



Universidad de Cantabria

Escuela Universitaria de Enfermería
Curso de adaptación al grado de Enfermería
Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente con incontinencia urinaria

Basilio Agüero Millán
Director: Elías Rodríguez Martín
Departamento de Enfermería
Santander Junio 2013

Índice

Capítulo		Páginas
	Resumen/Abstract	3
	Introducción	4-6
1	Generalidades del proceso enfermero	7-9
2	La incontinencia urinaria	10-16
	2.1 Concepto	10
	2.2 Prevalencia	10-12
	2.3 Tipos	13
	2.4 Etiología	14
	2.5 Soluciones para la incontinencia urinaria	15
	2.5.1 Invasivas o quirúrgicas	15
	2.5.2 No invasivas	15-16
3	Plan de cuidados estandarizados	17-26
	Ansiedad	18-20
	Baja autoestima situacional	21-22
	Conocimientos deficientes	23-27
4	Conclusiones	28
5	Bibliografía	29-30

Resumen

La Incontinencia Urinaria es un problema que afecta a la salud de las personas, a su vida cotidiana, a sus hábitos de vida y es la responsable de que muchos pacientes no se atrevan a afrontar dicho problema; ya sea por miedo, vergüenza, falta de información o de ayuda profesional y es aquí precisamente, donde entra en juego nuestra labor de enfermería. Es una de las patologías médicas más comunes en los pacientes que acuden habitualmente a la atención primaria. La ansiedad, la baja autoestima emocional y la falta de conocimientos son los diagnósticos de enfermería más comunes que sufre el paciente con esta patología.

El proceso enfermero es una herramienta metodológica para la práctica científica y la docencia en enfermería. Utiliza el pensamiento crítico como método de resolución de problemas, dando así una importante autonomía a nuestra profesión como enfermeros. Pero aun así uno de los retos a cumplir sigue siendo el abordaje de los problemas de enfermería de forma metódica y científica aplicando el Plan de cuidados estandarizado en la práctica diaria. Es de todos sabido que su diseño e implantación no es fácil; de ahí radica la gran importancia del desarrollo de instrumentos que nos faciliten su aplicación ya sea en la práctica como en la teoría.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, enfermería, atención de enfermería, diagnóstico de enfermería, planificación de atención al paciente.

Abreviaturas: Incontinencia urinaria (IU), Sociedad Internacional de Continencia (ICS), proceso de Enfermería (PE), Plan de Cuidados Estandarizado (PCE).

Abstract

The Urinary Incontinence is a problem that concerns people's health, his daily life, his living habits and it is the responsible for patients often do not dare to face the above mentioned problem; either because of fear, shame, lack of information or professional assistance; and this is precisely where our nursing work comes in. Is one of the most common medical pathologies in patients presenting to primary healthcare, although it may not always be commented by the patient, neither health care professionals ask about. Anxiety, low self esteem and lack of emotional skills are the most common nursing diagnoses the patient suffering with this disease.

The nursing process is a methodological tool for the scientific practice and the nursing teaching. By using critical thinking as a method of problem-solving , gives a high working autonomy to our nurse collective. But it's still one of the major challenges to addressing nurse problems methodically and scientifically applying the standarized nursing process in the daily practice. It is a well-known fact that it's design and implementation is not easy; and therein lies the major importance in developing tools that provides us it's use wether in practice or theory.

Key words: Urinary incontinence, nursery, skilled nursing, nursing diagnosis, patient care planning.

Abbreviations: Urinary Incontinence (IU), International Society o Continence (ICS), Nursing Process (PE), Standardized Care Plan (PCE).

Introducción

La Incontinencia Urinaria (IU) es un problema que afecta a la salud de las personas, a su vida cotidiana, a sus hábitos de vida y es la responsable de que muchos pacientes no se atrevan a afrontar dicho problema; ya sea por miedo, vergüenza, falta de información o de ayuda profesional y es aquí precisamente, donde entra en juego nuestra labor de enfermería (1).

En la actualidad la afección moderada-severa es mayor en el área emocional y menor para las actividades de la vida diaria; esto último puede ser uno de los motivos de la baja tasa de consulta por IU que se registra actualmente. Se trata de un problema de alta prevalencia, que los pacientes en la mayoría de los casos aceptan como “algo que hay que sufrir”, y que consultan tarde y poco. Debemos plantearnos mejorar la captación, el diagnóstico y el manejo inicial de esta afección. Resulta imprescindible la implicación de todos los sanitarios en la captación de pacientes y en la prevención mediante consejo y educación en los ejercicios musculares del suelo pélvico (1).

El desarrollo de la Enfermería no ha ido paralelo con la evolución de la disciplina y aunque desde 1668 se constatan documentos en la disciplina de enfermería en España que inciden en la importancia de trabajar metódicamente, la realidad nos muestra que hoy en día sigue habiendo un vacío importante entre la teoría y la práctica y una escasa implantación del Proceso de enfermería (PE), en el trabajo asistencial. El PE con mas de 30 años de historia en nuestro país, y aún siendo un método que va logrando gran difusión entre los profesionales, no ha calado de forma habitual como un instrumento de resolución de problemas, encontrando dificultades en la práctica asistencial (2).

La evaluación psicosocial y emocional se relaciona con menor calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Las pacientes afectadas tienen menor autoestima y autonomía en sus relaciones sociales; por lo tanto, debe reducirse el efecto negativo de la incontinencia urinaria para mejorar su calidad de vida. Los métodos que cuantifican los síntomas y la calidad de vida juegan un papel importante en la descripción de la percepción de las pacientes y en la determinación del tratamiento adecuado. Así como la baja autoestima situacional y el déficit de conocimientos que también se describen como los diagnósticos más padecidas por éstos pacientes y que en ocasiones son desencadenantes de de la IU. (3).

La enfermería ha basado su trabajo en la ejecución de tareas dejando a un lado el proceso enfermero, pensando en dicho método como un mero argumento teórico el cual tiene más efecto académico que asistencial. Pero, con el tiempo, se ha demostrado que es una herramienta muy útil a la hora de llevar a cabo las labores de enfermería con estructura y rigor científico (4).

La elección de este trabajo se fundamenta en dos hechos básicos, tras una reflexión sobre las carencias metodológicas del trabajo actual de la enfermería:

- a) El interés personal por aumentar mis conocimientos y habilidades sobre el Proceso Enfermero, ya que, debiera ser una herramienta de trabajo inherente a nuestra profesión.
- b) La importancia que los planes de cuidados en la Enfermería, debido a que:
 - Son una herramienta que nos permite planificar, plasmar y comunicar los cuidados apropiados para el paciente entre los diferentes profesionales.
 - Suponen, legalmente, un punto de apoyo para establecer los estándares de cuidados en una situación dada.

Para la realización de este trabajo se plantean los siguientes objetivos, de manera clara y concisa:

- a) Identificar los problemas de salud autónomos e interdependientes de las personas que sufren IU.
- b) Establecer un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) adecuado para resolver las necesidades identificadas en estos pacientes.

La Sociedad Internacional Continencia (ICS) define la IU como “una pérdida involuntaria de orina, la cual se puede demostrar de manera objetiva”, dichas pérdidas se contemplan como un problema social e higiénico que afecta a un gran número de personas de nuestra sociedad, concretamente al 10% de la población mundial, teniendo en cuenta además que dicho problema afecta en gran medida a la mujer más que al hombre. Por lo que se cree que de cada cuatro mujeres, una de ellas sufrirá dicha enfermedad y sobre todo a partir de haber alcanzado los cuarenta años de edad, después del período de la menopausia (Servicio Urología, Centro Hospitalario de Vila Nova de Gaia, Portugal) (5).

Incluso siendo un problema que ofrece soluciones, tanto invasivas (suspensión retropúbica, mallas, bandas...) como no invasivas (modificación de los estilos de vida, ejercicios de Kegel, entrenamiento vesical...), el paciente que sufre dicha patología se siente ciertamente cohibida y vergonzosa a la hora de manifestar y declarar a su médico o enfermera dicho problema debido a que hace referencia a una parte importante de su intimidad y en muchas ocasiones a algunos tabúes socioculturales. Todo esto desencadena una disminución de la autoestima del paciente, siendo un problema que en muchas ocasiones no conlleva complicadas estrategias de solución, propiciando largos períodos de silencio y de padecimientos solitarios de un problema de salud que tiene cura en muchos de los casos.

Debido a que vamos a desarrollar un PCE basándonos en el proceso enfermero, la definición del mismo puede resumirse en varios pilares básicos:

- a) Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos.
- b) Se dice que es un proceso organizado y sistemático debido a la existencia de cinco pasos correlativos y relacionados entre sí que son los siguientes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, realizándose en ellos acciones intencionadas que se orientan hacia la consecución de resultados a largo plazo.
- c) Se trata de una herramienta metodológica la cual promueve el desarrollo de un pensamiento crítico, como método principal, a la hora de resolver distintos tipos de problemas, haciendo a la enfermería autónoma y que su utilización sea de gran ayuda tanto en el ámbito docente como en la práctica clínica (4).

Este trabajo está estructurado en varios capítulos:

- a) Capítulo 1: Generalidades del proceso enfermero: En este capítulo se explica la importancia del dominio de los principios que rigen el proceso enfermero y la planificación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería. Dichos planes afianzan la idea de la enfermería como una ciencia. Podemos prevenir la enfermedad y promover, mantener y restaurar la salud, potenciando en el paciente la sensación de bienestar y la capacidad de actuar según unos roles determinados. Pero existen también inconvenientes. Una valoración incompleta o incorrecta hace que el diagnóstico al cual se llega no sea cien por cien fiable (6).

- b) Capítulo 2: La IU: En este capítulo se explica el concepto de la IU, así como su prevalencia tomando como referencia varios estudios y extrapolando valores de España y de Estados Unidos. También se hace una mención a los tipos de IU que existen y la etiología de los mismos. Debido a que existen dos tipos de soluciones, se describen brevemente las soluciones invasivas y no invasivas, centrándonos en éstas últimas, ya que son unas de las que se utilizarán para realizar nuestro PCE, poniendo especial interés en los ejercicios de suelo pélvico, también denominados como Ejercicios de Kegel.

- c) Capítulo 3: PCE: Aquí se presenta la estructura y desarrollo del PCE para el paciente con IU. Se parte de una valoración focalizada sobre la IU, recogiendo datos sobre dicho problema, detectando las complicaciones potenciales y los diagnósticos de enfermería que genera en el paciente la IU, analizando los datos para determinar exactamente en qué consiste, con qué está relacionado y sus manifestaciones. Posteriormente se creará un plan de acción con las intervenciones de enfermería necesarias para la resolución de las necesidades del paciente que le genera la IU.

- d) Capítulo 4: Conclusiones: Este apartado se centra en los resultados a los que se llega a través del Trabajo de Fin de Grado un recordatorio del tema tratado, el PCE, y los argumentos principales presentados.

- e) Capítulo 5: Referencias bibliográficas y Palabras clave: En cuanto a la búsqueda bibliográfica se han utilizado varios buscadores de la red en formato digital como: Google académico, Pubmed, Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC) y DialNet, a su vez también se ha utilizado el formato escrito de la BUC. Para la redacción de las referencias bibliográficas he utilizado el programa RefWorks siguiendo el estilo referencial de Vancouver, y para nombrar las tablas y figuras se han seguido las normas de la APA. Para la búsqueda de las palabras clave se ha utilizado la página de Descriptores en Ciencias de la Salud

Capítulo 1: Generalidades del proceso enfermero

Cada vez dependemos más de los planes de cuidados estandarizados y computerizados (como refleja Rosalinda Alfaro-LeFevre en su libro Aplicación del proceso enfermero), pero para poder manejar perfectamente dichos planes de cuidados es necesario que los profesionales de enfermería dominen los principios que rigen el proceso enfermero. Con los planes de cuidados se proporcionan unos cuidados eficaces y eficientes según los deseos y necesidades del paciente, aumentando de ésta manera la satisfacción del mismo, al proporcionarle cuidados personalizados para su salud (6).

Tal y como se argumenta en la organización de los cuidados el rol autónomo e interdependiente deben estar claramente identificados y plasmados en la organización de cuidados. El rol autónomo incluirá la incorporación del conocimiento científico propia de la disciplina y la experiencia profesional que, junto con los valores, son las bases sobre las que se fundamenta la capacidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre las consecuencias de éstas. Por su parte el rol interdependiente se plasmará por la importancia que tiene tanto el papel de la enfermera como líder del plan de acción dentro del equipo multidisciplinar, estableciéndose como objetivos específicos orientados hacia la vigilancia y control, así como la articulación y supervisión del impacto/resultados de las intervenciones profesionales sobre la persona y las actividades que deben surgir de un Protocolo Multidisciplinar (4).

En la actualidad el ejercicio de la profesión exige a la enfermería una formación cada vez más profunda, así como un identificación precisa de su papel y del servicio propio que solamente ella es capaz de ofrecer al usuario. El cuidado profesional en la sociedad actual, implica responder a las necesidades particulares de la persona y de su entorno. Conocer como y porque lleva a cabo la enfermería la organización de los cuidados y poder implementar cambios, si fuera preciso. Debemos integrar, los diferentes cambios producidos en los últimos años que corroboran la necesidad de un cambio significativo no tanto en la realización de los cuidados sino en la forma de organizarlos. Todo ello encaminado a realizar una atención específica a la sociedad, en definitiva nuestro quehacer profesional (4).

Debemos tener en cuenta los beneficios que aporta llevar a cabo nuestro trabajo utilizando los planes de cuidados, ya que de esta forma afianzamos la idea de la enfermería como una ciencia. Sólo cuando la enfermera se rija por la reflexión, en vez de ser una enfermera centrada en las tareas, estará en el mundo actual. Solo entonces será capaz de pensar críticamente sobre cómo lograr los objetivos finales enfermeros para (6):

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud.
- Potenciar en el paciente la sensación de bienestar y la capacidad de actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del paciente.
- Hallar formas de aumentar la satisfacción del mismo al administrarle cuidados de salud.

La evaluación psicosocial y emocional se relaciona con menor calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Las pacientes afectadas tienen menor autoestima y autonomía en sus relaciones sociales; por lo tanto, debe reducirse el efecto negativo de la incontinencia urinaria para mejorar su calidad de vida. Los métodos que cuantifican los síntomas y la calidad de vida juegan un papel importante en la descripción de la percepción de las pacientes y en la

determinación del tratamiento adecuado. Así como la baja autoestima situacional y el déficit de conocimientos que también se describen como los diagnósticos más padecidos por los pacientes con IU y que en ocasiones son los desencadenantes de de la misma (3).

Pero existen también inconvenientes a la hora de la planificación de cuidados. Esto se debe a que no es nada fácil su formulación e instauración. Por esta razón dicho proceso ha sido rechazado en muchas ocasiones por los profesionales de enfermería. Una valoración incompleta o incorrecta nos conduce a un diagnóstico que no será cien por cien fiable. Esto nos va a ocurrir con el resto de pasos y si erramos en el diagnóstico no vamos a alcanzar una planificación eficaz de cuidados para las necesidades de nuestro paciente. Además debemos saber que las partes que forman el Proceso Enfermero se relacionan entre si (7).

El proceso enfermero es una herramienta metodológica para la práctica científica y la docencia en enfermería. Utiliza el pensamiento crítico como método de resolución de problemas, dando así una importante autonomía a nuestra profesión como enfermeros. La educación enfermera en las últimas décadas ha experimentado continuos avances importantes, debido en gran parte a la constante preocupación por la mejora de la calidad y los adelantos tecnológicos, que nos permiten tener acceso a los conocimientos y los procesos que se relacionan con el cuidado y la salud que se demandan en nuestros días.

Pero aun así uno de los retos a cumplir sigue siendo el abordaje de los problemas de enfermería de forma metódica y científica aplicando el PE en la práctica diaria. Es de todos sabido que su diseño e implantación no es fácil; de ahí radica la gran importancia del desarrollo de instrumentos que nos faciliten su aplicación ya sea en la práctica como en la teoría (8).

Es importante resaltar que los planes de cuidados de enfermería nos permiten el desarrollo de dimensiones de calidad asistencial tales como:

- Eficacia: al integrar la mejor evidencia disponible. La propia experiencia profesional y la opinión de los usuarios.
- Efectividad: al ofrecer la mejor práctica asistencial en la actividad diaria.
- Eficiencia: nos obliga a una reorganización funcional de las unidades al objeto de optimizar los recursos y mejorar la accesibilidad (6).

El modelo más cercano en nuestro medio, y que mejor se ha adaptado es el de Virginia Henderson, con él estaríamos enmarcando la situación desde el punto de vista a las catorce necesidades humanas, valorando la autonomía e independencia que esta persona tiene para satisfacerlas por si misma. Ofrece una orientación específica de los cuidados no sólo para la enfermera, a quienes proporciona un marco para el ejercicio profesional, sino también para la sociedad en general puesto que identifica el propósito de la enfermería como profesión (4).

Las principales repercusiones de la incontinencia urinaria en la mujer afectan negativamente a su aspecto físico, psíquico y social. Al principio el paciente sufre una pérdida progresiva de la autoestima, lo cual genera situaciones de ansiedad y vergüenza, que la llevan a un estado relativo de depresión. El olor y el volumen de pérdida, cada vez mayor, hacen que el paciente reduzca considerablemente las relaciones sociales e incluso evite las relaciones sexuales. La mujer con incontinencia urinaria tiende a ocultar el problema al considerarlo como algo inevitable propio de la vejez. El resultado es que un gran porcentaje de incontinentes no consulta al especialista hasta que surgen complicaciones insalvables (9).

Las fases del PCE de enfermería son:

A-La Valoración: La valoración es el primero de los pasos que se han de llevar a cabo en la realización de un PCE de enfermería. En él se debe recoger y organizar toda la información necesaria sobre el paciente, familia y su entorno, para conocer así el estado de salud del paciente y posteriormente utilizarlo en su beneficio (10).

B-El Diagnóstico: *“Los diagnósticos de enfermería orientan las respuestas de los clientes, familias o grupos hacia situaciones para las que la enfermería puede prescribir intervenciones para lograr los resultados”* (4).

C- La Planificación: El siguiente paso en la elaboración de un PCE es la planificación, que consta a su vez de varias fases (8):

- Determinación de las prioridades.
- Establecer criterios de resultados.
- Determinar las órdenes enfermeras.
- Registrar el PCE.

D- La Ejecución: La ejecución es uno de los últimos pasos del proceso enfermero, y consiste en llevar a cabo y registrar actividades que son indispensables para la realización de las intervenciones enfermeras. El profesional de enfermería realiza las actividades propuestas para cada intervención y finalmente registra tanto estas como las respuestas del paciente (7).

D- La Evaluación: Queda fuera del Plan de cuidados estandarizado, se desarrollaría en el Plan de cuidados de enfermería adaptado a cada paciente en particular, pero no en el estandarizado.

Capítulo 2: La incontinencia urinaria

Concepto

Aunque existen diferentes definiciones de IU, la tendencia actualmente es tratar de homogeneizar éstas y seguir el concepto propuesto por la ICS. De acuerdo con ésta, la IU se define como cualquier pérdida involuntaria de orina (11). Esta definición abarca varios aspectos de la incontinencia, incluyendo síntomas (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en síntomas), signos físicos (los más relevantes para los clínicos), la observación urodinámica y la condición en su conjunto (12).

Para valorar la IU, hay tener en consideración, los antecedentes personales y las patologías que pueda presentar. Conociendo (13):

- Historia ginecológica.
- Patología neurológica.
- Cirugía pélvica previa.
- Enfermedades.
- Patología de la vejiga.
- Patología osteoarticular.
- Deprivación sensorial.
- Patología intestinal.

Prevalencia

La prevalencia según los estudios realizados a partir del año 2002, son más homogéneos y siguen el concepto de IU propuesto por la ICS. La IU Es una de las patologías médicas más comunes en los pacientes que acuden habitualmente a la atención primaria, aunque no siempre el paciente nos lo comenta, ni los profesionales sanitarios lo preguntamos. La IU es un síndrome que a menudo pasa desapercibido en las consultas de atención primaria; debido principalmente a causa de la baja demanda de consulta que presenta, unas veces debido al pudor que puede representar hablar del problema siendo considerado como vergonzante, otras al interpretarlo el paciente como un hecho de la involución natural de la persona y sin tratamiento eficaz que deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima (14).

En el caso de la IU, la heterogeneidad de cifras de prevalencia es consecuencia de las diferencias entre los estudios respecto de la definición de incontinencia utilizada (en términos de números de escapes y su frecuencia), de las tasas de respuesta, la inclusión de sujetos institucionalizados, los métodos de recogida de datos (cuestionarios, entrevistas, etc.), las preguntas usadas en los cuestionarios y la manera en que son respondidas, el periodo sobre el que se reporta la IU y la gravedad o importancia de la IU, la representatividad de la población y el ámbito de realización del estudio. Estos condicionantes explican que se encuentren diferencias considerables entre los estudios realizados en nuestro país como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1
Estudios de la prevalencia de la IU en España.

Referencia	Muestra	N	Prevalencia IU
Rebollo Álvarez P, 2003 ⁸	Revisión IU en mujeres		20-50%
Nieto Blanco E, 2003 ⁹	Mujeres 40-65 años	485	15,4%
Modroño Freire MJ, 2004 ¹⁰	Mujeres 18-65 años	436	20%
Flores Sanchez G, 2004 ¹¹	Mujeres en edad laboral	751	33,2%
Hunškaar S, 2004 ¹⁴	Mujeres Europeas > 18 años	17080	35% Global 23% España 41% Alemania 42% Reino Unido 44% Francia
Ballester A, 2005 ¹³	Mujeres 20-64 años	115	34,9%
Martínez-Escoriza JC, 2006 ¹⁶	Mujeres consultas ginecología	639	39,97%
Sanchez de Enciso M, 2006 ¹⁸	Mujeres > 18 años	354	39,8%
Damian M, 1998 ¹⁶	Población > 65 no institucionalizada	589	15,5% Global 16,1% Mujeres 14,4% Varones
Sanchez Gonzalez, 1999 ¹⁷	Población > 60 años	400	43,3% mujeres 23,9% varones
Gavira Iglesias FJ, 2000 ¹⁹	Población > 65 años	827	36% Global 42% Mujeres 29% Varones
Dios-Diz JM, 2003 ¹⁹	Población > 64 años	350	35,14% Goba 38-51% Mujeres 15-28% Varones
Zunzunegui Pastor MV, 2003 ²⁰	Población > 65 años	1150	30% mujeres 14% varones
Gavira Iglesias FJ, 2005 ²¹	Población > 65 años	827	46%
Martínez Aguiló E, 2009 ²²	Mujeres 25-64 años	3090	7,25%
Grupo de Estudio Cooperativo EPICC	Hombres 50-64 años	1071	1,59%
	Población > 65 años institucionalizados	996	44,58% (V:30,11%;M:50,21%)
	Eneuresis nocturna en Niños 6-11 año	1279	7,82%
España Pons M, 2009 ²³	Población Cataluña > 15 años	15.926	7,95 (V : 3,6% ; M 12,2%)

Nota: Fuente: Verdejo Bravo C. (2011) Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.

En los estudios realizados en mujeres en España, aunque existen variaciones debidas a la edad descritas en la Tabla 1, la prevalencia media estimada para las mujeres es del 24% como nos muestra la Figura 1, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas reflejado dicho aumento en la Figura 2.

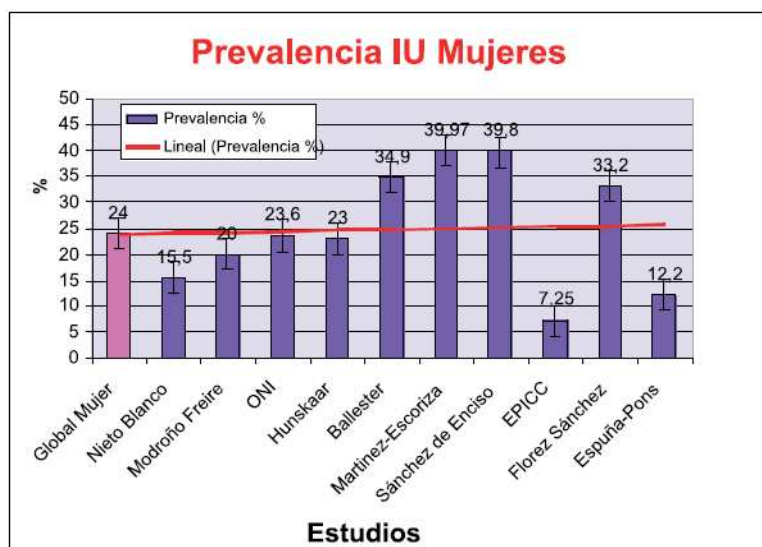


Figura 1: Prevalencia de la IU en mujeres

Nota: Fuente: Verdejo Bravo C. (2011) Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.

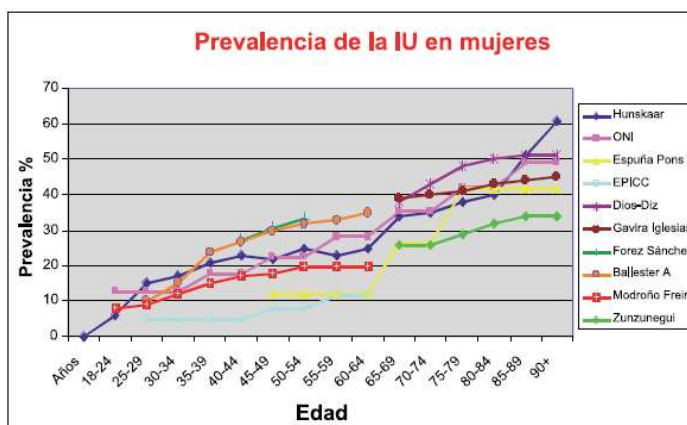


Figura 2: Evolución de la prevalencia de la IU con la edad

Nota: Fuente: Verdejo Bravo C. (2011) Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.

En el varón la prevalencia global estimada teniendo en cuenta todos los estudios publicados en España es del 7% como vemos en la Figura 3, pudiendo alcanzar en personas mayores de 65 años el 14-29%, llegando a ser mayor del 50% en personas mayores de 85 años e institucionalizadas descrito en la Figura 3 (14).

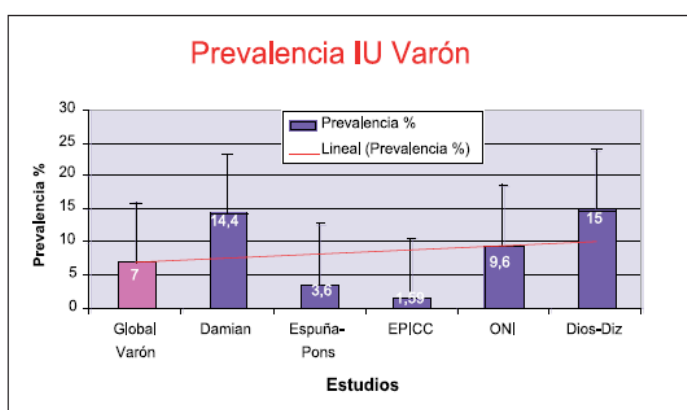


Figura 3: Prevalencia de la IU en el varón.

Nota: Fuente: Verdejo Bravo C. (2011) Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.

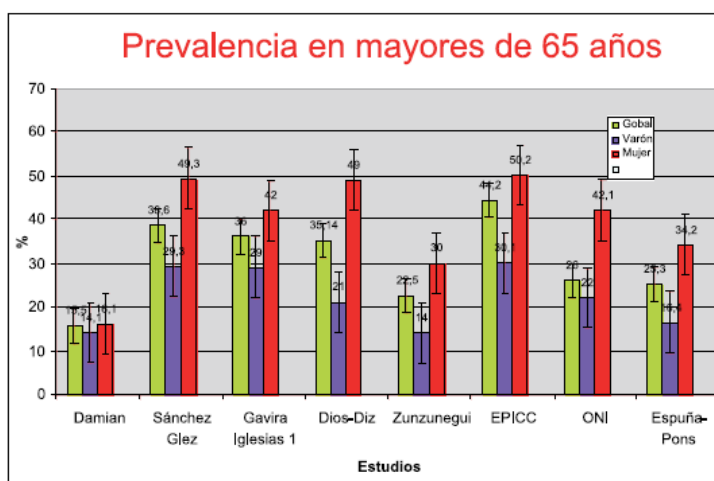


Figura 4: Prevalencia de la IU en mayores de 65 años.

Nota: Fuente: Verdejo Bravo C. (2011) Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.

La prevalencia actual de IU en España es más alta ahora que la obtenida en los estudios de hace diez años, debido en parte a la adopción de definiciones más amplias incluyendo grados inferiores de severidad. La prevalencia de la IU en España varía en función de la edad y el sexo. La IU aumenta con la edad y es más frecuente en la mujer que en el varón como demuestra la Tabla 2 (14).

Tabla 2
Prevalencia de la IU en función del sexo

	Prevalencia IU % (IC 95%) *	Nº x10 ⁶ (IC 95%)
Mujeres	24 (21,0-26,0)	5,04 (4,48-5,50)
Hombres	7 (3,6 -17,0)	1,47 (1,14-2,05)
Total	15,8 (12,3-21,5)	6,51 (5,62-7,55)
* Estandarizada a la población española de 2009		

Nota: Fuente: Verdejo Bravo, C. (2011) Prevalencia de la IU en España.

Tipos de incontinencia urinaria

Se considera que la IU y las disfunciones miccionales pueden clasificarse de acuerdo con criterios sintomáticos o urodinámicos, según las directrices de la ICS en un documento de estandarización de la terminología. Según los criterios sintomáticos, los tipos fundamentales de IU se exponen a continuación:

1- IU de esfuerzo: Se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr, andar). Debida a hipermovilidad uretral o por deficiencia esfinteriana intrínseca (15).

2- IU de urgencia: Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia. Por "urgencia" se entiende cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar (16).

3- IU mixta: Es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo (14).

4- IU continua: Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede ser debida a una fístula, desembocadura ectópica ureteral o a un déficit intrínseco uretral grave (17).

5- Enuresis nocturna: Es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño (15).

6- IU inconsciente: Se define como la pérdida involuntaria de orina sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal (18).

Etiología

1- Género: Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más (19).

2- Edad: Existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la IU más que de la IU de esfuerzo. Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de IU se relacionan con la disminución del tejido elástico, la atrofia muscular, la degeneración nerviosa, la reducción del músculo liso, hipoestrogenismo, deterioro cognitivo, inmovilidad, pérdida de la capacidad de concentración renal y la comorbilidad debido a la polifarmacia (19).

3- Menopausia y hipoestrogenismo: La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad (20).

4- Raza: Las mujeres blancas tienen una prevalencia de IU de esfuerzo tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.

5- Peso: La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IU de esfuerzo y de IU mixta, así como con la severidad de la IU. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU (21).

6- Paridad: El parto es un factor establecido de riesgo de IU de esfuerzo y IU mixta entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas.

7- Histerectomía: El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la IU de esfuerzo no está demostrado. Un ya clásico metanálisis (22) publicaba una asociación entre histerectomía e IU a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta 60% (23).

8- Factores uroginecológicos: Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los factores uroginecológicos más importantes asociados a IU (24).

9- Otros factores: Incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, etc., se ha relacionado con la IU.

Soluciones para la incontinencia urinaria

Invasivas o quirúrgicas

1- Inyectables uretrales: Una gran variedad de instancias se han utilizado, incluyendo colágeno, politetrafluoroetileno, silicona, semillas de carbón, dextranómero y ácido hialurónico, e incluso tejidos autólogos como grasa, cada uno de ellos con diferentes propiedades biofísicas que afectan a la compatibilidad, tendencia a la migración, durabilidad y seguridad. La mayor parte de ellos se inyectan de forma retrógrada vía transuretral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido periuretral y alrededor del cuello vesical (25).

2- Cabestrillos suburetrales: Pueden subdividirse en cabestrillos clásicos y mallas libres de tensión tipo TVT. En los clásicos se han utilizado tanto materiales autólogos (fascia lata, duramadre) como sintéticos (Mersilene, Gore-Tex). Un lazo se pasa por completo bajo la uretra o el cuello vesical y se ancla luego anteriormente en algún lugar de la pared abdominal o de las estructuras pélvicas para estabilizar la uretra. En general, los materiales autólogos parecen estar asociados con una mayor tasa de éxito y con menor número de complicaciones (26).

3- Colposuspensiones: Las colposuspensiones indicadas en pacientes con IU secundaria a hipermovilidad uretral, se han considerado como el patrón de referencia en el tratamiento quirúrgico de la IU de esfuerzo. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y laparoscópicos (27).

No invasivas

El tratamiento conservador de la IU agrupa diversos procedimientos y es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico. En no pocas ocasiones su aplicación es previa y/o simultánea a otras medidas de farmacológicas o quirúrgicas.

1- Técnicas de modificación conductual: Se agrupan bajo este nombre todas aquellas acciones destinadas a restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical. Se basan en la realización de una micción programada, aumentando paulatinamente el intervalo entre micciones al instruir al paciente en disociar el deseo miccional de la acción de vaciado voluntario. Esta terapia conductual permite una disminución en la frecuencia de los escapes y en la severidad de la IU en alrededor de la mitad de los pacientes y en menor medida puede incluso recuperarse la continencia (28).

2- Modificación del entorno: Tratar de facilitar el acceso al cuarto de baño, evitar las barreras físicas domésticas y disponer de sustitutos (orinales, cuñas sanitarias, etc.) o de algún tipo de adaptación. Esto es especialmente importante en pacientes con IU de urgencia o IU mixta fundamentalmente si tienen limitada su movilidad (ancianos) (28).

3- Medidas higiénico-dietéticas: Un tratamiento aceptable en las mujeres con sobrepeso es la disminución del peso. En la actualidad se considera como una medida preventiva eficaz evitar la sobrecarga del suelo pelviano manteniendo un peso adecuado. Existe una asociación demostrada entre el hábito tabáquico y la IU, quizá debido al aumento de presión abdominal en la fumadora crónica. Una ingesta hídrica abundante, sobre todo en las horas previas al descanso nocturno, se relaciona con un mayor número de episodios de IU (29).

4- Medidas paliativas: En algunos pacientes se pueden utilizar los absorbentes como un elemento eficaz en el control de las consecuencias de la IU. Estos absorbentes permiten minimizar las repercusiones de la IU pero también pueden condicionar una falta de adecuado diagnóstico y tratamiento.

5- Tratamiento farmacológico de la IU: En las fases de llenado y vaciado vesicales están involucradas una gran variedad de vías neuronales aferentes y eferentes (somáticas, simpáticas y parasimpáticas), reflejos y neurotransmisores centrales y periféricos (glutamato, serotonina, noradrenalina, dopamina, ácido gamma-amino-butírico, encefalina y acetilcolina). Las relaciones existentes entre todos estos factores no se conocen por completo, pero sí es bien conocido que la acetilcolina es el neurotransmisor periférico predominante y responsable de la contracción vesical. Los fármacos más utilizados para la IU son anticolinérgicos, antagonistas α -adrenérgicos y estrógenos. Los fármacos que pueden provocar IU más importantes son: Colinérgicos, anticolinesteránicos, prostaglandinas y aquellos que disminuyen la resistencia uretral como los antagonistas α -adrenérgicos y los relajantes musculares (30).

6- Ejercicios de Kegel:

Se trata de un conjunto de técnicas dirigidas a mejorar el tono de la musculatura del suelo de la pelvis, favoreciendo un mejor soporte de las estructuras pélvicas y una adecuada movilidad uretral, favoreciendo asimismo la respuesta contráctil rápida y coordinada frente a los esfuerzos, que aumenta la presión de cierre uretral. Estos ejercicios musculares han revelado su eficacia en la IU de esfuerzo de la mujer tanto en la edad avanzada como en la mujer joven y puerpera, así como en la IU mixta (31).

Los datos disponibles más recientes indican que la rehabilitación muscular del suelo pelviano reduce los episodios de IU en 54-72% y las tasas de curación/mejoría en ensayos aleatorios varían entre 61 y 91% (24). Con estos datos, es éste el tratamiento de primera opción en mujeres con IU de esfuerzo leve y moderado adecuadamente motivadas (32).

Capítulo 3:

Plan de cuidados estandarizado para el paciente con IU:

1- Complicaciones potenciales de IU:

a) **Infección urinaria.**

2- Objetivos de Enfermería:

- a) Detectar signos y síntomas de infecciones del tracto urinario e intervenir para estabilizar al paciente.
- b) Reconocerá y actuará en consecuencia sobre complicaciones potenciales de su problema de salud.
- c) Adquirirá habilidades necesarias para afrontar dichos problemas.
- d) Corregirá las necesidades alteradas si las hubiera.

3- Valoración focalizada:

- a) Control de constantes: temperatura.
- b) Valorar signos y síntomas de infección urinaria:
 - Exploración física.
 - Indicadores alterados y su mecanismo de producción:
 - ✓ Disuria, polaquiuria, nicturia, Hematospermia.
 - ✓ Orina turbia.
 - ✓ Tenesmo vesical.
 - ✓ Incontinencia.
 - ✓ Dispareunia.
 - ✓ escozor al miccionar.
 - ✓ Dolor al miccionar.
 - ✓ Urgencia al miccionar.

4- Intervenciones de enfermería:

a) Estudios diagnósticos:

- Urocultivo.
- Sedimentación urinaria.
- Cistografía.
- Pielografía.

b) Terapias y tratamientos:

- Medicación antimicrobiana: antibióticos.
- Analgésicos y AINES...
- Disminución de la actividad física y sexual.
- Aumento de la ingesta de líquidos.

5- Diagnósticos enfermeros:

5.1- Ansiedad - DxE 00146: (33)

a) Relacionado con:

- La persona percibe una amenaza de cambio en el rol o en las funciones que debe llevar a cabo para desempeñarlo, en su salud, sus relaciones, su autoconcepto o en el entorno.
- Conflicto inconsciente sobre los valores y objetivos prioritarios de la vida.
- Atraviesa una crisis personal o situacional.
- Sufre un alto grado de estrés.
- Cambio del estado de salud.

b) Manifestado por:

- Conductuales: Manifiesta preocupación debida a cambios en acontecimientos vitales.
- Afectivas: La persona se muestra angustiada, nerviosa y tiene sentimientos de inadecuación.
- Fisiológicas: Inestabilidad y su expresión refleja tensión.
- Cognitivas: La persona sufre bloqueo de pensamiento, deterioro de la atención y concentración, del aprendizaje y la solución de problemas, es consiente de la sintomatología que padece.

c) Resultados de enfermería, NOC: (34)

1402- Autocontrol de la ansiedad:

INDICADORES		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
140201	Monitoriza la intensidad de la ansiedad.	1	2	3	4	5
140202	Elimina precursores de la ansiedad.	1	2	3	4	5
140203	Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.	1	2	3	4	5
140204	Busca información para reducir ansiedad.	1	2	3	4	5
140205	Planea estrategias en superar situaciones estrés	1	2	3	4	5
140206	Planifica estrategias de superación efectivas.	1	2	3	4	5
140207	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	1	2	3	4	5
140210	Mantiene el desempeño del rol.	1	2	3	4	5
140211	Conserva las relaciones sociales.	1	2	3	4	5
140214	Refiere dormir de forma adecuada.	1	2	3	4	5

1302- Afrontamiento de problemas:

INDICADORES		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
130201	Identifica patrones de superación eficaces.	1	2	3	4	5
130202	Identifica patrones de superación ineficaces.	1	2	3	4	5
130203	Verbaliza sensación de control.	1	2	3	4	5
130204	Refiere disminución del estrés.	1	2	3	4	5
130205	Verbaliza aceptación de la situación.	1	2	3	4	5
130206	Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.	1	2	3	4	5
130207	Modifica el estilo de vida cuando se requiere.	1	2	3	4	5
130209	Utiliza el apoyo social disponible.	1	2	3	4	5
130210	Adopta conductas para reducir el estrés.	1	2	3	4	5
130214	Verbaliza la necesidad de asistencia.	1	2	3	4	5
130215	Busca ayuda profesional.	1	2	3	4	5
130218	Refiere aumento del bienestar psicológico.					

d) Intervenciones de enfermería, NIC: (35)

5820- Disminución de la ansiedad:

Actividades:

- Explicar todo el procedimiento, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento si procede.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

5820- Aumentar el afrontamiento:

Actividades:

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella

5.2- Baja autoestima situacional - DxE 00120: (33)

a) Relacionado con:

- Cambios en el desarrollo del rol social.
- Alteración de la imagen corporal o deterioro funcional.
- La conducta no se corresponde con los propios valores.
- Sentimientos de ser rechazado.

b) Manifestado por:

- La persona expresa verbalmente una evaluación negativa de si misma.
- Asegura ser incapaz de afrontar una situación que le sobrepasa.
- Se siente desesperanzada e inútil.
- Su conducta es indecisa, poco asertiva.

c) Resultados de enfermería, NOC: (34)

1205- Autoestima:

INDICADORES		Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo o	Siempre positivo
120501	Verbalizaciones de autoaceptación.	1	2	3	4	5
120504	Mantenimiento del contacto ocular.	1	2	3	4	5
120505	Descripción del yo.	1	2	3	4	5
120507	Comunicación abierta.	1	2	3	4	5
120508	Cumplimiento de los roles significativos personales.	1	2	3	4	5
120509	Mantenimiento del cuidado/higiene personal.	1	2	3	4	5
120511	Nivel de confianza.	1	2	3	4	5
1205013	Respuesta esperada por los demás.	1	2	3	4	5
1205014	Aceptación de críticas constructivas.	1	2	3	4	5
1205018	Descripción de estar orgulloso.	1	2	3	4	5
1205019	Sentimientos sobre su propia persona.	1	2	3	4	5

d) Intervenciones de enfermería, NIC: (35)

5400- Potenciación de la autoestima:

Actividades:

- Determinar la posición de control de la situación, del paciente.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.
- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.
- Explorar las consecuciones con éxito anteriores.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo si procede.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

5270- Apoyo emocional:

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Ayudar al paciente a identificar sus respuestas habituales a los miedos. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Explicar al paciente las consecuencias de los sentimientos de culpa o vergüenza.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia, que puedan ser de utilidad para el paciente.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de crisis.
- Favorecer la conversación o el llanto, como medio de disminuir la respuesta emocional.
- No exigir demasiado una respuesta cognitiva cuando el paciente éste cansado o con deterioro físico.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

5.3- Conocimientos deficientes - DxE 00126: (33)

a) Relacionado con:

- Desinterés por adquirir la información necesaria.
- Desconocimiento sobre dónde obtener la información.
- Interpretación errónea de la información o falta de ésta.
- Presencia de trastornos cognitivos o de memoria.
- Miedo y/o preocupación.
- Otros (especificar):...

b) Manifestado por:

- Manifestación del problema: verbalmente o por deficiencias en el seguimiento del tratamiento o de las pruebas.
- Conductas inadecuadas o exageradas.
- Otros (especificar):...

c) Resultados de enfermería, NOC: (34)

0502- Continencia urinaria:

INDICADORES		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
050201	Reconoce la urgencia miccional.	1	2	3	4	5
050208	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina.	1	2	3	4	5
050209	Vacía la vejiga completamente.	1	2	3	4	5
050217	Pérdidas de orina entre micciones.	1	2	3	4	5

d) Intervenciones de enfermería, NIC: (35)

0560- Ejercicio del suelo pélvico:

INDICADORES		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
056001	Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.	1	2	3	4	5
056004	Asegurarse de que el individuo puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo pélvico.	1	2	3	4	5
056006	Explicar que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.	1	2	3	4	5
056010	Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.	1	2	3	4	5
056011	Comentar el registro diario de continencia para proporcionar seguridad	1	2	3	4	5

1803- Conocimiento del proceso de la enfermedad:

INDICADORES		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
180302	Proceso de la enfermedad	1	2	3	4	5
180303	Causa o factores contribuyentes	1	2	3	4	5
180304	Factores de riesgo	1	2	3	4	5
180305	Efectos de la enfermedad	1	2	3	4	5
180306	Signos y síntomas de la enfermedad	1	2	3	4	5
180307	Curso habitual de la enfermedad	1	2	3	4	5
180308	Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad	1	2	3	4	5
180309	Complicaciones de la enfermedad	1	2	3	4	5
180310	Signos y síntomas de complicación de la enfermedad	1	2	3	4	5
180313	Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo	1	2	3	4	5
180314	Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia	1	2	3	4	5
180315	Beneficios del control de la enfermedad	1	2	3	4	5
180316	Grupos de apoyo disponibles	1	2	3	4	5
180317	Fuentes acreditadas de información específica de la enfermedad	1	2	3	4	5

1813- Conocimiento: Recursos sanitarios:

INDICADORES		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
180601	Recursos sanitarios reputados	1	2	3	4	5
180602	Cómo contactar con un profesional sanitario	1	2	3	4	5
180603	Medidas de urgencia	1	2	3	4	5
180604	Recursos para la asistencia urgente	1	2	3	4	5
180605	Necesidad de asistencia continuada	1	2	3	4	5
180606	Plan de asistencia continuada	1	2	3	4	5
180607	Recursos sociales de ayuda disponibles	1	2	3	4	5
180608	Cómo contactar con los servicios necesarios	1	2	3	4	5

1813- Conocimiento: Régimen terapéutico:

INDICADORES		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
181310	Proceso de la enfermedad	1	2	3	4	5
181301	Justificación del régimen terapéutico	1	2	3	4	5
181302	Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	1	2	3	4	5
181303	Responsabilidades de los propios cuidados en situaciones de emergencia	1	2	3	4	5
181315	Técnicas de autoinmunización	1	2	3	4	5
181304	Efectos esperados del tratamiento	1	2	3	4	5
181305	Dieta prescrita	1	2	3	4	5
181306	Medicación prescrita	1	2	3	4	5
181307	Actividad prescrita	1	2	3	4	5
181308	Ejercicio prescrito	1	2	3	4	5
181309	Procedimientos prescritos	1	2	3	4	5
181316	Beneficios del tratamiento de la enfermedad	1	2	3	4	5

1808- Conocimiento: Medicación:

INDICADORES		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
180801	Importancia de informar al profesional sanitario de toda la medicación que se está consumiendo	1	2	3	4	5
180819	Efectos terapéuticos de la medicación	1	2	3	4	5
180820	Efectos adversos de la medicación	1	2	3	4	5
180807	Uso de sistemas de ayuda para recordar	1	2	3	4	5
180809	Posibles interacciones con otros fármacos	1	2	3	4	5
180810	Administración correcta de la medicación	1	2	3	4	5
180821	Uso correcto de la medicación sin prescripción	1	2	3	4	5
180816	Pruebas de laboratorio necesarias para monitorizar medicación	1	2	3	4	5

e) Intervenciones de enfermería, NIC: (35)

5602- Enseñanza del proceso de la enfermedad:

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, si procede.
- Identificar las etiologías posibles, si procede.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Discutir las opciones de terapia/tratamiento.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede.
- Explorar recursos/apoyo posibles, según cada caso.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

5616- Enseñanza: Medicamentos prescritos:

Actividades:

- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Explicar cómo los profesionales de la salud eligen la medicación más adecuada.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos/comidas, si procede.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

2380- Manejo de la medicación:

Actividades:

- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Enseñar al paciente cuándo debe conseguir atención médica.

Conclusiones

Una vez confeccionado el trabajo completo, debo reflexionar sobre la dificultad que entraña la realización de un buen PCE. Es muy importante tener muy claros en primer lugar toda la teoría metodológica que conlleva dicho trabajo. Si el PCE no se realiza con corrección es muy difícil, o por decirlo de otra manera, imposible, que éste nos sirva de ayuda para resolver las necesidades detectadas en el paciente. Aunque en un principio resulta dificultoso de realizar, cuando se conocen las partes que lo forman y la dinámica de cómo realizarlo, es una herramienta muy útil y ventajosa a la hora de atajar muchos de los problemas autónomos que la enfermería tiene que resolver es su trabajo diario, puesto que se confecciona una tela de araña a través de intervenciones de enfermería, con las cuales somos capaces de resolver muchas de los problemas que se les presenta a los pacientes subsidiarios de nuestros cuidados.

La búsqueda bibliográfica de ésta materia metodológica es bastante escasa. Muchas veces está sesgada por planteamientos equivocados o que no nos conducen a la consecución del PCE. Al igual que muchas técnicas, no sale a la primera, sino que son el compendio de horas de entrenamiento, aprendizaje y esfuerzo; a la hora de la realización de los PCE. El manejo constante y diario de ésta herramienta permite al profesional de enfermería mucha más rapidez, fluidez, efectividad y eficacia ala hora de confeccionarlos y de ponerlos en práctica.

Los PCE nos ofrecen muchas y variadas ventajas a la hora de brindar cuidados de enfermería a los pacientes. Pero no debemos olvidar que el ahorro de tiempo y de recursos hace que ésta herramienta también sea un gran ahorro para el gasto sanitario. Debido a que incide en los problemas y causas de las necesidades o carencias del paciente y en muchas ocasiones se adelanta a la aparición de enfermedades o complicaciones más graves y de mayor coste sanitario; ya sea por la estancia media en el hospital o por la necesidad de recursos para atajar dichas enfermedades.

Con la temática de la IU en muchos hospitales no se garantiza la plena recuperación de los pacientes con incontinencia urinaria. Se arregla todo con poner un pañal y ya están todos los cuidados hechos ya que no se moja la cama. Pero con un adecuado PCE, antes de tener que recurrir a ésta drástica solución, con un conocimiento adecuado de las causas, y con un planteamiento de cuidados basado en un PCE se podrían recuperar funcionalmente a muchos pacientes. Con una información adecuada se disminuiría el gasto público sanitario debido a que nos adelantáramos a las carencias de salud de los pacientes, atajando de ésta manera un gran número de ingresos hospitalarios y técnicas diagnósticas innecesarias en muchas ocasiones por no focalizar la valoración.

Ya para terminar creo que el PCE nos proporcionan una guía de acción válida y efectiva ante una situación concreta de salud, en este caso la IU, siendo necesario posteriormente planificar los problemas inusuales o complejos en cada individuo, para garantizar la satisfacción de sus necesidades durante su proceso de salud. Quizás éste sea nuestro mejor legado, la iniciación de los planes de cuidados en la hospitalización, en la Atención Primaria y básicamente en todos los ámbitos de la vida diaria extrapolando las necesidades en cada situación y lugar. Puede que lo más sencillo fuera continuar con la misma forma de trabajo, pero muchos profesionales han optado ya por coger el otro camino, es decir, superar los miedos y comenzar a planificar cuidados de enfermería.

Referencias bibliográficas

- (1) Freire MM, Cougil MS, Diz PG, Paternain MV, Ramos MB, Ramos FC. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria* 2004;34(3):134-139.
- (2) Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Aguilera-Manrique G, Peredo-de Gonzales MH, Mollinedo-Mallea J, Hernández-Padilla JM. Análisis de las condiciones para la implantación del proceso enfermero en Santa Cruz (Bolivia). *Enfermería Clínica* 2010;20(5):280-285.
- (3) Magaña MV, López HHB, Poceros GR, Ortega GO, Ruz ESN, Castrillo CS. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:347-356.
- (4) Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. : McGraw-Hill Interamericana de España; 1995.
- (5) de Sousa CN, Nascimento A, Andrade MM. Incontinencia urinaria versus calidad de vida. *Enfuro* 2005(95):27-29.
- (6) Alfaro, Lefebre R. Aplicación del proceso enfermero. 2003.
- (7) Kozier E, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 1993.
- (8) Huerta González S, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería* 2011(23):7.
- (9) Igual Camacho C, Valverde Gil D, López Bueno L, Sánchez Frutos J. Fisioterapia en la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev.Iberam Fisioter Kinesiol* 2003;6(1):50-54.
- (10) Fernandez Camino F, Viñas Vera C. Implementación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC en un Hospital de tercer nivel. *Revista Tasela*, 6.
- (11) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-178.
- (12) de Sousa, C Ns, Augusto Nascimento, and Melanie Machado Andrade. "Incontinencia urinaria versus calidad de vida. *Enfuro* 95 (2005): 27-29.
- (13) Diz JMD. Incontinencia urinaria al realizar esfuerzos y urgencia miccional. *Incontinencia urinaria*. 2007:45.
- (14) Verdejo Bravo C. (2011) Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.
- (15) Robles, J E. "La incontinencia urinaria." *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 29. No. 2. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2006.
- (16) Arañó P, Rebollo P, González-Segura Alsina D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con incontinencia urinaria mixta. *Actas Urológicas Españolas* 2009;33(4):410-415.
- (17) Pons ME. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin* 2003;120(12):464-472.
- (18) Reina GR, Rodríguez JC, Fonseca CS, Galarza IS. Incontinencia urinaria en la mujer.
- (19) Nihira MA, Henderson N. Epidemiology of urinary incontinence in women. *Curr Womens Health Rep* 2003; 3: 340-347.
- (20) Sandvick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighting tests. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 137-145.
- (21) Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown JS. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13: 40-43.
- (22) Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet* 2000; 356: 535-539.

- (23) Contreras Ortiz O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 86 (Suppl. 1): S6–S16.
- (24) Viktrup L, Lose G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J* 2000; 11: 336-340.
- (25) Pickard R, Reaper J, Wyness L, Cody DJ, McClinton S, N'Dow J. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- (26) Pesce F. Current management of stress urinary incontinence. *BJU Int* 2004; 94 (Suppl 1): 8-13.
- (27) Bezerra CA, Bruschini H, Cody DJ. Suburethral sling operations for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- (28) Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- (29) Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003; 110: 247-254.
- (30) Bo K. Urinary Incontinence, Pelvic Floor Dysfunction, Exercise and Sport. *Sports Medicine* 2004; 34: 451-464.
- (31) Hay-Smith EJC, Bø K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, De Bie RA, Van Waalwijk Van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- (32) Martín AG, Del Olmo Cañas P, Moreno NC, Varela MM, Lluva CG. Reeducción del suelo pélvico. *Enfuro* 2006(100):27-29.
- (33) Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. *Interrelaciones Nanda, Noc y Nic: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª Edición. Madrid: Elsevier; 2007.
- (34) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Editoras. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2008.
- (35) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, Editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2008.