



DISTRITO de A. P. S. CONDADO-CAMPIÑA.
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
CONSEJERÍA DE SALUD.

C/ Ronda de los Legionarios nº 8.
21700 La Palma del Condado (Huelva).
959 027003 (227003)
Fax: 959 027019 y 20.

VALORACIÓN ENFERMERA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

(VALORACIÓN ÚTIL PARA EL USO DE TÉCNICAS CONDUCTIVAS)

- COLECTORES, ORIS, SONDAJES y ABSORBENTES -

(Pedro Manuel Pérez Naranjo, Francisco Poyato Poyato)



ÍNDICE:

	Página
Introducción	2
Epidemiología	2
Definición	2
Etiquetas diagnósticas de la NANDA	2
Breve recuerdo de la clasificación de la Incontinencia	3
Objetivos de la valoración enfermera	4
Técnicas conductivas a pacientes con I.U.	4
Absorbentes para incontinencia urinaria	5
Elección del absorbente	6
Cuadro resumen sobre los absorbentes	7
Informe enfermero y prescripción	8
Modelo de Informe de Valoración de Enfermería para el uso de dispositivos y/o absorbentes de incontinencia.	9
NANDA, NIC , NOC, Incontinencia urinaria de esfuerzo.	10
NANDA, NIC , NOC, Incontinencia urinaria refleja.	11
NANDA, NIC , NOC, Incontinencia urinaria de urgencia.	12
NANDA, NIC , NOC, Incontinencia urinaria funcional.	13
NANDA, NIC , NOC, Incontinencia urinaria total.	14
Modelo de Test de Pfeiffer, cribado de deterioro cognitivo (v.e.).	15
Modelo de Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria.	16
Dispositivo externo ocluser uretral (Oris).	17,18 y 19
Protocolo de colocación y uso del Colector Urinario.	20, 21



INTRODUCCIÓN.

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

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

Deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, posee graves repercusiones psicológicas y sociales, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto. La incontinencia urinaria es uno de los síntomas geriátricos más frecuentes, constituyendo un importante problema sanitario en la población anciana.¹

Aunque la incontinencia urinaria no amenaza la vida del paciente, es un problema que provoca incomodidad, humillación, vergüenza y limitación importante de la actividad laboral, educacional, familiar e individual, lo que llega a convertirla en una especie de “cáncer social”.²

Los diagnósticos de enfermería referidos a la eliminación urinaria son ocho. Sin duda los diagnósticos de enfermería formulados con la taxonomía de la NANDA (American Nursing Diagnosis Association), entienden que el gran problema urinario que es competencia de la enfermería es la incontinencia (funcional, de esfuerzo, urgencia y de riesgo de urgencia, total y refleja), fuera de este concepto quedan dos diagnósticos: uno primero “general”: “*Deterioro de la Eliminación Urinaria*” y el de la “*Retención Urinaria*” (a su vez relacionada con la incontinencia refleja).

EPIDEMIOLOGÍA.

La prevalencia de la IU se estima entre el 0,6 y el 49%. Según los estudios, esta gran variabilidad puede estar generada por una definición poco precisa de la incontinencia, los métodos de obtención de datos y el ocultismo.

Desde el enfoque poblacional, hay cuatro grandes colectivos afectados:

- Población infantil enurética (10-15% niños de 5 a 7 años, 1% hasta los 18 años).
- Mujeres: mayor prevalencia con la edad, la menopausia y el número de partos.
- Pacientes neurológicos: varones (procesos prostáticos), ambos sexos (diabetes mellitas, patología neurológica, fármacos, intervenciones quirúrgicas).
- Ancianos: Un 15% para la población > de 65 años no institucionalizada y entre un 33 y un 60% en personas en residencias.

DEFINICIÓN.

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria o inconsciente de orina que condiciona un problema higiénico y/ o social y que se puede demostrar objetivamente.³

ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE LA NANDA:

- Incontinencia transitoria.
- Incontinencia funcional.
- Incontinencia de estrés.

¹ J.C. Morilla Herrera, Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria, Servicio Andaluz de Salud.

² Sánchez González R. et al, Atención Primaria 24 (7): 421-424.

³ Taxonomía de la NANDA. Ediciones Harcourt, 2001.



- Incontinencia por rebosamiento (*incontinencia urinaria refleja*).
- Incontinencia de urgencia.

BREVE RECUERDO DE LA CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

La NANDA (American Nursing Diagnosis Association), clasifica las incontinencias urinarias (IU) mediante 5 etiquetas diagnósticas que se pueden corresponder con nomenclatura de la clínica médica.

El interés de la disciplina enfermera no es la etiología sino la respuesta, en términos de conducta, que la pérdida de orina involuntaria genera en las personas.

Incontinencia transitoria:

50% ancianos hospitalizados IU reversible. El 33% de los que viven en la comunidad son pérdidas transitorias. Causas: infecciones del tracto urinario, delirio, vaginitis, fármacos (sedantes, diuréticos, anticolinérgicos, antagonistas del calcio), disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hiperglucemia e hipercalcemia), inmovilidad e impactación fecal.

Incontinencia de urgencia:

Inestabilidad del detrusor. Es la más frecuente entre personas mayores. La NANDA la llama ***incontinencia urinaria de urgencia***: el estado en que la persona experimenta una emisión de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Incontinencia por rebosamiento:

La presión de llenado vesical excede a la uretra cuando hay grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga, sin que exista actividad del detrusor. Más frecuente en el varón por la hipertrofia benigna de próstata. La NANDA la llama ***incontinencia urinaria refleja***: estado en que la persona experimenta una pérdida involuntaria de orina, que ocurre con intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen determinado en la vejiga.

Incontinencia de estrés:

Incontinencia de esfuerzo. Se produce aumento de la presión intraabdominal que supera la resistencia uretral (pequeñas pérdidas tras la tos, acceso de risa o actividad física). La NANDA la llama ***incontinencia urinaria de estrés***: definida como el estado en que la persona experimenta una pérdida de orina de menos de 50 ml. Que se produce al aumentar la presión abdominal.

Incontinencia funcional:

En ancianos continentes con tracto urinario intacto que no desea o es incapaz de alcanzar el aseo. Causas: depresión, hostilidad, alteraciones musculoesqueléticas,... La NANDA la llama ***incontinencia urinaria funcional***: el estado en que la persona experimenta una emisión de orina involuntaria e impredecible. Es ***incontinencia total*** cuando la pérdida es continua e impredecible.

Incontinencia neurógena:

Hiperrefléxica (Se manifiesta como IU de urgencia; surge en traumatismos craneoencefálicos, ACV, tumores cerebrales, esclerosis múltiples en fases iniciales, demencias, enfermedad de Parkinson...).

Arrefléxica (Se manifiesta como una IU por rebosamiento. Aparece en tetraplejía, paraplejía, espina bífida, esclerosis múltiples).

Alteraciones de la inervación pelviana (disfunción en los esfínteres como consecuencia de lesiones traumáticas o quirúrgicas o por neuropatías autonómica -diabetes-).

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA DE LA IU.

- **Captar a todos los pacientes que presentan incontinencia urinaria.**
- **Establecer un plan de actuación homogéneo para todos los pacientes incontinentes.**
- **Determinar la adecuada indicación de medidas relacionadas con las técnicas conductivas (colectores de pene, oris, sondaje vesical y absorbentes para incontinencia).**

TÉCNICAS CONDUCTIVAS A PACIENTES CON IU.

- ◆ **COLECTORES DE PENE:** Consisten en un capuchón similar a un preservativo que tiene en su extremo distal un conector para una bolsa. Habitualmente suelen acompañarse de una cinta adhesiva a doble cara que debe abrazarse a la zona proximal del pene, en forma de espiral para evitar que provoque estrangulamientos ante una posible erección. A continuación se libera el protector del adhesivo externo y se procede a desenrollar el colector sobre el pene para después conectar la bolsa. No puede usarse cuando existen hernias que engloben el pene. El riesgo es de maceración de la piel por lo que no debe mantenerse todo el día, debiendo alternarse con otros métodos.
Los colectores son prescribibles y tienen como código el nº 481809, siendo su coste de aprox. 52 € las 30 unidades.
- ◆ **ORIS:** Es un dispositivo de plástico que como una pinza con forma anatómica se coloca alrededor de la base del pene de manera que presione la uretra, ayudándose de un velcro. Se retira cuando el paciente va a orinar y puede reutilizarse mientras el velcro esté en buen estado. La tolerancia del paciente es fundamental en este método. Debe procederse a liberar el pene para la micción cada 4 horas, o menos, en ancianos, por lo que exige un compromiso de vaciamiento programado por parte del usuario o cuidador del mismo. Es un dispositivo discreto al no dejarse notar ni requerir el uso de bolsa.
Este dispositivo puede prescribirse por el médico de familia. Tiene el código nº 482190 (Laboratorio Nexis FCA) y su coste es de 12,02€.
- ◆ **SONDAJE VESICAL (NIC 0580):** En la IU el sondaje vesical intermitente está indicado en los casos en que por retención se produce un vaciamiento por rebosamiento al aumentar la presión intravesical, fundamentalmente en la IU refleja.

⇒ El sondaje vesical permanente está indicado en los casos de:

I. Retención urinaria que cursa con:

- Incontinencia persistente por rebosamiento, infecciones urinarias sintomáticas o disfunción renal.
- Cuando no se puede corregir médica o quirúrgicamente.
- Cuando no se puede manejar de forma práctica con cateterización intermitente.

II. Heridas de la piel, úlceras por presión o irritaciones contaminadas por la pérdida de orina.



- III. Cuidados en pacientes terminales o severamente enfermos, donde los cambios de la cama o de la ropa sean incómodos o desfavorecedores.
- IV. Preferencia del paciente por haber fracasado otras medidas.

◆ **ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA URINARIA:**

Los absorbentes de incontinencia son uno de los diferentes dispositivos que pueden emplearse en paciente incontinentes, cuando no puedan o no deban utilizarse otros métodos o tratamientos. Suponen una indudable mejora en la calidad de vida de los pacientes incontinentes, ayudando al desarrollo de una vida normal a quien tiene capacidad de deambulación y facilitando los cuidados del paciente encamado y su cuidadora. Constituyen el grupo de efectos y accesorios más utilizados en Atención Primaria. Existe escasa evidencia sobre el tipo de absorbente más indicado, pero sí hay una clara indicación de emplear los de un solo uso y hay indicios de mayor efectividad de los superabsorbentes.⁴

CLASIFICACIÓN DE LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA:

Los absorbentes de incontinencia se pueden diferenciar en función de su **capacidad de absorción, tipo o forma y talla.**

Capacidad de absorción:

ABSORBENTE DÍA	ABSORBENTE NOCHE	ABSORBENTE SUPER-NOCHE.
De 600 a 900 ml.	De 900 a 1200 ml.	Más de 1200 ml.

Tipo o forma del absorbente:

RECTANGULAR	ANATÓMICO	ANATÓMICO ELÁSTICO
Compresas rectangulares	Compresas anatómicas	Braga-pañal.

Talla del absorbente:

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

⁴ Shirran E., Brazzelli M., Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.



Elección del absorbente:⁵

CAPACIDAD	TIPO	TALLA	ABSORCIÓN
DÍA	RECTANGULAR	ÚNICA	> 600 ML
DÍA	ANATÓMICO	ÚNICA	> 600 ML
DÍA	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	PEQUEÑA (50-80 CM CINTURA) GRANDE (100-150 CM CINTURA)	> 600 ML
NOCHE	ANATÓMICO	ÚNICA	900-1200 ML
NOCHE	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	PEQUEÑA (50-80 CM CINTURA)	900-1200 ML
NOCHE	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	MEDIANA (70-110 CM CINTURA)	900-1200 ML
NOCHE	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	GRANDE (100-150 CM DE CINTURA)	900-1200 ML
SUPERNOCHE	ANATÓMICO y RECTANGULAR.	ÚNICA	> 1200 ML
SUPERNOCHE	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	MEDIANA (70-110 CM DE CINTURA)	> 1200 ML
SUPERNOCHE	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	GRANDE (100-150 CM CINTURA) PEQUEÑA (50-80 CM CINTURA)	> 1200 ML

⁵ Guía de atención al paciente con incontinencia urinaria. ASANEC y Servicio Andaluz de Salud. Pág. 71.



MOVILIDAD	INCONTINENCIA	TIPO DE PAÑAL	PERÍMETRO CINTURA	CAPACIDAD DE ABSORCIÓN	UNIDADES / DÍA	HORARIO DE USO
AMBULANTE	URINARIA LEVE	RECTANGULAR	ADAPTABLE MALLA	600-900 ML	MÁXIMO 4.	DÍA Y NOCHE
AMBULANTE LIMITADA	URINARIA MODERADA	ANATÓMICO DÍA	ADAPTABLE MALLA	600-900 ML	MÁXIMO 4.	DÍA Y NOCHE
AMBULANTE LIMITADA	URINARIA / FECAL MODERADA	ANATÓMICO DÍA ELÁSTICOS	PEQUEÑA MEDIANA GRANDE	600-900 ML	MÁXIMO 3.	DÍA
		ANATÓMICO NOCHE ELÁSTICOS		900-1200 ML	1	NOCHE
ENCAMADOS	URINARIA MODERADA	ANATÓMICO DÍA ELÁSTICOS	PEQUEÑA MEDIANA GRANDE	600-900 ML	MÁXIMO 3	DÍA
		ANATÓMICO NOCHE ELÁSTICOS		900-1200 ML	1	NOCHE
ENCAMADOS	URINARIA / FECAL GRAVE	ANATÓMICO NOCHE ELÁSTICOS	PEQUEÑA MEDIANA GRANDE	900-1200 ML	MÁXIMO 4	DÍA Y NOCHE
ENCAMADOS	MUY GRAVE	ANATÓMICO SUPERNOCHE ELÁSTICOS	MEDIANA GRANDE	> 1200 ML	1	NOCHE

Con la participación de C. Montero, Téc. del área del Medicamento.



INFORME ENFERMERO DE VALORACIÓN, PREVIO A LA PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS Y/O VISADO DE RECETAS DE ABSORBENTES PARA LA IU.

Informe Enfermero:

En aquellos pacientes a los que se estime prescribir por primera vez algún dispositivo y/o absorbentes de incontinencia, se valorará su situación por parte de su Enfermera de Familia (ya sea en el domicilio o en la consulta). El modelo de informe es el que aparece en el anexo de este documento.

En el caso de pacientes incapacitados o confinados, éstos se incluirán en la actividad de **Visita Domiciliaria**. El profesional de Enfermería asignado a sus cuidados hará una valoración de las necesidades.

En pacientes ya incluidos en el procedimiento administrativo de “visado de recetas”, las Unidades de Visado irán renovando los informes disponibles por los actuales (como el incluido en el anexo). Esta renovación se realizará de manera gradual y paulatina o bien cuando se produzca alguna modificación en la situación del paciente que afecte a las condiciones de visado que tenía individualmente establecidas.

Prescripción:

La Enfermera facilitará la labor de una prescripción correcta y adecuada del médico de familia del paciente, con la emisión de un informe claro y cumplimentado en todos sus apartados.

Una prescripción correcta agiliza el tratamiento administrativo del visado y facilita a nuestro paciente el absorbente exacto que se haya seleccionado.

La diversidad de absorbentes que existen en el mercado, la variada y confusa nomenclatura y la no disponibilidad de todas la variedades de absorbentes por parte de las marcas comerciales, originan frecuentes errores, tanto en la prescripción como en el visado y dispensación, con las consecuentes molestias para el paciente y su cuidadora y el coste adicional que conllevan estas situaciones (a la institución y a la familia).



INFORME DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL USO DE DISPOSITIVOS Y/O ABSORBENTES DE INCONTINENCIA.

Nombre Paciente: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ . Nº de Tarjeta Sanitaria Individual: _____

Clave médica o médico de familia: _____

Edad: _____ . Peso: _____

Contorno de cintura: _____ . (expresado en centímetros).

Diagnóstico o causa de la incontinencia: _____

Duración de la incontinencia: _____

Tipo de incontinencia:

IU de esfuerzo. IU de urgencia IU total

IU refleja IU funcional I Fecal

Estado del Paciente:

Cama Cama/Sillón Deambula

Test de Pfeiffer Cuestionario valoración IU

Presencia de UPP Precisa Cuidadora

DISPOSITIVO RECOMENDADO: ORIS COLECTOR DE PENE ABSORBENTES

COMBINACIONES DE ABSORBENTES (Máximo de uds. / día)	SELECCIÓN (SEÑALAR CON UN ASPA)	TALLA	PAUTA DE VISADO
RECTANGULAR DÍA (4)			CADA 20 DÍAS
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (4)			CADA 20 DÍAS
ANATÓMICO NOCHE (3)			CADA 27 DÍAS
ANATÓMICO SUPER NOCHE (1)			CADA 80 DÍAS
RECTANGULAR (2) + ANATÓMICO NOCHE (1)			CADA 40 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 DÍAS EL NOCHE
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (2) + A. NOCHE (1)			CADA 40 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 DÍAS EL NOCHE
RECTANGULAR (3) + ANATÓMICO NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (3) + A. NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.
RECTANGULAR (2) + ANATÓMICO NOCHE (2)			CADA 40 DÍAS LOS DOS TIPOS
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (2) + A. NOCHE (2)			CADA 40 DÍAS LOS DOS TIPOS
RECTANGULAR (3) + ANAT. SUPER NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.
ANAT. ELÁST. DÍA (3) + A. SUPER NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.

Fecha de realización: _____ . Lugar realización: DOMICILIO / CENTRO.

Nombre y apellidos del profesional: _____
Firmado:



Incontinencia urinaria de esfuerzo (pág. 108 NANDA, 2003-2004)

Definición *Pérdida de orina inferior a los 50 ml al aumentar la presión abdominal.*

Características definitorias

- Goteo de orina al aumentar la presión abdominal
- Urgencia urinaria
- Intervalo entre micciones inferior a 2h.

Factores relacionados

Debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales.
Cambios degenerativos en los músculos pélvicos y soportes estructurales asociados con el envejecimiento.
Drenaje vesical incompleto.
Sobredistensión entre micciones.
Aumento de la presión intraabdominal (p.ej., obesidad, embarazo).

RESULTADOS SUGERIDOS: (pág.448 NOC)

Continencia urinaria	(p.188)
Eliminación urinaria	(p.265)

RESULTADOS OPCIONALES ADICIONALES:

Autoestima	(p.118)	Función muscular	(p.322)
Calidad de vida	(p.124)	Gravedad del síntoma	(p.331)
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	(p.149)	Implicación social	(p.340)
Conocimiento: régimen terapéutico	(p.179)	Integridad tisular: piel y membranas	
Control del síntoma	(p.222)	mucosas	(p.343)
Cuidados personales: higiene	(p.233)	Posible resistencia al cuidado familiar	(p.375)
Cuidados personales: uso del inodoro	(p.238)	Rendimiento del cuidador familiar: atención directa.	(p.387)

INTERVENCIONES ENFERMERAS SUGERIDAS: (pág.815 -NIC)

Biorretroalimentación	(p.210)	Entrenamiento del hábito urinario	(p.372)
Cuidados de la incontinencia urinaria	(p.254)	Manejo de la eliminación urinaria	(p.522)
Ejercicios del suelo pélvico (Grado C)	(p.342)	Manejo de la medicación	(p.532)
Enseñanza: individual	(p.348)	Manejo del pesario	(p.571)
Enseñanza: medicamentos prescritos	(p.350)	Manejo del peso	(p.573)

INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES:

Ayuda con los autocuidados: aseo	(p.194)	Monitorización respiratoria	(p.614)
Cuidados perineales	(p.303)		

Incontinencia urinaria refleja (pág. 110 NANDA 2003-2004)

Definición *Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.*

Características definitorias

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de sensación de urgencia de miccionar. ▪ Vaciado completo con lesión por encima del centro pónico de la micción. ▪ Vaciado incompleto con lesión por encima del centro sacro de la micción. ▪ Falta de sensación de repleción vesical. ▪ Sensaciones asociadas con la repleción vesical tales como sudación, agitación y malestar abdominal. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para inhibir o iniciar voluntariamente la micción. ▪ Falta de sensación de micción. ▪ Patrón previsible de micción. ▪ Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical. |
|--|---|

Factores relacionados

Lesión tisular por cistitis por radiación, estados vesicales inflamatorios o cirugía pélvica radical.

Deterioro neurológico por encima del centro sacro o del centro pónico de la micción.

RESULTADOS SUGERIDOS: (pág.449 NOC)

Continencia urinaria	(p.188)
Eliminación urinaria	(p.265)
Estado neurológico: autónomo	(p.304)

RESULTADOS OPCIONALES ADICIONALES:

Calidad de vida	(p.124)	Estado neurológico	(p.303)
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	(p.149)	Estado nutricional: ingestión alimentaria	(p.312)
Conocimiento: proceso de la enfermedad	(p.176)	Gravedad del síntoma	(p.331)
Conocimiento: régimen terapéutico	(p.179)	Integridad tisular: piel y membranas	
Control del síntoma	(p.222)	mucosas	(p.343)
Cuidados personales: higiene	(p.233)	Possible resistencia al cuidado familiar	(p.375)
		Rendimiento del cuidador familiar: atención directa.	(p.387)

INTERVENCIONES ENFERMERAS SUGERIDAS: (pág.815 -NIC)

Cuidados de la incontinencia urinaria	(p.254)	Entrenamiento de la vejiga urinaria	(p.371)
Cuidados de la retención urinaria	(p.259)	Manejo de la eliminación urinaria	(p.522)
Cuidados del catéter urinario	(p.278)	Sondaje vesical	(p.702)
Ejercicios del suelo pélvico	(p.342)	Sondaje vesical intermitente	(p.703)

INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES:

Ayuda con los autocuidados: aseo	(p.194)	Cuidados perineales	(p.303)
Baño	(p.208)		

Incontinencia urinaria de urgencia (pág. 112 NANDA 2003-2004)

Definición *Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.*

Características definatorias

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia urinaria. ▪ Incapacidad para llegar al WC a tiempo. ▪ Frecuencia superior a una micción cada 12h. ▪ Contractura o espasmo vesical. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Más de 2 micciones por noche. ▪ Micciones de cantidad inferior a 100 cc. ▪ Micciones de cantidad superior a 550 cc. |
|--|---|

Factores relacionados

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol. - Cafeína. - Aumento de la ingesta de líquidos. - Aumento de la concentración de la orina. - Sobredistensión vesical. | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la capacidad (p.ej., historia de la enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía abdominal, catéter urinario permanente). - Irritación de los receptores de la tensión vesical provocando espasmo (p.ej., infección vesical). |
|--|---|

RESULTADOS SUGERIDOS: (pág.448 NOC)

Continencia urinaria	(p.188)
Eliminación urinaria	(p.265)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(p.343)

RESULTADOS OPCIONALES ADICIONALES:

Autoestima		
Capacidad cognitiva	(p.125)	
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	(p.149)	Función muscular (p.322)
Conocimiento: proceso de la enfermedad	(p.176)	Implicación social (p.340)
Conocimiento: régimen terapéutico	(p.179)	Nivel de movilidad (p.358)
Control del síntoma	(p.222)	Posible resistencia al cuidado familiar (p.375)
Cuidados personales: higiene	(p.233)	Rendimiento del cuidador familiar: atención directa (p.387)
Cuidados personales: uso del inodoro	(p.238)	

INTERVENCIONES ENFERMERAS SUGERIDAS: (pág.814 -NIC)

Ayuda con los autocuidados: aseo	(p.194)	Manejo de la medicación	(p.532)
Entrenamiento del hábito urinario (Grado de evidencia A)	(p372)	Manejo de líquidos	(p.553)
Manejo ambiental	(p465)	Monitorización de líquidos	(p.602)
Manejo de la eliminación urinaria	(p.522)		

INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES:

Cuidados del catéter urinario	(p.278)	Fomento del ejercicio	(p.432)
Cuidados perineales	(p303)	Manejo del pesario	(p.571)
Ejercicio del suelo pélvico	(p.342)	Manejo del peso	(p.573)
Evacuación inmediata	(p.386)	Sondaje vesical	(p.702)

Incontinencia urinaria funcional (pág. 109 NANDA 2003-2004)

Definición *Incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina.*

Características definatorias

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontinencia que puede presentarse sólo temprano por la mañana. ▪ Percepción de la necesidad de miccionar. ▪ Capacidad para vaciar completamente la vejiga. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ El tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada. ▪ Pérdida de orina antes de llegar al inodoro. |
|--|--|

Factores relacionados

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Factores psicológicos. - Deterioro de la visión. - Limitaciones neuromusculares. | <ul style="list-style-type: none"> - Alteración de los factores ambientales. - Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte. - Deterioro de la cognición. |
|--|--|

RESULTADOS SUGERIDOS: (pág.449 NOC)

Continencia urinaria	(p.188)
Eliminación urinaria	(p.265)

RESULTADOS OPCIONALES ADICIONALES:

Control del síntoma.	(p.222)	Gravedad del síntoma.	(p.331)
Cuidados personales: uso del inodoro	(p.238)	Integridad tisular: piel y membranas.	
Deambulación: caminata.	(p.243)	Mucosas.	(p.343)
Deambulación silla de ruedas.	(p.244)	Nivel de movilidad.	(p.358)
Función muscular.	(p.322)	Realización del traslado.	(p.379)

INTERVENCIONES ENFERMERAS SUGERIDAS: (pág.815 -NIC)

Ayuda con los autocuidados: aseo.	(p.194)	Evacuación inmediata.	(p.386)
Cuidados de la incontinencia urinaria.	(p.254)	Manejo ambiental.	(p.465)
Ejercicios del suelo pélvico.	(p.342)	Manejo de la eliminación urinaria.	(p.522)
Entrenamiento del hábito urinario	(p.372)		

(Grado de evidencia A)

INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES:

Baño.	(p.208)	Potenciación de la conciencia de sí mismo.	(p.630)
Cuidados perineales	(p.303)	Terapia de ejercicios: deambulación	(p.726)
Fomento de la comunicación: déficit visual	(p.414)	Vestir.	
Fomento del ejercicio.	(p.432)	Vigilancia: seguridad.	(p.772)

Incontinencia urinaria total (pág. 111 NANDA, 2003-2004)

Definición *pérdida de orina continua e imprevisible.*

Características definitorias

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontinencia refractaria al tratamiento. ▪ Nicturia. ▪ Falta de conciencia del llenado vesical. ▪ Falta de conciencia de la incontinencia. |
|---|--|

Factores relacionados

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicador de repleción vesical. - Contracción independiente del reflejo detrusor debido a cirugía. | <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo o enfermedad que afecta los nervios de la médula espinal. - Anomalía anatómica (fístula). - Disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles. |
|--|--|

RESULTADOS SUGERIDOS: (pág.450 NOC)

Continencia urinaria	(p.188)
Eliminación urinaria	(p.265)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(p.343)

RESULTADOS OPCIONALES ADICIONALES:

Autoestima.	(p.118)	Cuidados personales: uso del inodoro.	(p.238)
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.	(p.149)	Estado neurológico.	(p.303)
Conocimiento: procedimientos terapéuticos.	(p.175)	Gravedad del síntoma.	(p.331)
Control del síntoma.	(p.222)	Implicación social.	(p.340)
Cuidados personales: higiene.	(p.233)		

INTERVENCIONES ENFERMERAS SUGERIDAS: (pág.816 -NIC)

Ayuda con los autocuidados: aseo.	(p.194)	Manejo ambiental.	(p.465)
Cuidados de la incontinencia urinaria.	(p.254)	Sondaje vesical.	(p.702)
Cuidados perineales.	(p.303)		

INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES:

Baño.	(p.208)	Manejo de líquidos.	(p.553)
Manejo de la eliminación urinaria.	(p.522)	Monitorización de líquidos.	(p.602)



CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER- (VERSIÓN ESPAÑOLA)

Nombre del paciente: _____.

Fecha: _____.

1. ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su nº de teléfono?
- 4.A ¿cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no.

A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

(Es decir, si tiene 3 o más errores en las respuestas, en el supuesto de saber leer y escribir y de cuatro o más en el caso de que no sepa escribir y leer, existe sospecha de cierto deterioro cognitivo).

RESULTADO EXPRESADO EN NÚMERO DE ERRORES:

¿ SOSPECHA DE DETERIORO COGNITIVO ?

SÍ	NO



CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA.

(de esfuerzo, de urgencia y por obstrucción prostática)

⇒ **Mujeres:**

Nombre: _____.

Fecha realización: _____.

ITEM	SÍ	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?		
La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para "incontinencia de esfuerzo" del 77,2%.		
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?		
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%		

⇒ **Hombres:**

Nombre: _____.

Fecha realización: _____.

ITEM	SÍ	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?		
La respuesta afirmativa de estas 5 preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para "incontinencia de urgencia" del 30,4%. La respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 77%.		
Cuando 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?		
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%.		



Oris ♂



DISPOSITIVO EXTERNO OCLUSOR URETRAL CON DOBLE ZONA DE ACCIÓN.

Características:

Oris es un sencillo dispositivo médico que se coloca alrededor del pene evitando las pérdidas de orina, de una manera cómoda, discreta e higiénica. Está fabricado en plástico semi-rígido de alta calidad, con protección interna de espuma.

- **Indicaciones**
Oris está indicado en varones con incontinencia urinaria esfinteriana leve o moderada.
- **Utilización**
Se adapta discretamente alrededor del pene gracias a su sistema velcro.
- **Seguridad**
Por su especial diseño, con doble zona oclusora, únicamente incide sobre la uretra impidiendo la pérdida involuntaria de orina. La facilidad en su utilización garantiza la COMODIDAD, DISCRECIÓN y LIBERTAD DE MOVIMIENTO del paciente. Debe abrirse el ORIS una vez cada 4 horas y orinar.
- **Duración**
Oris incluye dos dispositivos médicos, desechables, para los cuales está prevista una duración promedio de 7 días, por lo tanto permite un tratamiento de dos semanas.
- **Probado Científicamente**
ORIS ha sido analizado científicamente según el R.D. 2216/85 sobre Valoración de sustancias químicas.
- **Financiado por la Seguridad Social**
No se necesita firma del inspector para su prescripción.





UNA NUEVA SOLUCION COMODA Y DISCRETA PARA CONTROLAR LA INCONTINENCIA MASCULINA

Evaluación médica

La Unidad de Urodinámica del Hospital Universitario del Vall d'Hebrón de Barcelona ha evaluado el dispositivo mediante un estudio con resultados satisfactorios.

- **Metodología:**
 - **Muestra:** 22 pacientes varones
 - **Edad media:** 34 años (pacientes entre 21 y 66 años)
 - **Duración del estudio:** 3 meses
 - **Objetivos:** Valorar la eficacia, tolerancia, duración y facilidad de manejo.
- **Resultados:**
 - **Tolerancia:**
Ningún paciente sintió problemas con ORIS.
No se observaron irritaciones, ulceraciones, escoriaciones, ni alergias.
 - **Eficacia:**
Tras un periodo de adiestramiento la eficacia fue del 100%
 - **Duración:**
Cada dispositivo tiene un periodo medio de utilización de una semana.
 - **Facilidad de manejo:**
Tras el periodo de adiestramiento y adaptación, los pacientes confirmaron su facilidad en el manejo y uso.
- **Evaluación económica:**
El uso de Oris supone un ahorro económico muy considerable en los pacientes incontinentes frente a absorbentes y colectores.



Oris ♂

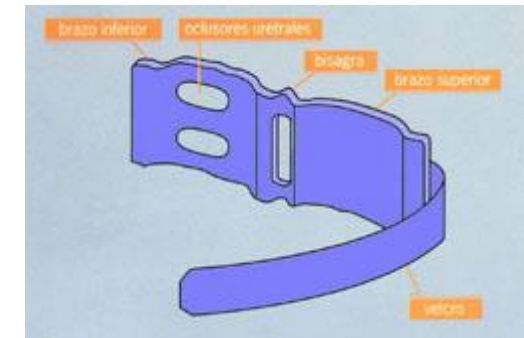
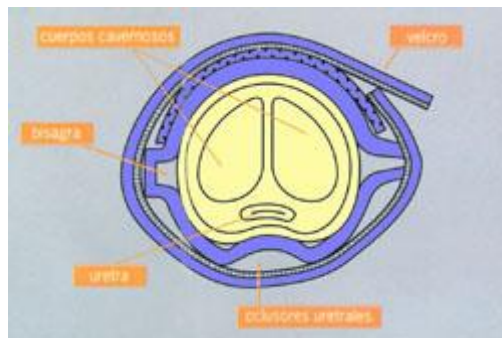
1 2 3

DISPOSITIVO EXTERNO OCLUSOR URETRAL CON DOBLE ZONA DE ACCIÓN

Instrucciones de uso:

ORIS es muy fácil de utilizar. Una vez colocado permite una absoluta libertad de movimientos con total discreción, comodidad y seguridad. Su duración es aproximadamente de 7 días; debe luego ser desechado, lo que garantiza una máxima higiene.

1. Abrir **ORIS**.
2. Aplicar **ORIS** alrededor del pene con la espuma interior en contacto con la piel.
3. Colocar el brazo inferior de **ORIS** en la parte inferior del pene, de manera que los dos ocluidores estén en contacto con la uretra, en su línea media.
4. Colocar la parte superior a lo largo del pene cerrando así el dispositivo.



5. Cerrar con el velcro dando la vuelta en torno al pene y fijándolo. Procurar no atrapar la piel. La presión debe hacer traducirse en comodidad, de tal manera que al cabo de un tiempo el paciente ya no sienta el dispositivo.
6. Para orinar o retirar **ORIS** se debe aflojar siempre primero el velcro. Esta operación debe realizarse cada 4 horas.

NO SE DEBE ORINAR NUNCA CON EL ORIS CERRADO.

Protocolo de colocación y uso del Colector Urinario.

Sistema de recogida de la orina que evita fugas y olores y mejora la aceptación social del paciente.

Material necesario para el cambio del colector:

- Colector con las medidas adecuadas a las características del paciente: Existe un medidor “ad hoc”. Hay colectores fabricados en diferentes materiales por cuestiones de tolerancia o alergias.
- Material de limpieza y rasurado, si procede.
- Bolsa de orina de pierna o de cama.

Procedimiento:

- Retirada del colector del día anterior.
- En este momento se procederá a realizar una correcta y extensiva limpieza del pene, recordando que se debe retraer y limpiar el esmegma que suele tener.
- Seguidamente se realizará una inspección visual de posibles lesiones tanto en el propio pene como en las zonas cercanas.
- Si es necesario, se hará un repaso del rasurado para mejorar su adherencia.
- Se procederá a la colocación del nuevo colector, según el procedimiento gráfico adjunto.

- Consideraciones:
 - La piel debe estar bien seca y desengrasada.
 - Debe quedar un espacio de al menos 2 cm. entre el glande y el final del colector.
 - El área correspondiente al adhesivo es de 2-3 cm. por detrás del glande.
 - Si el colector es demasiado largo, deberá recortarse el material sobrante a nivel de la base del pene para que no quede anillado, ya que podría causar lesiones por presión en el ángulo penoescrotal.
 - Si se utiliza adhesivo de pasta o spray, deberán retirarse previamente los restos con un disolvente adecuado.

