escolaridad Examinado por

Fecha:

Orientación

Día (1 punto) Fecha (1 punto)

Mes (1 punto) Estación (1 punto)

Año (1 punto) Hospital (0 punto) (1 punto)

Planta (1 punto) Ciudad (1 punto)

Provincia (1 punto) Nación (1 punto)

Fijación

Repita estas tres palabras: Peseta, Caballo y Manzana (Máximo 3 puntos)

(Se anotan los ítems correctos al primer intento. Si comete errores u omisiones al primer intento repetir todos los nombres hasta que el sujeto haya aprendido los tres (Máximo cinco repeticiones)

Concentración y cálculo

Si tiene 30 pesetas y me las va dando de tres en tres, Cuantas le van quedando? (Hasta 5 puntos)

(Se anota un punto cada vez que la diferencia sea de tres, aunque la anterior respuesta sea incorrecta)

* Repita 5, 9, 2 (Hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás (Hasta 3 puntos)

(Se anota un punto por cada respuesta correcta)

Memoria: Recuerda las tres palabras que le he dicho antes (Hasta 3 puntos)

Lenguaje y construcción: Mostrar un bolígrafo: Qué es esto?. Repetir con un reloj (2 puntos)

Repita esta frase: << en un trigal había cinco perros >> (1 punto)

* Una manzana y una pera son frutas, verdad?, Qué son el rojo y el verde? (Un punto), Qué son un perro y un gato? (1 punto)

Coja el papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo sobre sus rodillas. (3 puntos)

Lea esto y haga lo que diga. CIERRE LOS OJOS (1 punto)

Escriba una frase (1 punto)

Copie este dibujo (Pentágonos) (1 punto) Cada pentágono deberá tener cinco lados, cinco vértices bien delimitados y la intersección debe formar un diamante

Puntuación máxima 35 puntos: Valores normales de 30 a 35. Por encima de 65 años el punto de corte es menor de 24 (24-29 borderline). Por debajo de 65 años el punto de corte se establece por debajo de 28.

Los ítems señalados con un asterisco (*) se suprimen en la versión de 30 puntos. En este caso el punto de corte para más de 65 años es de 23.

Mini examen cognoscitivo

SIN DETERIORO > 24 PUNTOS
CON DETERIORO 15-24 PUNTOS
DEMENCIA < 15 PUNTOS

ANEXO V

VALORACION FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES DIARIAS. INDICE DE KATZ

<p>1 BAÑARSE Dependiente: precisa ayuda para lavar más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o no se baña <input type="checkbox"/></p>	<p>2 VESTIRSE Dependiente: No se viste solo/a permanece en parte sin vestir. <input type="checkbox"/></p>	<p>3 IR AL SERVICIO Dependiente: Usa cuña u orinal o recibe ayuda para ir al servicio. <input type="checkbox"/></p>
<p>4 LEVANTARSE Dependiente: Necesita ayuda para sentarse, tumbarse o levantarse de la silla y/o cama, o no lo hace. <input type="checkbox"/></p>	<p>5 CONTINENCIA Dependiente: Incontinencia parcial o total urinaria o fecal; control total o parcial con enemas, sondas o con el uso reglado de orinales y sondas. <input type="checkbox"/></p>	<p>6 COMER Dependiente: Precisa ayuda en el acto de comer, no come o usa nutrición parenteral <input type="checkbox"/></p>

NOTA: Marcar las casillas que correspondan a la situación del paciente.

CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE:

- A: No se ha marcado ninguna casilla, independiente para todas las funciones evaluadas.
- B: Se ha marcado solo una casilla, independiente para el resto de las funciones.
- C: Se ha marcado la casilla 1 y cualquier otra.
- D: Se han marcado las casillas 1 y 2 y una casilla adicional.
- E: Se han marcado 1, 2 y 3 y una casilla adicional.
- F: Se han marcado 1, 2, 3 y 4 y una casilla adicional.
- G: Se han marcado las seis casillas.
- O: Se han marcado al menos dos casillas, pero no la casilla 1.

INDICE DE KATZ DEL PACIENTE.....

ANEXO VI

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

TIPO DE I.U.	SITUACION	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS
I.U. DE ESFUERZO O DE ESTRESS O DE TENSION	Pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión intraabdominal que supera la presión de cierre de la vejiga. Predomina en las mujeres, principalmente las posmenopausicas	Toser, reir, levantarse, estornudar Ginecológicas: Cistocele, prolapso uterino, múltiparas, atrofia hipostrogénica. Urológicas: Post prostatectomía. Mujeres jóvenes: Deficiencia en la estructura de soporte de la uretra. Mujeres ancianas: Deficiencia de la uretra proximal, pérdida progresiva de la masa muscular que afecta al mecanismo esfinteriano y al suelo pélvico. En Hombres: Daño del esfínter por cirugía uretral, tras adenomectomía retropúbica, resección transversal de próstata.	Salida de pequeñas cantidades de orina RPM menor de 50 cc
I.U. POR REBOSAMIENTO	La presión intravesical excede a la uretral a grandes cantidades de volumen urinario intravesical y con integridad funcional y orgánica de los mecanismos esfinterianos.	Obstrucción: Hipertrofia prostática, estenosis uretrales, fecalomas. Síntomas de carácter irritativo: urgencia, polaquiúria, nicturia Vejiga arrefléxica (detrusor acontráctil): lesiones medulares, neuropatía diabética o alcohólica, ictus, fármacos, síndrome de Guillain – Barré Manifiesta: Nicturia, disminución del tamaño y fuerza del chorro, dificultad para orinar, sensación de micción incompleta y goteo terminal. Vejiga dilatada y palpable	Se pierde la capacidad para iniciar o mantener el chorro. Obstrucción anatómica o neurógena o vejiga hipotónica o acontráctil Pérdidas pequeñas de orina RPM mayor de 100 cc
I.U. MIXTA	Son individuos con I.U. de esfuerzo y además presentan síntomas de vejiga hiperactiva. Más frecuente en mujeres		
I.U. DE URGENCIAS O INESTABILIDAD DEL DETRUSOR	Pérdida involuntaria de orina asociada a deseo imperioso de orinar. Más frecuente en varones mayores de 75 años. Son contracciones espontáneas o desencadenadas por distintos estímulos del detrusor que escapan al control inhibitorio del sistema nervioso central.		Se observa además un fenómeno urodinámico (hiperactividad del detrusor con una disminución de la contractilidad vesical), provocando las contracciones involuntarias del detrusor se combinen con un vaciamiento vesical ineficaz.
I.U. DE URGENCIA MOTORA O INESTABILIDAD VESICAL O HIPERACTIVIDAD VESICAL	Presencia de contracciones no inhibidas del detrusor. Hiperreflexia del detrusor (causa por trastorno neurológico). Inestabilidad del detrusor (causa idiopática)	Neurológico: Ictus, parkinson, demencia, Alzheimer, hidrocefalia, tumores, neuropatías. Urológica: Infecciones, litiasis, neoplásias, obstrucción prolapso uterino, hipertrófia prostática.	Debe diagnosticarse por estudio urodinámico, donde se demuestra que las contracciones involuntarias del detrusor se realizan durante la fase de llenado vesical. Pérdidas mayores de 160 cc
I.U. DE URGENCIA SENSITIVA O SENSORIAL	Su origen se sitúan en un estímulo de las vías sensoriales aferentes vesicales. Existe irritación de la pared vesical. La urgencia miccional es tan intensa que los pacientes llegan a presentar incontinencia sin acompañarse de contracciones involuntarias del detrusor.	Urológicas: infecciones urinarias, cervicotriginitis, litiasis vesical, carcinoma vesical infiltrante, cistitis intersticial, tuberculosis genitourinaria. Patologías de vecindad: Tumores o infecciones del aparato genital femenino, tumores pélvicos, diverticulitis, cáncer rectal, absceso isquiorrectal, cirugía anorrectal.	En el estudio urodinámico no se demuestra contracciones involuntarias del detrusor. RPM menor de 50 cc
I.U. MECANICA	Pérdida de orina involuntaria	Anomalías congénitas. Resección transuretral de próstata	Extrofia, uraco permeable, aperturas ureterales, cetópicos distales, cuello vesical

		lesionado el esfínter interno y externo.	
I.U. TOTAL	Presenta goteo continuo		
I.U. FUNCIONAL	Es incapaz de alcanzar el lavabo para orinar, o lo hace adrede para conseguir algo . Más frecuente en niños y adolescentes.		

ANEXO VII

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS. INCONTINENCIA URINARIA

ALTERACION	DIAGNOSTICO RELACIONADO
Déficit de la ingesta de líquido	Déficit del volumen de líquidos
Alteración de la eliminación urinaria	Incontinencia por estrés
Alteración de la eliminación urinaria por disminución de la destreza de las piernas	Incontinencia funcional
Dificultad para llegar al cuarto de baño, por disminución movilidad o motivación	Incontinencia funcional
Interrupción de los impulsos inhibidores eferentes, secundaria a una disfunción cortical o medular	Incontinencia urinaria por urgencia
Ausencia de sensibilidad para evacuar y con la pérdida de la capacidad para inhibir la contracción vesical	Incontinencia urinaria refleja
Relajación de los músculos del suelo de la pelvis	Incontinencia urinaria de esfuerzo
Pérdidas sensitivas y motoras	Incontinencia urinaria total
Exceso de llenado de la vejiga con pérdida de sensibilidad hacia la distensión vesical	Vejiga neurógena
Alteración de la respuesta inmune y la inserción reciente de la sonda	Infección urinaria
Vergüenza y frustración por la pérdida de orina	Alteración de la autoestima y autoconcepto
Déficit de autocuidado: Uso de orinal / Wc	Limitaciones funcionales
Alteración de los patrones sexuales	Incontinencia de esfuerzo

ANEXO VIII

TRATAMIENTO FUNCIONAL: MEDIDAS HIGIENICO DIETÉTICAS

Micción programada:

- Reentrenamiento vesical
- Entrenamiento del hábito

Micción obligada.

- Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.
 - Entrenamiento con biorretroalimentación.
 - Favorecer el pH de la orina con dieta.
 - Duchas mejor que baños para evitar la entrada de bacterias en la uretra.
 - Evitar el estreñimiento:
- Dieta rica en fibra
 - Bajo prescripción medica utilizar enemas ó laxantes
- Evitar el aislamiento social .
 - En el paciente encamado mantener la boca y los labios húmedos.
 - Utilizar ropa cómoda y de fácil apertura .
 - Evitar en lo posible la sonda permanente por su alta incidencia en infecciones así como por los problemas que produce en el tono muscular de la vejiga.
 - Actividad física siempre que sea posible.
 - Tratamiento farmacológico si procede, bajo prescripción medica.
 - Modificación en la ingesta de líquidos.
- Evitar bebidas que alcalinicen la orina
 - Regular la ingesta de líquidos a lo largo del día
 - Reducir ó eliminar la ingesta de sustancias excitantes y alcohol
 - Limitar la ingesta de líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama
 - Tener en cuenta los alimentos ricos en agua
- En la vejiga hiperactiva deben combinarse las medidas higiénico-dietéticas con tratamiento farmacológico.
 - En caso de urostomias:
 - Conservar una actitud de paciencia, interés y sostén, mientras el paciente aprende a aceptar y cuidar su ostomía
 - Conservar la piel limpia y prevenir la escoriación
 - Describir los cambios involutivos que ocurren en el estoma con el paso del tiempo
 - Ayuda y apoyo psicológico al paciente ante la amenaza a la imagen corporal
- Para que estas técnicas puedan ser realizadas es necesario que el paciente conserve una suficiente capacidad física y mental, así como un grado de motivación, que le permita su aprendizaje o en caso contrario, que pueda disponer de un número suficiente de cuidadores para que las realicen ellos.

1. Dependientes del paciente
 - Reentrenamiento vesical
 - Ejercicios del suelo pélvico
 - Entrenamiento conductual
 - Bio feed-Back
2. Dependientes del cuidador
 - Entrenamiento del hábito miccional
 - Micciones programadas

Reentrenamiento vesical

Mediante esta técnica se pretende reestablecer el patrón miccional normal del paciente, vaciando periódicamente la vejiga y tratando de corregir la polaquiuria. Además con esta técnica se logra aumentar la capacidad vesical y reducir la necesidad imperiosa de orinar (urgencia-miccional). La periodicidad del vaciamiento vesical se

establecerá individualmente en cada paciente, según su esquema miccional previo, para lo cual es muy útil la hoja de registro miccional.

Aunque esta técnica se ha mostrado más eficaz en el manejo de la hiperactividad vesical, también se puede beneficiar de ella los pacientes con I.U. transitoria, sobre todo en las formas agudas (por ejem. Tras retirada de catéter vesical, tras fármacos o infecciones, etc.).

Los resultados terapéuticos con esta técnica se consideran muy satisfactorios con porcentajes de recuperación de la continencia y/o mejoría de la frecuencia miccional entre el 50-90%.

Ejercicio del suelo pélvico.

Van dirigidos a reforzar la musculatura periuretral y los músculos del suelo de la pelvis. Existen diversas modalidades de esta técnica (interrupción del chorro de la orina, realización mediante tacto vaginal, visualización perineal en el espejo). Cada una de ellas tendrá su propia metodología. La técnica más extendida es la interrupción del chorro de la orina, aunque se puede efectuar también sin relación con la micción. Puede utilizarse algún material, como por ejemplo los conos vaginales, para que el ejercicio sea más cómodo y facilite así su cumplimiento.

Esta técnica ha demostrado ser muy útil en la I.U. de esfuerzo, aunque también se ha comunicado resultados positivos en el manejo de la hiperactividad vesical y de las formas mixtas. No obstante, hay que destacar que el periodo de tiempo necesario para que aparezcan sus resultados puede ser largo (8 – 12 semanas).

Entrenamiento del hábito miccional

Se establecerá un esquema variable de vaciamiento vesical, para asegurar que el anciano esté seco y que se vayan consiguiendo cada vez más micciones voluntarias, utilizando de forma complementaria técnicas de refuerzo positivo.

Micciones programadas

Es una técnica similar a la anterior, pero el esquema de vaciamiento vesical es fijo, utilizándose también las actuaciones de refuerzo positivo. Habitualmente, se programan las micciones cada 2 horas, tratando de que el paciente no esté húmedo y de crear unos reflejos condicionados para conseguir el mayor número de micciones voluntarias. Estas técnicas han demostrado ser muy útiles en pacientes incapacitados con urgencia-I.U. y con I.U. funcional, siendo las técnicas preferidas para el manejo de la I.U. en pacientes severamente incapacitados.

ANEXO IX

TRATAMIENTO PALIATIVO

MATERIAL:

- Talla fenestrada estéril
- Sonda uretral estéril de un solo uso
- Gasas estériles
- Jeringa de 10cc estéril
- Suero fisiológico estéril
- Lubricante urológico estéril
- Guantes estériles
- Solución antiséptica
- Bolsa para la recogida de orina
- Esparadrapo de papel

RECOMENDACIONES :

- Total asepsia
- Maniobras suaves para evitar el riesgo de falsas vías
- No llenar el balón de la sonda hasta no tener la absoluta seguridad de estar en vejiga
- Interrumpir el sondaje en caso de dolor intenso
- En varones fijar la sonda en la parte lateral del muslo para eliminar el ángulo penoescrotal y evitar la formación de una fístula
- Utilizar un calibre pequeño, intentando no superar el nº18
- La higiene diaria del meato y la sonda son fundamentales para evitar complicaciones

Técnica

- El sondaje es limpio pero no estéril.
- Se lavan bien las manos y los órganos genitales, en el varón hay que retirar el prepucio; en la mujer, separar los labios y limpiar la vulva de delante hacia atrás a fin de no hacer arrastre de gérmenes intestinales situados a los márgenes del ano. Es preferible utilizar jabón neutro o ácido.
- Cuando los genitales están limpios, se desinfecta el meato con povidona yodada u otra solución antiséptica.
- La sonda bien lubricada se introduce suavemente por el meato uretral hasta que la orina sale. Es aconsejable – cuando ha finalizado el goteo de orina por la sonda – comprimir la vejiga bien por prensa abdominal o por maniobra de Credé, para conseguir el completo vaciado vesical.
- Cualquier posición es válida, por lo que será el propio paciente el que busque la que sea más cómoda para él, teniendo en cuenta siempre sus propias limitaciones físicas.

TIPOS DE SONDA:

- Según el material
 - ✓ De plástico, son las más económicas, por lo tanto idóneas para un solo uso, también por su rigidez son las más adecuadas para sondajes dificultosos. No utilizar en personas con sensibilidad disminuida
 - ✓ De látex, son más flexibles, disminuyen el riesgo de falsa vía. Idóneas en caso de sensibilidad alterada
 - ✓ De silicona, dificultan la creación de cristales disueltos en la orina, que se adhieren a la superficie interna. Por lo tanto son las mejor toleradas y el paciente puede llevarlas más tiempo
- Según su configuración externa
 - ✓ Sondas con balón, están indicadas en el sondaje permanente
 - ✓ Sondas sin balón, adecuadas para el sondaje intermitente

TIPOS DE COLECTORES:

1.- Funda antigoteo: es una funda de goma que se ciñe alrededor de las caderas del paciente. No tiene orificio de drenaje. Se usa para incontinencias ligeras (cuando solo se orine unos pocos ml. a la vez). Se ha de tener especial cuidado en prevenir la irritación cutánea, ya que el pene permanecerá sumergido en la orina hasta que se vacíe la orina, se ha de vaciar la funda cada 2 o 3 horas.

2.- Funda urinaria monocapa: es una funda adaptable de látex que se ajusta firmemente alrededor de la base del pene. La funda se adhiere a una de las caras de un esparadrapo de doble engomado que se aplica en el pene. Un tubo de drenaje en su extremo conecta la funda con la bolsa de pernera. Se usa para incontinencias entre moderadas e importantes, la bolsa de pernera se vacía 3 o 4 veces al día.

3.- Funda urinaria de doble capa masculina: es una funda de goma que se ciñe a la cintura mediante una banda elástica. Consta de una capa interna, que se ajusta al pene evitando la salida de orina cuando el paciente está sentado o estirado, y una capa externa, que es la encargada de recoger y drenar la orina. Este diseño, evita que el pene quede sumergido en orina. La salida de drenaje de la funda (con tapón) puede conectarse opcionalmente a una bolsa de pernera. Se usa sin la bolsa de pernera para incontinencias ligeras, y con la bolsa para incontinencias entre moderadas e importantes. Se vacía la funda cada dos o tres horas si no se usa con la bolsa, si lleva la bolsa acoplada tres o cuatro veces al día.

4.- Catéter de condón (Funda desechable): es una funda similar a un condón que se ajusta perfectamente al pene. La funda se adhiere a una de las caras de un esparadrapo de doble engomado que se aplica en el pene. El tubo de drenaje en su extremo conecta a la funda con una bolsa de pernera. Se usa para incontinencias entre moderadas e importantes. La bolsa de pernera se vacía 3 o 4 veces al día.

RECOMENDACIONES

- Rasurado de la base del pene
- Aseo perineal y secado de la zona
- El ajuste con la bolsa colectora, será completo y frontal, evitando giros en el extremo libre para evitar la retención de la orina
- Si se utiliza esparadrapo para la fijación, deberá colocarse de forma holgada para no estrangular la base del pene en caso de erección
- En caso de maceración, herida, úlcera ó infección cutánea deberá suspenderse su utilización, hasta la normalización de las lesiones
- Se cambiarán cada 24 horas

BOLSAS DE ORINA

Son recipientes destinados para almacenar la orina. Estas bolsas se conectan al colector o a la sonda vesical. Según el momento del día y el uso que se les va a dar tenemos:

-Bolsas de pierna: están diseñadas para ser llevadas por el paciente con discreción, sujetas a la pierna por debajo de la rodilla. Tienen una capacidad superior al medio litro y llevan una válvula a la entrada de la bolsa que impide que la orina pueda regresar al tubo. Disponen además de un tubo de salida con el fin de vaciarla cómodamente, sin necesidad de desconectarla.

-Bolsas de cama: tiene una capacidad entre litro y medio y dos litros. El tubo de conexión con la sonda o el colector, tienen longitud suficiente para que el paciente tenga libertad de movimiento.

Con frecuencia la bolsa de orina, se coloca de forma incorrecta. Todos los líquidos fluyen de arriba a bajo y si la sonda o el tubo de la bolsa se colocan hacia arriba la orina quedará almacenada en la vejiga sin poder fluir libremente hacia la bolsa, hecho que facilitará las infecciones urinarias entre otras complicaciones. En otras ocasiones por distintos motivos se producen pinzamientos del tubo de la bolsa que impiden la salida de la orina.

La bolsa debe colocarse de manera , que al llenarse, su peso, no tire del colector o de la sonda.

TIPOS DE ABSORBENTES

- Según su capacidad de absorción
 - ✓ Día -600 a 900 cc. Absorción ligera: para utilizar durante el día o en incontinencias leves.
 - ✓ Noche -900 a 1200 cc. Para utilizar durante la noche o en incontinencias moderadas.

- ✓ Super-noche –1200 a 1700cc. Absorción intensa. Se emplea en personas sin ningún control sobre la regulación de la micción.
- Según el tipo de sujeción
 - ✓ Con sujeción propia (bragapañal): Anatómico elástico con adhesivos.
Se clasifican por tallas según perímetro de cintura
Talla pequeña Ø 50-80 cm
Talla mediana Ø 80-110 cm
Talla grande Ø 110-150cm
 - ✓ Con dispositivo de sujeción (pañal + braga o malla).
Se clasifican según su forma en:
Rectangulares
Rectangulares plegados (llevan elásticos en la ingle y la sujeción es con malla)
Anatómicos

ABSORBENTE FEMENINO PARA INCONTINENCIA DE GOTEO

Se presenta en tres medidas con distinta capacidad de absorción

- ✓ 75 ml
- ✓ 160 ml
- ✓ 190 ml

ABSORBENTES MASCULINOS PARA INCONTINENCIA DE GOTEO

Formados por una bolsa de material absorbente. tapizada en su interior, con una capa externa impermeable

- ANEXO X

EDUCACION PARA LA SALUD: RECOMENDACIONES Y CONSEJOS

- Aceptar la necesidad de una detección precoz
- Beber una cantidad de líquido adecuada
- Evitar bebidas como el café, té, soda, refrescos con cafeína y las bebidas alcohólicas, por su efecto diurético
- Tomar líquidos y alimentos que acidifiquen la orina y disminuyan el riesgo de infecciones vesicales
- Realizar micciones cada 3-4 horas
- No ignorar las ganas de orinar
- Realizar ejercicios que refuercen la musculatura del suelo pélvico
- Valoración de factores ambientales que pueden contribuir a la incontinencia
- Informar al personal sanitario de cualquier dificultad con el control vesical

CONTROL DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL Y DEL OLOR

- Aplicar cobertores protectores para mantener secas las sabanas
- No permanecer acostado sobre sabanas mojadas, por el contenido en amoníaco de la orina
- Lavar la zona perineal con jabón y agua, secar bien y cambiar la ropa interior y sabanas
- Utilizar productos farmacológicos para proteger la piel (pomadas a base de óxido de zinc)
- Movilizar al paciente encamado, cambiándolo de postura cada 2 horas
- Como mínimo se realizará un lavado completo del paciente una vez por semana
- Con el fin de evitar infecciones y ulceraciones, los genitales, deberán lavarse en cada cambio de absorbente ó al menos dos veces por día
- Se deberán consumir zumos de fruta para reducir el olor de la orina.

ANEXO XI

HOJA AMBULATORIA DEL REGISTRO MICCIONAL DIARIO

PACIENTE
FECHA

INTERVALO TIEMPO	MICCIÓN VOLUNTARIA	VOLUMEN	ESCAPE INVOLUNTARIO	MOTIVO
6 – 8				
8 – 10				
10 – 12				
12 – 14				
14 – 16				
16 – 18				
18 – 20				
20 – 22				
22 – 24				
NOCHE				

ANOTACIONES (Nº ABSORBENTES; INGESTA LIQUIDOS; ESCAPES; ETC.).