



Guía de buenas prácticas en pacientes con INCONTINENCIA URINARIA

HURH, 2019

ÍNDICE

AUTORES	3
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES	3
INTRODUCCIÓN/Justificación	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivo general:	5
Objetivos específicos:	5
PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO.....	5
POBLACIÓN DIANA.....	6
METODOLOGÍA	6
SÍNTESIS DE EVIDENCIA	7
EVIDENCIAS en cuidados de pacientes con INCONTINENCIA URINARIA:.....	7
ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS.....	10
Protocolo de actuación con pacientes con IU durante su proceso hospitalario.....	10
ALGORITMOS	14
ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL	14
INCONTINENCIA Y LESIONES POR HUMEDAD	15
INCONTINENCIA URINARIA RELACIONADA CON CAÍDAS Y AUTOESTIMA	16
INDICADORES DE EVALUACIÓN	17
GLOSARIO	17
ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA: N-N-N.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	23
LISTADO DE ANEXOS	26
ANEXO 1.....	26
ANEXO 2.....	27
ANEXO 3.....	27
ANEXO 4.....	30
ANEXO 5.....	32
ANEXO 5.....	34

AUTORES

Aldonza Valderrey, M ^a Carmen	Enfermera	Supervisora de Innovación y Desarrollo
Arranz Fernández, Mónica	TCAE	Unidad de Traumatología
González Sánchez, M Jesús	Enfermera	Subdirectora de Enfermería
Gutiérrez Chicote, Laura	Enfermera	Supervisora de Obstetricia
Hernández Salgado, Rosa M	Enfermera	Unidad de Obstetricia
Herrero Rodríguez, M Ángeles	TCAE	Unidad de Cardiología
Marcos Pineda, Nieves	TCAE	Unidad de Obstetricia
Martín Martín, Guadalupe	TCAE	Unidad de Neurología, Neurocirugía
Navalón García, Laura	Enfermera	Unidad de Neurología, Neurocirugía
Platón Alonso, Julio Cesar	Enfermero	Supervisor de Traumatología
Ramos Sastre, M ^a Mercedes	Enfermera	Supervisora Formación y Calidad.
Rodríguez Ferrer, M Aránzazu	Enfermera	Directora de Enfermería
Tejedor Franco, Araceli	Enfermera	Subdirectora de Enfermería
Tribiño Fernández, Matilde	Enfermera	Unidad de Traumatología
Zaera Agudo, Amanda	Enfermera	Unidad de Cardiología

COORDINACIÓN REVISIÓN Y EDICIÓN

Ramos Sastre, Mercedes	Enfermera	Supervisora Área de Formación y Calidad e-mail: mramossa@saludcastillayleon.es
Aldonza Valderrey, Carmen	Enfermera	Supervisora de Innovación y Desarrollo e-mail: maldonzava@salucastillayleon.es

REVISIÓN EXTERNA

Unidad de calidad. Año 2019	Hospital Universitario Río Hortega
-----------------------------	------------------------------------

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de la Guía de Buenas Practicas en la Incontinencia Urinaria, declaramos no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero ni académico que pueda influir en nuestro juicio.

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es un problema extremadamente común en todas las partes del mundo. Las estimaciones de prevalencia varían según la modalidad de la misma y la población estudiada. Sin embargo, existe un acuerdo universal sobre la importancia del problema por las repercusiones personales negativas y el costo económico para la sociedad¹.

La International Continence Society define la incontinencia urinaria como una situación en que la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrable objetivamente, genera un problema social e higiénico².

El mecanismo de la continencia de orina se reduce básicamente a un juego de presiones donde, si el sistema esfinteriano mantiene una presión superior a la que en ese momento hay en la vejiga, no se produce emisión de orina. Si esta situación se invierte de forma consciente y voluntaria, la denominamos micción, y si es involuntaria o inconsciente, se denomina incontinencia. Puede ser el resultado de anomalías funcionales del tracto urinario inferior que pueden causar fugas en diferentes contextos: incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, mixta, etc³.

La IU deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, posee graves implicaciones psicológicas y sociales, predispone para una mayor morbilidad y provoca un aumento del gasto sanitario. Afecta a todos los grupos de población, edades y ambos sexos, aunque es más frecuente en mujeres y ancianos.

Las personas mayores merecen una consideración especial pues todos los tipos de IU aumentan con la edad y coexisten generalmente con otros problemas de salud que hacen que requieran intervenciones terapéuticas específicas¹. Actualmente se conocen bien algunos de sus principales factores de riesgo, entre ellos, la alta comorbilidad (especialmente los procesos neurológicos) y el deterioro funcional (inmovilidad y deterioro cognitivo/demencia), lo que nos da una idea del “perfil típico” del paciente con IU (edad avanzada, pluripatología, alto grado de dependencia, consumo de polifarmacia, etc)⁴.

La incontinencia de orina puede afectar a mujeres de todas las edades aunque la forma leve es más común en jóvenes, y la incontinencia moderada o severa afecta principalmente a mujeres mayores⁵. El embarazo y parto, las diferencias anatómicas del suelo pélvico y la obesidad favorecen su aparición.

El tratamiento de la IU puede ser conservador, farmacológico o quirúrgico. El manejo conservador se refiere a intervenciones sobre el estilo de vida, físicas y conductuales⁶.

Las complicaciones de la IU incluyen caídas, irritaciones dérmicas que conducen a úlceras por presión, infecciones, aislamiento social y depresión.

Según los datos de la estimación de la prevalencia de IU en España del ONI con las tasas estandarizadas de la población española de 2009 se estima que el 15,8% de personas están afectadas por IU⁷. Se puede estimar

una prevalencia global para la mujer de un 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas. En el varón la prevalencia global estimada es del 7%. Puede alcanzar el 14-29% en personas mayores de 65 años, y más del 50% en personas mayores de 85 años e institucionalizadas⁷.

Aunque no disponemos de estudios específicos actualizados de prevalencia hospitalaria de pacientes incontinentes, los profesionales de enfermería desempeñamos un papel clave en la evaluación y la gestión del problema. Debemos tener las habilidades necesarias para identificar y manejar la IU durante el tiempo que el paciente permanezca en el hospital, para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de estas personas⁸.

La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero reduce su autoestima y merma su autonomía. Evidentemente es un problema de salud “no grave”, en términos de supervivencia, pero sí lo es en cuanto a una mayor necesidad de cuidados⁸.

El presente documento recoge pautas de actuación en pacientes que presenten cualquier modalidad de incontinencia durante su estancia en el hospital. La finalidad es incorporar a la práctica clínica diaria medidas de prevención eficaces y cuidados basados en las mejores evidencias disponibles.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Unificar criterios de actuación en incontinencia urinaria durante el ingreso hospitalario para disminuir la aparición de eventos adversos de la incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados.

Objetivos específicos:

Prevenir las lesiones dérmicas.

Prevenir las infecciones urinarias.

Disminuir el riesgo de caídas.

Aumentar el nivel de autoestima y autonomía del paciente.

PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

Equipos de enfermería del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

POBLACIÓN DIANA

Pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid que presenten incontinencia urinaria durante su ingreso.

METODOLOGÍA

Para elaborar la guía se constituye un grupo de trabajo formado por un número reducido de profesionales con conocimientos y experiencia en cuidados a pacientes con alguna modalidad de incontinencia urinaria, procedentes de diversos ámbitos sanitarios dentro del hospital. La metodología de trabajo fue con reuniones presenciales y online. Se identificaron una serie de cuestiones clínicas relativas a los pacientes con incontinencia para dirigir la búsqueda de literatura pertinente y se planificó la revisión de documentos.

Las fuentes de información electrónicas fueron consultadas entre octubre de 2017 y febrero de 2018. Las búsquedas se hicieron utilizando descriptores y palabras naturales: Urinary Incontinence, prevention and control, relacionado con cuidados de enfermería en inglés y castellano y utilizando límites temporales y de diseño metodológico. Se hicieron búsquedas también con los términos: moisture lesions, incontinencia urinaria, caídas, autoestima, calidad de vida, entrenamiento musculatura pélvica y sondaje vesical, infección urinaria, prevención, cuidados, suelo pélvico.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda de guías de práctica clínica (GPC). Se consultaron las siguientes fuentes de información electrónica: Guía Salud, RNAO, JBI, NICE, NGC y Cochrane PLus. Otras fuentes consultadas fueron Pubmed, Cinahl, Google Académico.

De forma paralela se realizó una segunda búsqueda en páginas web especializadas (www.uroportal.es, www.aeu.es, uroweb.org) que pudieran aportar información actualizada sobre el tema.

Se priorizó la selección de fuentes fiables por su rigor metodológico, con el fin de asumir los niveles de evidencia sin analizar su validez interna. Los hallazgos de la revisión se han visto limitados por el escaso material de buena calidad referido a cuidados de enfermería, pues la mayoría de las guías de práctica clínica se refieren al abordaje médico quirúrgico de la incontinencia y no a los cuidados de prevención de complicaciones.

Las recomendaciones de actuación con evidencia obtenidas se presentan en una síntesis tabulada y a partir de ella se elaboran propuestas de actuación y algoritmos y se construye una planificación de cuidados basada en la evidencia y con estándares NANDA, NIC NOC.

Para la realización del documento se recurre al protocolo de elaboración de guías editado por el Servicio Aragonés de Salud.

El siguiente paso es la implantación de los hallazgos de la presente guía. Se propone la revisión/actualización de la misma cada 5 años.

SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Las recomendaciones de práctica clínica basadas en la evidencia que se incluyen en el documento son de carácter general, por lo que no implican una forma única y categórica de actuar. La actuación basada en la evidencia se debe acompañar del juicio clínico del profesional que la aplica, de las mejores prácticas clínicas del momento, las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles y la normativa establecida por el centro sanitario.

Las evidencias científicas obtenidas fueron el resultado del análisis de los referentes bibliográficos y el consenso del grupo nominal autor de la guía.

EVIDENCIAS en cuidados de pacientes con INCONTINENCIA URINARIA:

RECOMENDACIONES PARA TODOS LOS PACIENTES ⁹	Nivel evidencia*
Valoración del paciente :	
– Obtener el historial de incontinencia.	Nivel IV
– Ingesta de líquidos diarios (cantidad, horarios, tipos), cafeína o alcohol.	Nivel IV
– Antecedentes médico quirúrgicos que favorezcan la incontinencia (ictus, diabetes, insuficiencia cardíaca, cirugía vesical, etc.)	Nivel IV
Comprobar si los medicamentos del paciente tienen impacto en la incontinencia.	Nivel IV
Establecer capacidades cognitivas y funcionales del paciente.	Nivel III
Comprobar barreras ambientales o de comportamiento que puedan dificultar las evacuaciones (cercanía, iluminación, aptitud del personal).	Nivel III
Sugerir analizar la orina para determinar la existencia de infecciones.	Nivel IV
Asegurar una ingesta adecuada de líquidos y reducir al mínimo el consumo de bebidas alcohólicas o con cafeína, siempre que sea posible.	Nivel III
Aplicar un plan individualizado de evacuación inducida basado en las necesidades del paciente.	Nivel Ia
Implantar un programa de formación para la evacuación inducida	Nivel IV
Fomentar el conocimiento de las enfermeras sobre los recursos de asistencia continuada.	Nivel IV
Abordar la incontinencia desde una perspectiva multidisciplinar.	Nivel IV
Promover la implantación de guías de buenas prácticas en enfermería con un programa de formación activo.	Nivel IV

* Niveles evidencia RNAO, JBI, en anexo 3

ADULTOS MAYORES. VALORACION Evaluación de la incontinencia urinaria ⁸ .	Niveles evidencia**
Documentar la presencia / ausencia de IU para todos los pacientes al ingreso.	[Nivel I].
Documentar la presencia / ausencia de un catéter urinario permanente.	
La enfermera colabora con miembros del equipo interdisciplinario para determinar:	[Nivel I].
– El tipo de IU (transitoria, establecida, (Estrés / Urgencia / Mixta / Rebosamiento / Funcional).	
– Las posibles etiologías de la IU.	

PRECAUCIONES GENERALES en adultos mayores	Niveles evidencia**
Desarrolle un plan de cuidados individualizado usando los datos obtenidos de la historia y el examen físico, y en colaboración con otros miembros del equipo. Implementar programas de uso del baño según sea necesario.	[Nivel I].
Evite los medicamentos que pueden contribuir a la IU.	[Nivel I].
Evite los catéteres urinarios permanentes siempre que sea posible para evitar el riesgo de infecciones del tracto urinario (ITU).	[Nivel I].
Controle la ingesta de líquidos y mantenga un programa de hidratación apropiado.	
Limite los irritantes de la vejiga en la dieta.	[Nivel VI].
Considere agregar la pérdida de peso como un objetivo a largo plazo en la planificación del alta para aquellos con un índice de masa corporal (IMC) mayor que 27.	[Nivel II].
Modificar el entorno para facilitar la continencia.	[Nivel VI].
Proporcione a los pacientes con la expectativa de continencia ropa interior habitual, si es posible.	
Prevenga la descomposición de la piel proporcionando limpieza inmediata después de un episodio de incontinencia y utilizando ungüentos de barrera.	[Nivel II].
Utilice los productos absorbentes que cumplan mejor con las preferencias de los pacientes, el personal y las instituciones, teniendo en cuenta que los pañales se han asociado con infecciones urinarias.	[Nivel I].

ADULTOS MAYORES. Estrategias para problemas específicos ⁸ :	Niveles evidencia**
IU de esfuerzo o estrés:	[Nivel I].
<ul style="list-style-type: none"> – Enseñe ejercicios musculares del suelo pélvico (EMSP). – Proporcionar asistencia para ir al baño y para el entrenamiento de la vejiga (EV), cuando sea necesario. 	
IU de urgencia y vejiga hiperactiva:	[Nivel I].
<ul style="list-style-type: none"> – Implementar el entrenamiento vesical (reentrenamiento). – Si el paciente está cognitivamente intacto y está motivado, brinde información sobre la inhibición de la urgencia. – Enseñe a los EMSP junto con el entrenamiento vesical. 	
UI de desbordamiento:	[Nivel VI].
<ul style="list-style-type: none"> – Permita suficiente tiempo para vaciar. – Instruya a los pacientes sobre la micción doble y la maniobra de Credé. – Si es necesario el cateterismo, se prefiere el tratamiento intermitente estéril sobre la cateterización permanente. 	[Nivel II].
IU funcional:	
<ul style="list-style-type: none"> – Proporcione servicios higiénicos individualizados y programados, o micciones programadas. 	[Nivel IV].
<ul style="list-style-type: none"> – Proporcione una ingesta adecuada de líquidos. 	[Nivel VI].
<ul style="list-style-type: none"> – Modificar el entorno para maximizar la independencia con la continencia. 	

ADULTOS MAYORES. Monitorización del seguimiento	Niveles evidencia**
Proporcionar la enseñanza al alta del paciente o cuidador con respecto a la derivación y gestión de pacientes ambulatorios.	
Incorporar criterios de mejora continua de la calidad, identificar áreas de mejora y solicitar asistencia multidisciplinaria para diseñar estrategias de mejora	[Nivel I-IV].

** Niveles evidencia según NGC, Urinary incontinence in Older adults. Anexo 3

IU MANEJO NO FARMACOLOGICO EN MUJERES ¹⁰	Grado rec/ Evidencia***
Recomendación 1: entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.	(Rec. fuerte, evidencia de alta calidad).
Recomendación 2: Entrenamiento Vesical en mujeres con IU de urgencia.	(Rec. fuerte, evidencia de calidad moderada)
Recomendación 3: recomienda EMSP+ EV en mujeres con IU mixta.	(Rec. fuerte, evidencia de calidad moderada)
Recomendación 6: recomienda la pérdida de peso y el ejercicio para mujeres obesas con IU. La pérdida de peso y el ejercicio mejoraron la IU en mujeres obesas sin daños evidentes.	(Rec. fuerte, evidencia de calidad moderada)

*** Niveles evidencia American College of Physicians (ACP). Anexo 3

ÁREA DE PREVENCIÓN	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	Nivel Evidencia Grado Rec
Lesiones por humedad	Realizar una anamnesis, una exploración visual de la piel y un examen físico, para lograr determinar la causa que origina la lesión y poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial de las lesiones.	BAJA ¹¹
	Usar un instrumento validado que permita comprobar el estado de la piel y monitorizar su evolución. Preferentemente, están recomendadas la escala EVE, PAT y la sub-escala de Humedad de la escala de Braden.	ALTA ^{12,13}
	Se debe limpiar cuidadosamente las zonas expuestas a la humedad prolongada, así como un correcto secado de la piel.	
	Valorar todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre, etc.	BAJA ¹²
	La utilización frecuente y reiterada de jabones convencionales se considera una técnica demasiado agresiva para pieles expuestas a humedad y para pieles frágiles.	BAJA ¹⁴
	No utilizar agua demasiado caliente (preferentemente tibia), podría originar, además de lesiones por el calor, un secado excesivo e innecesario de la piel.	BAJA ¹¹
	La piel debe secarse con suavidad, con mucho cuidado, sin friccionar y con especial atención en las zonas de los pliegues y zonas perianal y perigenital.	BAJA ^{12,13}
	Llevar a cabo un programa de protección de la piel manteniendo hidratada y protegida de los efectos de la humedad y la incontinencia.	BAJA ^{12,13}
	Usar AGHO (Ácidos Grasos Hiper Oxigenados) en piel sana, para mejorar la hidratación y la resistencia de la piel frente a la fricción, la presión y la humedad.	ALTA ^{12,13}
	Proteja la piel del exceso de humedad con cremas barrera a base de óxido de zinc.	BAJA ^{12,13}
	Utilice películas barrera poliméricas no irritativas para la prevención y tratamiento de las dermatitis en zona perilesional de cualquier tipo de herida, estoma o drenaje.	MODERADA ¹²
	Se recomienda el uso de películas barrera poliméricas no irritativas en aquellas zonas expuestas a incontinencia, pliegues y partes blandas para evitar que los fluidos corporales irriten la piel por exceso de humedad.	MODERADA ¹²
	En la higiene básica de la piel, no son recomendables las soluciones con alcohol.	MODERADA ¹² BAJA ¹³
	Hay que valorar la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para incontinencia: Colectores, sondas vesicales y pañales absorbentes.	BAJA ¹² C ¹³
	Una correcta educación sanitaria favorece la prevención y el tratamiento de las lesiones.	C ¹³

ÁREA DE PREVENCIÓN	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	Nivel Evidencia Grado Rec
Infecciones del tracto urinario	Para prevenir las infecciones de orina se recomienda el consumo de abundantes líquidos, vaciamiento completo de la vejiga frecuentemente, aseo genital adecuada y uso de ropa interior de algodón.	Buena Práctica ¹⁵
Caídas	Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas	NE:I- II GR:A
	Identificar déficit cognitivo o físico del paciente que pueden aumentar la posibilidad de caídas en el ambiente dado	NE:I-II GR:A
	Modificar el entorno para facilitar la continencia. Cambiar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. (Camas bajas, timbre a mano, iluminación adecuada, calzado apropiado, suelo seco no deslizante...).	NE IV. GR: C ¹⁶
Autoestima	Refuerzo positivo por los logros obtenidos durante el proceso de hospitalización.	No encontrado.

ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS

Protocolo de actuación con pacientes con IU durante su proceso hospitalario

- **Realizar valoraciones^{8,9} y entrevistas al ingreso^{ANEXO 1}**. Obtener el historial de incontinencia.

- Documentar la presencia / ausencia de IU para todos los pacientes al ingreso.
- Documentar la presencia / ausencia de un catéter urinario permanente.
- Identificar el tipo de IU (transitoria, establecida, Urgencia, Mixta, Rebosamiento, Funcional).
- Identificar las posibles etiologías que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo pos miccional y medicamentos).
- Consultar ingesta de líquidos diarios (cantidad, horarios, tipos), cafeína o alcohol.
- Identificar antecedentes medico quirúrgicos que favorezcan la incontinencia (ictus, diabetes, insuficiencia cardiaca, cirugía vesical, partos, obesidad, etc).
- Comprobar si los medicamentos del paciente tienen impacto en la incontinencia.
- Establecer capacidades cognitivas y funcionales del paciente.
- Comprobar barreras ambientales o de comportamiento que puedan dificultar las evacuaciones (cercanía, iluminación, aptitud del personal).

- **Implantar medidas generales de prevención y de confort^{8, 9,11...15.}**

- Desarrollar un plan de cuidado individualizado en colaboración con otros miembros del equipo.
- Evitar en lo posible los medicamentos que pueden contribuir a la IU.
- Controlar la ingesta de líquidos y mantener un programa de hidratación apropiado.
- Limitar los irritantes de la vejiga en la dieta. Reducir al mínimo el consumo de bebidas alcohólicas o con cafeína.
- Utilizar dispositivos de control, para cada caso en particular: Colectores o pañales absorbentes.
- Usar los productos absorbentes que cumplan mejor con las preferencias de los pacientes, el personal y las instituciones, teniendo en cuenta que los pañales se han asociado con infecciones urinarias.
- Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- Usar ropa holgada, preferiblemente de algodón y fácil de quitar, que no arrastre por el suelo.
- Emplear estrategias conductuales para favorecer el entrenamiento del control de esfínteres y/o el correcto vaciamiento de la vejiga. Fomentar cuando sea apropiado la evacuación inducida, la micción pautada. Enseñar ejercicios para entrenar el suelo pélvico, etc.
- Promover la implantación de guías de buenas prácticas en enfermería con un programa de formación activo.
- Abordar la incontinencia desde una perspectiva multidisciplinar.

- **Prevención caídas^{16,17}**

- Modificar el entorno para facilitar la continencia. Cambiar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. (camas bajas, timbre a mano, iluminación adecuada, calzado apropiado, suelo seco no deslizante...).
- Implementar programas de uso del baño según sea necesario.

- **Prevención lesiones dérmicas^{18, 19, 20}**

- Usar AGHO (en piel sana) para mejorar la hidratación y la resistencia de la piel frente a la fricción, la presión y la humedad.
- Facilitar a los pacientes con expectativa de continencia ropa interior habitual, si es posible.
- Proporcionar limpieza inmediata de la piel después de un episodio de incontinencia.
- Se recomienda el uso de películas barrera poliméricas no irritativas en aquellas zonas expuestas a incontinencia, pliegues y partes blandas para evitar que los fluidos corporales irriten la piel por exceso de humedad.
- Se debe limpiar cuidadosamente las zonas expuestas a la humedad prolongada, así como un correcto secado de la piel.
- Proteger la piel del exceso de humedad con cremas barrera a base de óxido de zinc.
- En la higiene básica de la piel NO son recomendables las soluciones con alcohol.

- **Aumento de autoestima^{9, 21}.**

- Reforzar positivamente la precisión de la respuesta de estado de continencia y el éxito de la continencia entre períodos programados de aseo.
- Reforzar el comportamiento según corresponda.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.

- **Prevención de infecciones del tracto urinario (ITU)^{22,23}**

- Para prevenir las infecciones de orina se recomienda el vaciamiento completo de la vejiga frecuentemente, aseo genital adecuada y uso de ropa interior de algodón.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección. Explicar la importancia del lavado de manos.
- Evite los catéteres urinarios permanentes siempre que sea posible para evitar el riesgo de ITU
- Analizar la orina para determinar la existencia de infecciones, si procede.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.

- **Medidas específicas no farmacológicas, según el tipo de paciente.**

ADULTOS MAYORES⁸.

IU de esfuerzo:

- Enseñe ejercicios musculares del suelo pélvico (EMSP).
- Proporcionar asistencia para ir al baño y para el entrenamiento de la vejiga (EV), cuando sea necesario.

IU de esfuerzo y vejiga hiperactiva:

- Implementar el entrenamiento vesical (reentrenamiento).

IU de desbordamiento:

- Permita suficiente tiempo para vaciar.
- Si es necesario el cateterismo, se prefiere el tratamiento intermitente estéril sobre el PRN de cateterización permanente.

IU funcional:

- Proporcione servicios higiénicos individualizados y programados, o micciones programadas.

MUJERES¹⁰

IU esfuerzo: Entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP)

IU de urgencia: Entrenamiento Vesical (EV).

IU mixta: EMSP+ EV.

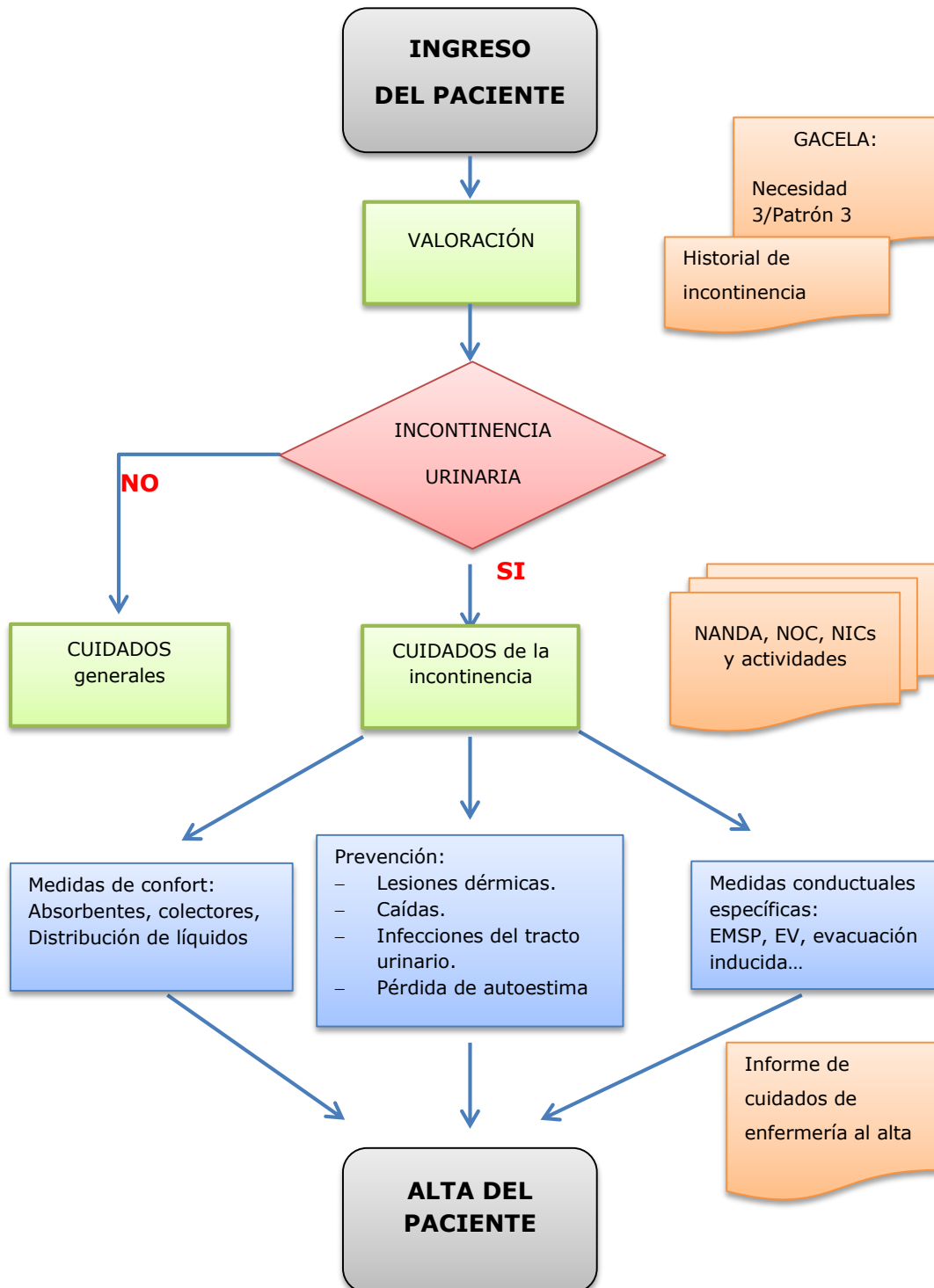
IU en mujeres obesas: se recomienda la pérdida de peso y el ejercicio moderado.

- **Al alta.** ANEXO 2

- Proponer continuidad en cuidados de confort y enseñanza de técnicas conductuales (EMSP, EV...) de control de IU.
- Considere agregar la pérdida de peso como un objetivo a largo plazo en la planificación del alta.
- Incluir a la familia o cuidador.
- Una correcta educación sanitaria favorece la prevención y el tratamiento de lesiones, la prevención y el tratamiento de las infecciones urinarias y un mejor manejo de la incontinencia urinaria en general.

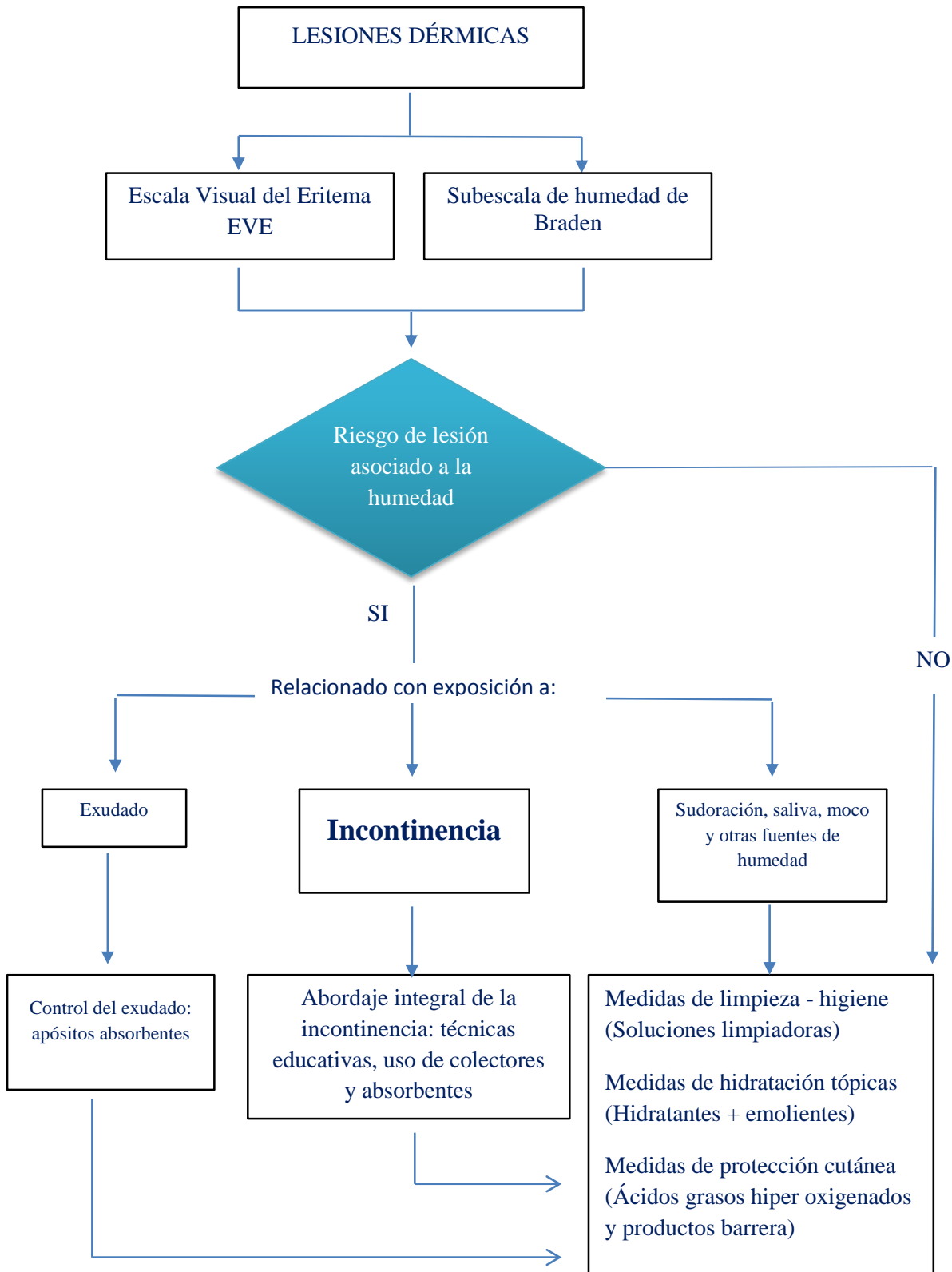
ALGORITMOS

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL



Fuente: Elaboración propia.

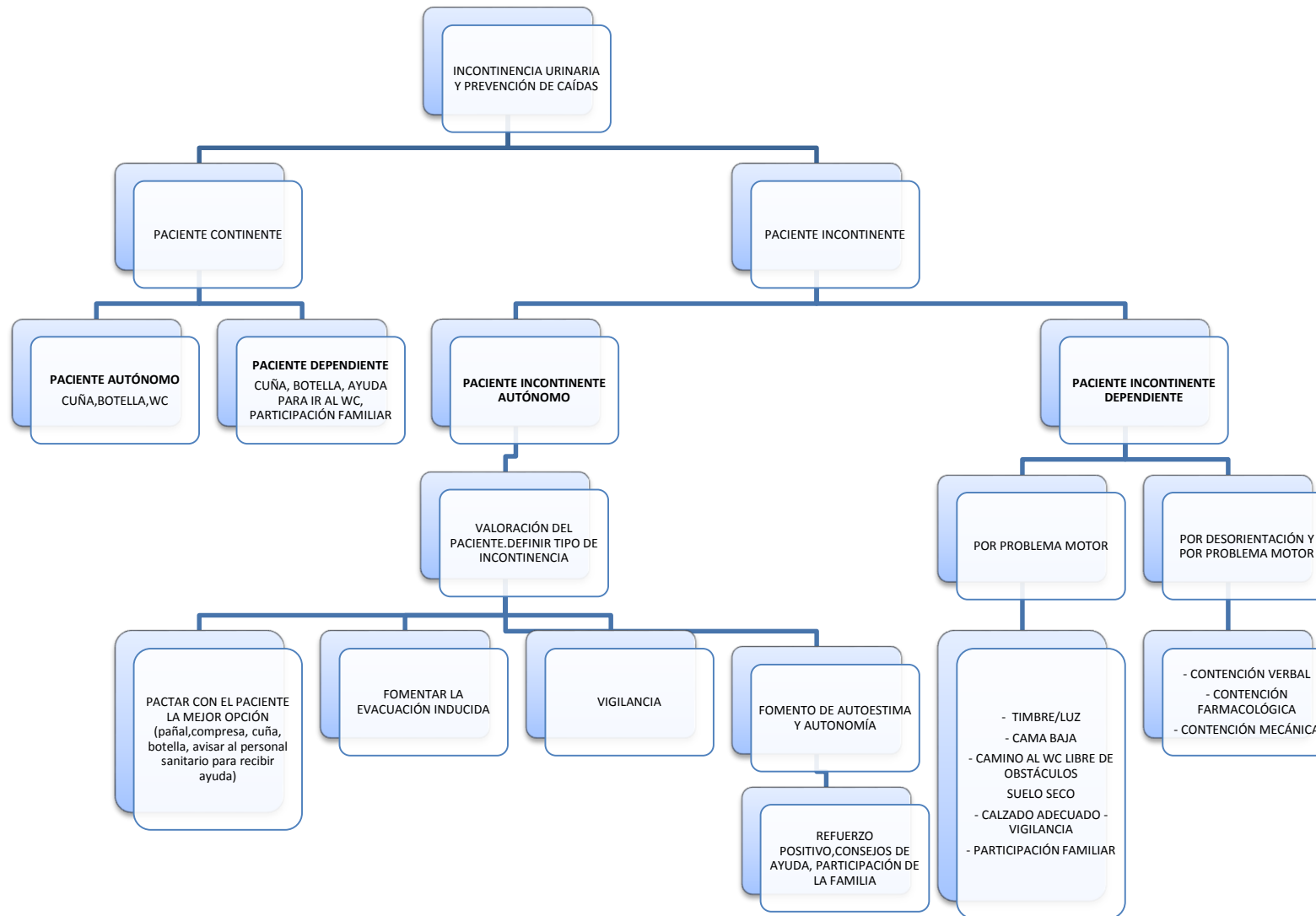
INCONTINENCIA Y LESIONES POR HUMEDAD 17,18



Fuente: Elaboración basada en "Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Guía nº7. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Salud. 2016"

INCONTINENCIA URINARIA RELACIONADA CON CAÍDAS Y AUTOESTIMA ^{8, 16,17, 24}

Fuente: elaboración propia



INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicadores estructurales:

- Nº de horas de enfermera por paciente, día y unidad/servicio. Mensual.
- Nº de horas de TCAE por paciente, día y unidad/servicio. Mensual.
- Nº de jornadas de ausencia de enfermera por cualquier causa por unidad/servicio. Mensual.
- Nº de jornadas de ausencia de TCAE por cualquier causa por unidad/servicio. Mensual.
- Nº de enfermeras que han realizado formación en incontinencia urinaria en los dos últimos años (año en curso y anterior) por unidad/servicio. Anual.
- Nº de TCAE que han realizado formación en incontinencia urinaria en los dos últimos años (año en curso y anterior) por unidad/servicio. Anual.

Indicadores de Proceso:

- Pacientes con incontinencia al ingreso: Nº de pacientes con registro de incontinencia (escala Barthel) en la valoración al ingreso del paciente por Unidad/Servicio. Mensual.

Indicadores de Resultado:

- Nº de pacientes incontinentes con registro de cambio de pañal/absorbente, en la gráfica de constantes, por Unidad/Servicio. Mensual.
- Nº de registros de cambio de pañal/absorbente, en la gráfica de constantes, por paciente y por turno en cada Unidad/Servicio. Mensual.

GLOSARIO

- **Autoestima:** Aprecio o consideración, generalmente en positivo, que uno tiene de sí mismo.
- **Detrusor:** Músculo liso que se encuentra en la pared de la vejiga. El detrusor permanece relajado permitiendo a la vejiga retener la orina, y se contrae durante la micción para liberar la orina.
- **Ejercicios vesicales de kegel:** Actividades de contracción del músculo pubocoxígeo, destinados a fortalecer los músculos pélvicos.
- **Entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP):** Gimnasia destinada a recuperar el control de los músculos de la pelvis que usa para interrumpir el chorro de orina y evitar las fugas.
- **Entrenamiento vesical (EV):** Aprender a “aguantar para orinar”. Consiste en programar un horario estricto de visitas al baño para entrenar a la vejiga a almacenar mayor cantidad de orina y durante más tiempo, además de aprender a controlar mejor la necesidad de acudir urgentemente al baño. Aprendiendo nuevos hábitos, el paciente incontinente puede disminuir el número de veces que acude al baño recuperando así, el control sobre su vejiga.

- **Esfínter urinario:** Músculos que se emplean para controlar la salida de orina de la vejiga a través de la uretra. Cuando uno de estos músculos se contrae, la uretra se cierra.
- **Evacuación inducida:** Intervención conductual empleada en el tratamiento de la incontinencia urinaria que persigue el vaciamiento de la vejiga antes de que se produzcan pérdidas. Se puede hacer en pacientes que necesitan que sus cuidadores les recuerden que vayan al baño. Los profesionales o cuidadores pueden inducir a los pacientes con trastornos físicos o cognitivos para que vayan al baño a intervalos regulares y o preguntarle periódicamente ante signos de inquietud si desea ir al baño. La evacuación inducida es la primera línea de intervención para algunos tipos de IU (mixta, de urgencia, funcional o de esfuerzo)
- **Incontinencia urinaria (IU):** Es una pérdida involuntaria de orina de cantidad suficiente para resultar problemática. Existen diferentes tipos: transitoria, de urgencia, de esfuerzo, mixta, funcional, por rebosamiento y total o permanente.
- **Incontinencia urinaria mixta:** Presenta síntomas tanto de incontinencia urinaria de esfuerzo como de urgencia.
- **IU de desbordamiento/rebosamiento:** Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina asociada a la distensión excesiva de la vejiga, sucede si la cantidad de orina producida excede la capacidad de almacenamiento de la vejiga. Puede ser causada por un músculo detrusor poco activo o una obstrucción de salida que conduce al desbordamiento de la orina.
- **IU de esfuerzo o de estrés:** Pérdida involuntaria de orina asociada con actividades que aumentan la presión intra abdominal. Se produce cuando se pierde orina durante actividades como: caminar, hacer ejercicios aeróbicos, reír, toser, levantar peso, etc. Es la causa más común de pérdida de orina, representa más del 50 % de los casos.
- **IU de urgencia:** Se caracteriza por una pérdida de orina involuntaria asociada con la urgente y repentina necesidad de orinar e intenso deseo miccional, produciéndose muchas veces incapacidad de llegar al baño a tiempo.
- **IU funcional:** Causada por factores no genitourinarios, como impedimentos cognitivos o físicos (deterioro físico o barreras del entorno) que resultan en una incapacidad para que el individuo sea independiente en la micción. La pérdida de orina se produce por no poder responder a la sensación de deseo de orinar como consecuencia de una discapacidad física o mental, falta de destreza o incluso un mal diseño del edificio.
- **IU mixta:** Pérdida de orina que incluye incontinencia de esfuerzo y de urgencia.
- **IU total:** Pérdida de orina continua e impredecible.
- **IU transitoria:** Este tipo de incontinencia aparece de forma temporal debido a una condición o una infección, que desaparecerá una vez sean tratadas. Puede ser provocada por medicamentos,

infecciones de las vías urinarias, disfunciones mentales, movilidad limitada, medicamentos e impactación fecal (estreñimiento grave).

- **Infección del tracto urinario (ITU):** Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Puede ser un factor etiológico de la IU o también un efecto adverso no deseado por el estasis de orina o la humedad continuada.
- **Lesiones dérmicas:** Lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudado de heridas, efluentes de estomas o fistulas, sudor, saliva o moco).
- **Micción Pautada:** Consiste en ir a orinar de forma programada. A veces se puede controlar la IU planificando las horas para ir a orinar, sienta la necesidad o no. Se registra en un diario miccional que da información de la frecuencia necesaria para evitar los escapes de orina.
- **Músculos del suelo pélvico:** Conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina; y recto) en la posición adecuada porque de ello depende su normal funcionamiento.

ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA: N-N-N²⁵

La incontinencia urinaria aparece reflejada en la literatura enfermera como un diagnóstico enfermero debido a que constituye una respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación y que lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar o de relación, en el grado de independencia, y asociado también con pérdida de la autoestima e incremento de la dependencia de terceras personas.

Los diagnósticos de enfermería referidos a la eliminación urinaria son ocho y sin duda formulados con taxonomía NANDA entienden que el gran problema urinario es competencia de la enfermería.

De los 8 diagnósticos, seis nos hablan de incontinencia (funcional, de esfuerzo, urgencia, y de riesgo de urgencia, total, y refleja), fuera de este concepto quedan dos: un primer diagnóstico “general”: Deterioro de la Eliminación Urinaria, y el de Retención urinaria, (que a su vez se relaciona mucho con la incontinencia refleja).

Por consenso del grupo se propone el diagnóstico “deterioro de la eliminación urinaria”, como marco de referencia de cualquier tipo de incontinencia.

DIAGNÓSTICO 00016: DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES

Incontinencia urinaria	Característica definitoria
Retención urinaria	Característica definitoria
Urgencia urinaria	Característica definitoria
Deterioro sensitivo-motor	Factor Relacionado
Infección del tracto urinario	Factor Relacionado
Multicausalidad	Factor Relacionado

NOC

- NOC (0503) Eliminación urinaria.
 - IND. (50301) Patrón de eliminación.
 - IND (50302, 50303, 50304, 50305, 50306) Características de la orina (olor, color, cantidad, densidad).
- NOC (0502) Continencia urinaria.
 - (50214) Infecciones del tracto urinario.
 - (50207) Pérdidas de orina entre micciones.
- NOC (0914) Estado neurológico: Función sensitiva/motora medular.
 - INDICADOR (91409) Sensación cutánea de la parte inferior del cuerpo.

INTERVENCIONES NIC

- NIC 0610: CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA
 - Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
 - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.
 - Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
 - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
 - Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
 - Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.
- NIC 4120: MANEJO DE LÍQUIDOS
 - Distribuir la ingesta de líquidos en 24 h. según corresponda.
- NIC 0570: ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA
 - Llevar al paciente al baño o recordarle que orine en los intervalos prescritos.
- NIC 0640: MICCIÓN ESTIMULADA
 - Reforzar positivamente la precisión de la respuesta de estado de continencia y el éxito de la continencia entre períodos programados de aseo.
- NIC0560 EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO
 - Proporcionar una retroalimentación positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
 - Enseñar al individuo a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- NIC 1804: AYUDA CON OS AUTOCUIDADOS: MICCIÓN/DEFECACION
 - Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- NIC 6540: CONTROL DE INFECCIONES
 - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos.
- NIC 5820: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
 - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 - Reforzar el comportamiento según corresponda.
 - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- NIC3584: CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO
 - Aplicar los pañales sin comprimir, según corresponda.

- Colocar empapadores para la incontinencia, si es el caso.
 - Proporcionar higiene antes y después de orinar/defecar, si es necesario.
 - Aplicar emolientes a la zona afectada.
 - Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma.
- **NIC 3540: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
 - Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
 - Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.
- **NIC 6486: MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD**
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
 - Utilizar dispositivos de protección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urinary Incontinence. Guideline 2015. European Association of Urology guidelines. The Netherlands disponible en <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/> consultado en febrero 2018
2. Incontinencia. La Piel y la Cicatrización Monográficos en Ulceras.net. 2018. Sevilla Disponible en <https://www.ulceras.net/monografico/92/76/incontinencia.html> consultado en febrero 2018
3. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2016. Disponible en <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
4. Incontinencia urinaria. Observatorio Nacional de la Incontinencia. 2018. España Disponible en http://www.observatoriodelaincontinencia.es/incontinencia_urinaria.php
5. Urinary incontinence in women: management. Clinical guideline [CG171] Published date: September 2013 Last updated: November 2015. NICE. National Institute for Clinical Excellence. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>
6. Urinary incontinence in women. Quality standard [QS77] Published date: January 2015. NICE. National Institute for Clinical Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs77>
7. Prevalencia de incontinencia en España en España 2009. Observatorio Nacional de la Incontinencia. Informe ONI. Pag 4-11. Disponible en http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf
8. Urinary incontinence in older adults admitted to acute care. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice .2003. Revised 2012. Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, 4th Edition, Springer Publishing Company, LLC. Hartford Institute for Geriatric Nursing NYU Rory Meyers College of Nursing. Disponibles en <https://consultgeri.org/geriatric-topics/urinary-incontinence>
9. Manejo de la incontinencia mediante la evacuación inducida. Guías de Buenas Prácticas en Enfermería. RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). Instituto Carlos III. 2011 Madrid. Disponible en http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_Incontinencia_spp_022014_-_with_supplement.pdf
10. Manejo no quirúrgico de la incontinencia urinaria en mujeres: una guía de práctica clínica del American College of Physicians. (ACP). Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. NGC 2014. National Guidelines Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S
Disponible en <https://www.guideline.gov/summaries/summary/48543/nonsurgical-management-of-urinary-incontinence-in-women-a-clinical-practice-guideline-from-the-american-college-of-physicians?q=urinary+incontinence>
11. García F. P., Ibars P., Martínez F., Perdomo E., Rodríguez M., Rueda J., et al. *Incontinencia y úlceras por presión*. Serie Documento Técnico GNEAUPP nº 10. Cercedilla (Madrid): GNEAUPP; 2006 http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/18_pdf.pdf

12. Avilés Martínez MJ, Sánchez Lorente M. M., coordinadores. *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. Valencia: Generalitat Valenciana; 2012. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
13. Subcomisión de Lesiones por Presión del HospitalClínico Universitario Lozano Blesa. *Guía de práctica clínica: prevención y tratamiento de las lesiones por presión*. Zaragoza: Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón; 2013. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_527_Prev%20y%20trat%20LPP_Actualizacion2013.pdf
14. Global IAD Expert Panel, (2015). Beeckmand., Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. Addressing evidence gaps for best practice. London: Wounds International; 2015.
15. Urinary tract infections. Womenshealth. Gov. U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en <https://www.womenshealth.gov/files/documents/fact-sheet-urinary-tract-infections.pdf>
16. Villar Bustos MC, Martín Vaquero Y, García Calderón MS, González Sanz A. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico. *Rev.enferm. CyL [Internet]*. 2012 [diciembre 2017]; vol.4 (2): 21-39. Disponible en : www.revistaenfermeriacyl.es
17. De Almeida Abreu HC, Almeida Oliveira Reiners AA, Capriata de Souza Azevedo R, Cândido da Silva AM, De Oliveira Moura Abreu DR. Incontinencia urinaria en la predicción de caídas en ancianos hospitalizados. *Rev. Esc.enferm. USP [Internet]*. 2014 [diciembre 2017]: vol.48 (5):1- 9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000011>
18. Torra i Bou J. E., LópezCasanova P., Verdú J., Pujalte M. J., Alonso B., Blanco del Valle A., et al. Monografía Prevençare 1. Cuidado de la piel en pacientes ancianos con incontinencia, exceso de exudado y exceso de sudoración. San Joan Despí (Barcelona): Smith & Nephew; 2008.
file:///C:/Users/carmen/Downloads/Dialnet-ValoracionYManejoIntegralDeLasLesionesCutaneasAsoc-5423375%20(1).pdf
<http://www.anedidic.com/descargas/revista-dermatologica/25/revista25.pdf>
19. Rumbo-Prieto J. M., Arantón-Areosa L., López-de los Reyes R., Vives-Rodríguez E. Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad [Guía Práctica nº7]. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016
<https://ulcerasfora.sergas.es/Informacion/Documents/173/GU%C3%8DA%20N%C2%BA7%20LESCAH%20cast.pdf>
20. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa LLópez de los ReyesR, E Vives RodríguezE Palomar LlatasF, Cortizas ReyJS Valoración y manejo integral de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (lescah):Revisión de consenso. Assessment and integrated management of moisture associated skin damages (masd): consensus review. . *Enferm Dermatol*. 2015; 9(25)
21. Velázquez Magaña M, Bustos López HH, Rojas Poceros G, Oviedo ortega G, Neri Ruiz ES, Sánchez Castrillo C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Rev. Medigraphic Artemisa en línea.Ginecología y obstetricia de México*. [Internet]. 2007; vol.75:347-356. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/.gom-2007/.gom076g.pdf>
22. Viana C, Molina F, Díez M. Infección de vías urinarias en el adulto. Guía clínica 2009.Fisterra.com. (20 de noviembre de 2010).
23. Pigrau C. Infección del Tracto Urinario. Barcelona: Salvat; 2013. [Internet], Consulta: 14 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/otrosdeinteres/seimc-dc2013-LibroInfecciondeltractoUrinario.pdf>

24. Ablanedo Suárez JM, Díaz Alonso JM, Fernández Flórez MR, Fernández García C, Fernández Martínez P, García Puente P. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Asturias: Consejería de salud y servicios sanitarios, Gobierno del Principado de Asturias. 2010. Disponible en: <http://www.astursalud.es>
25. NNNconsult, <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es.nnnconsult.publicaciones.castillayleon.es>
26. Morilla herrera JC, Contreras F E, Morales Asencio JM, Martin Santos F, Gomez Vidal L. y cols. Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. Tercera edición. Asociación andaluza de enfermería comunitaria (ASANEC). Disponible en www.asanec.es/.../GUIA%20IU%20PDF%20REVISADA%2021_11_2007ZIP.pdf

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1	CUESTIONARIO DE VALORACION DEL PACIENTE INCONTINENTE
ANEXO 2	CUIDADOS AL ALTA
ANEXO 3	NIVELES DE EVIDENCIA JBI
ANEXO 4	ESCALAS DE VALORACION
ANEXO 5	ESCALA DE BARTHEL

ANEXO 1

VALORACION DEL PACIENTE INCONTINENTE

Al ingreso en la unidad de Hospitalización se realizará la valoración de la incontinencia urinaria a aquellos pacientes en los que se identifique esta situación.

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA²⁶. (De esfuerzo, de urgencia y por obstrucción prostática)

Mujer:

	SI	NO
¿Tiene sensación de peso en la zona genital?		
¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?		
¿Cuándo ríe se le escapa la orina?		
¿Si estornuda se le escapa la orina?		
¿Al toser se le escapa la orina?		
<i>La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para "incontinencia de esfuerzo" del 77,2%.</i>		
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?		
Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?		
Si tiene ganas de orinar ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?		
Cuando sale del ascensor ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?		
<i>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%</i>		

Hombres:

	SI	NO
Si oye un ruido de agua o pone las manos en agua fría ¿nota ganas de orinar?		
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?		
Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?		
Si tiene ganas de orinar ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?		
Cuando sale del ascensor ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?		
<i>La respuesta afirmativa de estas 5 preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para</i>		

	SI	NO
<i>“incontinencia de urgencia” del 30,4%. La respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 77%.</i>		
Quando acaba de orinar ¿tiene la sensación de que tendría que continuar y no puede?		
¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina?		
¿Va a menudo al servicio y orina poca cantidad?		
<i>La respuesta afirmativa de estas 3 preguntas tiene un valor predictivo positivo para el hombre para “incontinencia por obstrucción prostática” del 66,7%. La respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 80%</i>		

Fuente: ASANEC²⁶

ANEXO 2

RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA

Las pautas de actuación que recibirán los pacientes cuando reciban el alta deben tener en cuenta:

1. Incluir en las recomendaciones de cuidados al paciente y familia.
2. Enseñar la importancia de emplear ropa interior de algodón para reducir la humedad perineal.
3. Recordar la importancia de un correcto lavado de manos.
4. Cambiar frecuentemente la ropa interior y/o productos absorbentes.
5. Enseñar una adecuada higiene perineal.
6. En función del tipo de incontinencia, establecer un programa basado en las necesidades individuales que incluyan:
 - a. Elaborar una rutina para ir al baño
 - b. Hacer ejercicios de suelo pélvico
 - c. Proponer entrenamiento vesical.
 - d. Evacuación inducida o micción programada.
 - e. Vaciar la vejiga tan pronto como sienta la urgencia, instruyendo en el vaciamiento completo de la misma
7. Incentivar el consumo de alimentos ricos en vitamina c para acidificar la orina y reducir el crecimiento bacteriano
8. Orientar sobre el consumo inadecuado de refrescos y sustancias irritantes (café, alcohol, tabaco)
9. Conocer signos y síntomas de retención urinaria, infección y/o incontinencia.
10. Informar sobre cuales con los signos de alarma que indique infecciones urinarias.

ANEXO 3

NIVELES DE EVIDENCIA

Niveles evidencia JBI

- **Grados de recomendación según los niveles de efectividad del Instituto Joanna Briggs.**
 - **Grado 1 o A:** Efectividad demostrada para su aplicación.
 - **Grado 2 o B:** Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados.
 - **Grado 3 o C:** Grado de efectividad no demostrada.

- **Niveles de evidencia (RNAO)**
 - **Nivel Ia:** Evidencia obtenida de metaanálisis o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECA).
 - **Nivel Ib:** Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo clínico controlado aleatorizado.
 - **Nivel Ila:** Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria, controlados, bien diseñados.
 - **Nivel Iib:** Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de otro tipo, cuasi experimental, no aleatorizado.
 - **Nivel III.3:** Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados no experimentales, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos.
 - **Nivel IV:** Evidencia obtenida de estudios de series de casos pre y post test, o solo post test. Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de las opiniones y experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Niveles de evidencia (NGC urinary incontinence in older adults)

- Nivel I: Revisiones sistemáticas (integradas / meta -análisis / guías de práctica clínica basadas en revisiones sistemáticas)
- Nivel II: estudio experimental único (ensayos controlados aleatorios [ECA])
- Nivel III: estudios cuasi experimentales
- Nivel IV: estudios no experimentales
- Nivel V: informe de atención / evaluación del programa / revisiones de literatura narrativa Nivel VI: Opiniones de respetadas autoridades / Paneles de consenso

AGREE Next Steps Consortium (2009). Evaluación de directrices para investigación y evaluación II. Obtenido de <http://www.agreertrust.org/?O=1397>. Adaptado de: Melnyck, BM & Fineout-Overholt, E. (2005). Práctica basada en evidencia en enfermería y cuidado de la salud: una guía para las mejores prácticas. Filadelfia, Pensilvania: Lippincott Williams & Wilkins y Stetler, CB, Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., y col. (1998). Revisiones integrativas centradas en la utilización en un servicio de enfermería. Applied Nursing Research, 11 (4) 195-206.

Niveles de evidencia American College of Physicians/GRADE

El sistema de clasificación de la guía del Colegio Americano de Médicos *		
Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación	
	Los beneficios claramente superan los riesgos y la carga o los riesgos y la carga claramente compensan los beneficios	Beneficios finamente equilibrados con los riesgos y la carga
Alto	Fuerte	Débiles
Moderado	Fuerte	Débiles

El sistema de clasificación de la guía del Colegio Americano de Médicos *		
Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación	
	Los beneficios claramente superan los riesgos y la carga o los riesgos y la carga claramente compensan los beneficios	Beneficios finamente equilibrados con los riesgos y la carga
Bajo	Fuerte	Débiles
Insuficiente evidencia para determinar los beneficios o riesgos netos		

* Adoptado a partir de la clasificación desarrollada por el Grupo de Trabajo GRADE (Calificación de Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación).

ANEXO 4

ESCALAS DE VALORACION. ESCALA DE NORTON MODIFICADA INSALUD

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
BUENO 4 Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/día y 2.000Kcal. IMC 20-25. % estándar 90. Ingesta de líquidos: 1.500-2.000 cc/día (8-10 vasos). Temperatura corporal: 36-37°C Hidratación: persona que mantiene peso con relleno capilar rápido. Mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo con pinzamiento.	ALERTA 4 Paciente orientado en tiempo, lugar y personas. Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles. Comprende la información. Valoración: solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.	TOTAL 4 Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.	AMBULANTE 4 Independencia total. No necesita depender de otra persona. Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o prótesis.	NINGUNA 4 Control de ambos esfínteres. Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal. Un portador de sonda vesical permanente conlleva un riesgo.
MEDIANO 3 Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/día y 2.000Kcal. IMC ≤20 <25. % estándar 80. Ingesta de líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos) Temperatura corporal: 37-37,5°C. Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.	APÁTICO 3 Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante. Valoración: dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.	DISMINUIDA 3 Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos. Valoración: dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.	CAMINA CON AYUDA 3 La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con aparatos con más de un punto de apoyo (bastones triples, cuádruples, andadores, muletas)	OCASIONAL 3 No controla esporádicamente uno de los esfínteres en 24 horas.
REGULAR 2 Nutrición: persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y 1.000Kcal. IMC>50 % estándar 70. Ingesta de líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos) Temperatura corporal: 37,5-38°C. Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.	CONFUSO 2 Inquieto, agresivo, irritable, dormido. Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. Si no hay estímulos fuertes, vuelve a dormirse. Intermitente desorientación en tiempo, lugar y/o personas. Valoración: pellizcar la piel, pinchar con una aguja.	MUY LIMITADA 2 Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.	SENTADO 2 La persona no puede caminar, no puede mantenerse en pie, es capaz de mantenerse sentado o puede moverse en una silla o sillón. La persona precisa ayuda humana y/o mecánica	URINARIA O FECAL 2 No controla uno de los dos esfínteres permanentemente. Colocación adecuada del colector, con atención a fugas, pinzamientos o fijación.
MUY MALO 1 Nutrición: persona que realiza 1 comidas/día. Toma la 1/3 del menú, una media de 1 raciones de proteínas/día y menos de 1.000Kcal. IMC>50 % estándar 60. Ingesta de líquidos: <500cc/día (<3 vasos) Temperatura corporal: >38,5°C ó <35,5°C. Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.	a)ESTUPOROSO b)COMATOSO 1 Desorientación en tiempo lugar y personas. a) Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. b) Ausencia total de respuesta, incluso refleja. Valoración: presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.	INMÓVIL 1 Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener a posición corporal o sustentarla. Valoración: presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.	ENCAMADO 1 Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total) Precisa de ayuda para cualquier objetivo (asarse, comer, etc).	URINARIA+FECAL 1 No controla sus esfínteres

ESCALA DE BRADEN

Percepción sensorial		Exposición a la humedad	Actividad		Movilidad		Nutrición		Roce y peligro de lesiones		
Completamente limitada	1	Constantemente húmeda	1	Encamado	1	Completamente inmóvil	1	Muy pobre	1	Problema	1
Muy limitada	2	A menudo húmeda	2	En silla	2	Muy limitada	2	Probablemente inadecuada	2	Problema potencial	2
Ligeramente limitada	3	Ocasionalmente húmeda	3	Deambula ocasionalmente	3	Ligeramente limitada	3	Adecuada	3	No existe problema	3
Sin limitaciones	4	Raramente húmeda	4	Deambula frecuentemente	4	Sin limitaciones	4	Excelente	4		

Rango de puntuación: 6 a 23 puntos.

Puntos de corte: ≤ 16 riesgo bajo, ≤ 14 riesgo moderado, ≤ 12 riesgo alto

Fuente: adaptado de "Escala e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. GNEAUPP nº11. Logroño. 2009".

ESCALA VISUAL DEL ERITEMA (EVE)

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

Fuente: Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad [Guía Práctica nº7]. Disponible en <https://ulcerasfora.sergas.es/Informacion/Documents/173/GU%C3%8DA%20N%C2%BA7%20LESCAH%20cast.pdf>

ANEXO 5

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: ESCALA DE BARTHEL

A. COMER

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar instrumentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. Pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona.

B. LAVARSE-BAÑARSE

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión.

C. VESTIRSE

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y coscarse otros complementos que precisa, sin ayuda.
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente	Necesita que otra persona lo vista.

D. ARREGLARSE

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse la cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.

E. DEPOSICIÓN

10	Independiente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

F. MICCIÓN-VALORAR LA SITUACIÓN EN LA SEMANA PREVIA

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

G. IR AL RETRETE

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza
----	---------------	--

		sin ayuda (puede utilizar barras para apoyarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

H. TRASLADARSE SILLÓN/CAMA

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo de pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, u puede volver a la silla sin ayuda.
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar de la cama o desplazarse.
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por 2 personas. Incapaz de permanecer sentado.

I. DEAMBULACIÓN

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas,...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye Instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

J. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas,..) y el pasamanos.
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal.
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

PUNTUACIÓN:

- **0-20: Dependencia total**
- **21-60: Dependencia severa**
- **61-90: Dependencia moderada**
- **91-99: Dependencia escasa**
- **100: Independencia**

ANEXO 5

ECALAS DE INDICADORES

ESCALA a – INDICADORES NOC

- 1. Gravemente comprometido
- 2. Sustancialmente comprometido
- 3. Moderadamente comprometido
- 4. Levemente comprometido
- 5. No comprometido

Desde gravemente comprometido hasta NO comprometido.

6. ESCALA n – INDICADORES NOC

- 1. Grave
- 2. Sustancial
- 3. Moderado
- 4. Leve
- 5. Ninguno

Desde grave hasta ninguno.