



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

CPE

Comisión Permanente
de Enfermería

Plan de Cuidados de Enfermería

12

**INCONTINENCIA URINARIA
EN EL ADULTO MAYOR**

SICALIDAD



Vivir Mejor



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

INDICE

Incontinencia urinaria de esfuerzo.	149
Incontinencia urinaria funcional	151
Incontinencia urinaria de urgencia	154
Incontinencia urinaria total	156
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	158
Referencias bibliográficas y electrónicas	160
Participantes	160

INCONTINENCIA URINARIA

Emisión involuntaria de orina (incontinencia de urgencia), pérdida súbita de la orina (incontinencia de esfuerzo), incapacidad de una persona, normalmente continente para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina (incontinencia funcional), son algunos de los conceptos que se encuentran en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).¹

La incontinencia urinaria representa un problema importante en nuestra sociedad, dada su frecuencia y magnitud de los daños que ocasiona en la persona que la padece, repercutiendo en su entorno social y laboral, deteriorando la calidad de vida limitando la autonomía de la persona.² De ahí el hecho de la importancia de los cuidados del profesional de enfermería al paciente y de la enseñanza a la familia.

¹ NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. 8ª. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2010.

² <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php> (consultada el 9 de marzo de 2011)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio Clase: 1 función urinaria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Factores relacionados (causas) (E)

Debilidad de los músculos y soportes pélvicos, cambios degenerativos en los músculos pélvicos y soportes estructurales asociados con el envejecimiento.

Características definitorias (signos y síntomas)

Goteo de orina al aumentar la presión abdominal.

Urgencia urinaria.

Intervalo entre micciones inferior a dos horas.

Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al toser, reír, estornudar o hacer ejercicio.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Continencia Urinaria	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce la urgencia miccional. -Responde de forma adecuada a la urgencia. -Ausencia de pérdidas de orina entre micciones. -Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p>
Función Muscular	<ul style="list-style-type: none"> -Fuerza de la contracción muscular. -Tono muscular. -Movimiento muscular sostenido. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente Comprometido. 2. Sustancialmente Comprometido. 3. Moderadamente Comprometido. 4. Levemente Comprometido. 5. No Comprometido 	<p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
Control de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce la variación del síntoma. -Reconoce la persistencia del síntoma. -Utiliza medidas preventivas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente de mostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	

INTERVENCIONES (NIC): EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de orinar.
- Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado.
- Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción.
- Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.

INTERVENCIONES (NIC): EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

ACTIVIDADES

- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas.
- Mostrar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
- Proporcionar de manera escrita el plan donde se describan las intervenciones y el número de repeticiones que se recomiendan para fortalecer el suelo pélvico.
- Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, para identificar los músculos correctos para contraer y / o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo
- Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 1 función urinaria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Incontinencia urinaria funcional

Factores relacionados (causas) (E)

Deterioro de la visión, limitaciones neuromusculares, limitaciones físicas (amputación), alteraciones de los factores ambientales, debilidad de las estructuras pélvicas de soporte, deterioro de la cognición, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Pérdida de orina antes de llegar al inodoro, percepción de la necesidad de miccionar, el tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Continencia Urinaria	<ul style="list-style-type: none"> -Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina. -Ropa interior seca durante el día. -Ropa interior de la cama seca durante la noche. -Capaz de manejar la ropa de forma independiente. -Capaz de usar el inodoro de forma independiente. -Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
Control de los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce el comienzo del síntoma. -Reconoce la persistencia del síntoma. -Utiliza medidas preventivas. 		

INTERVENCIONES (NIC): ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO.

ACTIVIDADES

- Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer el esquema de eliminación.
- Establecer un intervalo de horario inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse).
- Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al aseo si no se producen episodios en 24 h.
- Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas.
- Ayudar al paciente a ir al aseo y provocar la eliminación a los intervalos previstos.
- Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua) para ayudar al paciente a eliminar.
- Evitar dejar al paciente en el aseo durante más de cinco minutos.
- Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.
- Mantener el intervalo de ir al aseo si se producen dos o menos episodios en 24 horas.
- Aumentar el intervalo de ir al aseo en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de cuatro horas.

INTERVENCIONES (NIC): MANEJO AMBIENTAL

ACTIVIDADES

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva e historial de conducta.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales.
- Acompañar al paciente al sanitario.
- Disponer de camas de baja altura.
- Disponer de dispositivos de adaptación (banco de escalera o barandillas).
- Facilitar una sonda urinaria suficientemente larga que permita libertad de movimientos.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Colocar el timbre e interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.
- Disminuir los estímulos ambientales.

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

ACTIVIDADES

- Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos).
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia a través de ejercicios vesicales.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar la prenda / compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento adecuado.
- Proporcionar prendas protectoras.
- Mantener limpia y seca la zona dérmica genital y hacerlo de manera constante.
- Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refresco de colas, té y chocolate).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 1 función urinaria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Incontinencia urinaria de urgencia

Factores relacionados (causas) (E)

Disminución de la capacidad vesical (historia de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía abdominal, catéter urinario permanente), deterioro de la contractilidad vesical, hiperreflexia del detrusor: cálculos renales, tumores, trastornos del sistema nervioso central, relajación esfinteriana involuntaria, efecto de medicamentos
Irritación de los receptores de la tensión vesical provocando espasmo (infección vesical).

Características definitorias (signos y síntomas)

Urgencia urinaria, incapacidad para llegar al WC a tiempo, nicturia (más de dos micciones por la noche), micciones de cantidad inferior a 100 cc., micciones de cantidad superior a 550 cc, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Continencia Urinaria	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce la urgencia miccional. -Patrón predecible del paso de orina. -Responde de forma adecuada a la urgencia. -Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina. -Micción > 150 ml cada vez. -Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina. 	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA CONTINENCIA URINARIA

ACTIVIDADES

- Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación o medicamentos).
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar la prenda / compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, mientras se determina un tratamiento definitivo.
- Sugerir el uso de prendas protectoras
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limitar líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 1 función urinaria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Incontinencia urinaria total

Factores relacionados (causas) (E)

Neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicador de repleción vesical, disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles.

Características definitorias (signos y síntomas)

Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales, incontinencia refractaria al tratamiento, nicturia

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Continencia Urinaria	<ul style="list-style-type: none"> - Micción > 150 ml cada vez - Ausencia de residuo miccional > 100-200 ml. - Ausencia de medicaciones que interfieren el control urinario 	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>augmentarla</u> . <u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>

INTERVENCIONES (NIC):SONDAJE VESICAL

ACTIVIDADES

- Implementar precauciones universales.
- Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención.
- Mantener una técnica aséptica estricta e implementar las medidas acordes a la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Utilizar el catéter de tamaño más pequeño, si procede.
- Cuidados al catéter urinario y bolsa de drenaje.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Realizar o enseñar al paciente la cateterización intermitente limpia, cuando corresponda.
- Controlar la ingesta y eliminación.
- Si fuera necesario, realizar la cateterización residual después de orinar.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 lesión física

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

Etiqueta (problema) (P)

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Factores relacionados (causas) (E)

Excreciones, edad avanzada o extrema (senectud), humedad, factores mecánicos (presión, colocación de pañal frecuente o permanente, etc.), inmovilización física, acidez de la orina, cambios en el tensor de la piel, deterioro de la circulación, deterioro de la sensibilidad, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> – Temperatura de la piel. – Sensibilidad – Transpiración. – Perfusión tisular. – Piel intacta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
Detección del riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> – Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo. – Identifica los posibles riesgos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla.</u>
Envejecimiento físico.	<ul style="list-style-type: none"> – Capacidad cognitiva. – Fuerza muscular. – Tono del músculo vesical. – Resistencia infecciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. 	<u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>

INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA DE LA PIEL

ACTIVIDADES

- Observar color, calor, textura, erupciones, enrojecimiento, inflamación, presión, fricción, edema en la región genital o circundante.
- Observar si presenta resequedad o humedad excesiva.
- Observar si existen zonas de decoloración y/o magulladuras así como algún otro cambio en la piel de la región genital, perianal o en mucosas.
- Si el paciente utiliza pañal, revisar o asegurar que no quede apretado o ajustado.
- Orientar al familiar o cuidador principal acerca de los signos que pudieran presentarse de pérdida de la integridad cutánea.
- Implementar medidas para prevenir o disminuir los riesgos de deterioro, como: colchón de agua o antiescaras, cambios de posición frecuentes, así mismo orientar y enseñar al familiar o cuidador principal a detectar los signos de pérdida de la integridad de la piel.
- En caso de presentar lesión cutánea, coordinarse con el médico tratante para implementar medidas y cuidados necesarios.
- Aplicar calor seco con lámpara, si es necesario.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA PIEL TRATAMIENTO TÓPICO

ACTIVIDADES

- Realizar limpieza de los genitales externos con agua y jabón, dejar perfectamente seca la zona.
- Instalar o hacer cambio de sonda tranuretral, acorde a la normatividad interna institucional.
- Colocar los pañales sin comprimir.
- Aplicar baño coloide.
- Mantener al paciente con ropa limpia, seca y en posición cómoda.
- Aplicar tópicos antibióticos o antiinflamatorios en la zona afectada (por prescripción médica).
- Monitorizar diariamente las condiciones de la piel.
- Promover el autocuidado al paciente y familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Sue Moorhead, PhD, RN. Cuarta Edición. 2009.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Gloria M. Bulechek. Quinta Edición. 2009.
3. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. 8ª. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2010.
4. JBI. The Effectiveness of a Pelvic Floor Muscle Exercise Program on Urinary Incontinence Following Childbirth, Best Practice 2005; 9(2): Blackwell Publishing Asia, Australia
5. Management of urinary incontinence in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en línea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006];46 p. URL disponible en www.SIGN.AC.UK
6. Hay-Smith, E.J.C., Bø, K., Berghmans, L.C.M., Hendriks, H.J.M., de Bie, R.A., van Waalwijk van Doorn, E.S. *Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review)* en: The Cochrane Library. Oxford 2001; issue 1.
7. Morilla Herrera JC. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª. Ed. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería. 2007.
8. Espuña Pons, M. *Incontinencia de orina en la mujer*. Med Clin (Barc) 2003; 120: 464-472.
9. Burgos Sánchez J, Tirado Pedregosa G, Varella Safont A, Vera Salmerón E, Martín Sances S, Anaya Ordóñez S. Algoritmo para la indicación de absorbentes a personas con incontinencia urinaria. Biblioteca Las casas, 2008; 4(5). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0387.php>
10. Aguilar Navarro S. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (1): 51-56 51
11. Verdejo C. Incontinencia urinaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ, editores. Geriátría en Atención Primaria. 3ª edición. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 267-77.
12. Martínez Gallardo L, Nellen Hummel P, Hamui Sutton A, Halabe Cherem A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (5): 513-521
13. Rodríguez Rivera L. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. GEROINFO. RNPS. 2005; 1(1). Román J, Doñoro Álvaro Mª, Fernández Manzano M, Fernández Rodríguez R, García Castell M, García.
14. Barajas Jabonero G, Llorente de Andrés M, Rodríguez González Mª. Plan de cuidados al paciente geriátrico con incontinencia urinaria de urgencia. Gerokomos. [en línea] 2002; [24 de Agosto 2009]; (1). Disponible en:
15. http://www.drugfarma.com/spa/gerokomos/02numerosanteriores/numero1_2002/02rincon/04.asp

PARTICIPANTES:

Coordinación del proyecto:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

Elaboró:

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.