

# COMPLICACIONES POTENCIALES DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ANCIANOS

<b>Autor:</b>	Manuel Burgos Arguijo
	Diplomado en Enfermería
	Residencia Personas Mayores de la Comunidad de Madrid de Parla
	e-mail: manuel.burgos@madrid.org

## RESUMEN.-

La incontinencia urinaria (IU) en ancianos ha sido siempre la gran infravalorada e infradiagnosticada. En nuestro medio, una Residencia de Mayores de gestión pública (Residencia de Personas Mayores de la Comunidad de Madrid de Parla), se intenta, y se consigue, que eso no sea así a través de la elaboración del proceso de Atención de Enfermería (PAE) al 100% de los residentes, llegando a un diagnóstico enfermero claro de IU, elaborándose planes de cuidados estandarizados, con actividades y estrategias bien definidas, sobre IU de: esfuerzo, urgencia, funcional, refleja y circunstancial. Todo ello tiene que verificarse con una efectividad y eficiencia de dichos planes de cuidados; por tanto, se procedió a realizar un estudio de prevalencia, epidemiológico y transversal para medir tanto la efectividad como la eficiencia a través de la eliminación y/o reducción de las complicaciones potenciales de la IU, como criterios de resultados, tanto biológicos, psico-sociales y de costes económicos.

Se encontró una prevalencia del 29% del total de residentes, muy inferior a estudios previos, siendo irrelevante el nivel de independencia, con una mediana de edad de 86 años, disminución de úlceras por presión (UPP) en incontinentes en relación a estudios anteriores, entre las complicaciones potenciales biológicas, no encontrándose grandes culpas sociales, llegando a la conclusión que con la implementación de planes de cuidados estandarizados e individualizados para cada residente existe una reducción del coste económico.

## PALABRAS CLAVE.-

Incontinencia urinaria ancianos, Residencia de Mayores, planes de cuidados, complicaciones potenciales, efectividad, eficiencia.

## OBJETIVO.-

La incontinencia urinaria en ancianos ha sido siempre, o casi siempre, la gran olvidada y a menudo infradiagnosticada, incluso.

Es obvio que se han hecho grandes esfuerzos para combatirla. En nuestro medio, una residencia para personas mayores con gestión pública (Residencia para Personas Mayores de la Comunidad de Parla), hemos intentado aportar un granito de nuestros conocimientos y experiencias a este gran síndrome; para ello se elaboraron planes de cuidados estandarizados para los diferentes tipos de incontinencia urinaria basados en los diagnósticos de la NANDA (1), así como un grupo más, la incontinencia circunstancial, personalizándolos para cada residente incontinente.

Durante el año 2001 se realizó el diagnóstico de salud (2) de nuestra Residencia, donde se pudo comprobar que el dominio ELIMINACIÓN ocupaba el tercer lugar entre los dominios sobre diagnósticos enfermeros más frecuentes, por tanto, urgía realizar una intervención enfermera para paliar, al menos, el problema.

Para comprobar que los planes de cuidados elaborados son efectivos y eficientes se realizó un estudio de prevalencias, epidemiológico y transversal en función de las diferentes complicaciones potenciales que la incontinencia urinaria puede presentar, comprobando dicha efectividad y eficiencia

en la eliminación, supresión o disminución de las complicaciones potenciales comparadas con estudios previos de dichas complicaciones potenciales, en función de aspectos biológicos, psicosociales y sobre costes económicos; asimismo se estableció la prevalencia y distribución de este gran síndrome en nuestro medio.

## **DESARROLLO DEL ESTUDIO.-**

En el año 2001 se procedió en nuestra Residencia a elaborar el correspondiente diagnóstico de salud de la misma, determinándose el dominio ELIMINACIÓN como el tercero dentro de los diagnósticos enfermeros descritos en los Procesos de Atención de Enfermería realizados a todos nuestros residentes. Por ello, se determinó elaborar un plan estandarizado de cuidados en la incontinencia urinaria, y posteriormente individualizado en función de cada residente.

Se estableció el siguiente plan de cuidados:

**A/ Incontinencia urinaria de esfuerzo relacionada con maniobras físicas que aumentan la presión intraabdominal secundario a:**

(Factores etiológicos): tos, risa, multiparidad, vaginitis atrófica, prolapso uterino y cistocele (en la mujer). Intervención quirúrgica de próstata (en el hombre)

Y como factores concurrentes estarían la obesidad y la tos crónica.

Todo ello manifestado por goteo de orina al aumentar la presión abdominal, urgencia urinaria e intervalo de las micciones inferior a dos horas.

### **ESTRATEGIAS INTERDEPENDIENTES:**

- -Efectos secundarios del tratamiento o procedimientos.
- -Derivar a otro profesional o a Atención Especializada si procede.
- -Seguimiento de patología crónica
- -Seguimiento de signos y síntomas (INDICADORES):
  - -Volumen residual postmiccional <100 ml.
  - -Índice de masa corporal (IMC) ↑ de 30
  - -Tos crónica.

### **ESTRATEGIAS ENFERMERAS:**

- -Adhesión al tratamiento
- -Aumento de conocimientos sobre problema de salud del residente.
- -Valorar y resolver dificultades del residente así como actitudes.
- -Desarrollo de habilidades para entrenamiento vesical: si incapacidad psicomotora le ayudará el cuidador primario.
- -Valorar y registrar el patrón miccional así como el factor de esfuerzo.
- -Establecer pauta de micción, según intervalo de contención de la orina.
- -Vaciar la vejiga cada 1-2 horas si despierto; cada 4 horas en la noche. Alargar los intervalos sin buenos resultados.
- -Evaluar pérdidas de orina en prendas de vestir: por ej., 5 cms., equivalen a 5 ml. De orina.
- -Ejercicios de Kegel: contracción-relajación de músculos perineales, así como cortar el chorro miccional contando desde 10, subiendo progresivamente hasta 50.
- -En residentes sin restricción hídrica: 30 ml/kg/día de líquidos.
- -Explicar los irritantes dietéticos como café, bebidas alcohólicas que aumenten la incontinencia de esfuerzo.
- -Técnicas y procedimientos propios enfermeros:
  - -Actuar sobre necesidades alteradas

- -Cuidados de sondas vesicales permanentes o continuas. Cambio de cateter vesical previa profilaxis + test de orina en sondas de látex c/ 20 días y cada 3 meses en sondas de silicona.
- -Uso de absorbentes si fueran necesarios.
- -Dispositivos (colectores, pinzas, etc), si fueran precisos.

**B/ Incontinencia urinaria de urgencia relacionada con hiperactividad del músculo detrusor secundario a:**

Lesiones del Sistema Nervioso Central (AIT, demencia, tumores, parkinsonismo...), trastorno del tracto urinario inferior (prostatismo, litiasis, carcinoma vesical...)

**ESTRATEGIAS INTERDEPENDIENTES:**

- -Efectos secundarios del tratamiento o procedimientos.
- -Derivar a otro profesional o atención especializada si procede.
- -Seguimiento de patología crónica.

**INDICADORES:**

- -Test de orina
- -Disuria
- -Tenesmo
- -Polaquiuria
- -Test mental

**ESTRATEGIAS ENFERMERAS**

- -Cognitivas generales
- -Afectivas generales
- -Desarrollo de habilidades: si disminución de la cognición, las realizará el cuidador primario.
- -30 ml/kg/día de líquidos si no restricción
- -Reducir-eliminar irritantes vesicales como café y alcohol.
- -Favorecer el consumo de no irritantes como agua y zumo de frutas (prestando especial cuidado con los insuficientes renales)
- -Realizar un diario miccional.
- -Reducir-eliminar la ingesta hídrica dos horas antes de acostarse y orinar al acostarse.
- -Si nivel cognitivo conservado: orinal, cuña o recipiente junto a la cama.
- -Técnica de respiración profunda y lenta, siendo útil en sensación de urgencia para orinar.
- -Si deterioro cognitivo: indicadores de baño.

**TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS**

- -Ver incontinencia urinaria de esfuerzo.

**C/ Incontinencia urinaria funcional relacionada con incapacidad para ir al cuarto de baño o sustitutos secundario a:**

-Deterioro de las funciones físicas, cognitivas, falta de motivación o barreras arquitectónicas.

**ESTRATEGIAS INTERDEPENDIENTES**

- -Las mismas que para el resto de tipos de incontinencia.

**INDICADORES**

- -Volumen residual postmiccional < de 100 ml.
- -No pérdidas en maniobras de esfuerzo.
- -No urgencia miccional.
- -Test mental.
- -Valoración de la marcha y del equilibrio
- -Dispositivos de ayuda
- -Movilidad

#### **ESTRATEGIAS ENFERMERAS**

- -Cognitivas y afectivas similares al resto
- -Técnicas y procedimientos propios del resto de tipos de incontinencia.
- -Desarrollo de habilidades: si deterioro cognitivo, sería el cuidador primario:
  - -Si deterioro funcional: adaptaciones necesarias.
  - -Si deterioro de las funciones cognitivas: señalar baños, camino a los baños y medidas compensadoras.
  - -Valorar y eliminar los obstáculos ambientales.
  - -Valorar el patrón miccional: pauta planificada.
  - -Valorar el estado intestinal.
  - -Vigilar a los residentes tras la toma de diuréticos.
  - -Cuña, orinal u otro dispositivo o ayuda cada dos horas.
  - -Anotar episodios de incontinencia.
  - -Si inmovilizados en cama: timbre de luz y llamada cercanos.
  - -En residentes confusos: reloj y calendario.
  - -Ejercicios de Kegel (ver incontinencia de esfuerzo)
  - -Técnica y procedimientos propios similares al resto de tipos de incontinencia.

**D/ Incontinencia urinaria refleja relacionado con vejiga sobredistendida secundario a:**

-Obstrucción mecánica a la salida de la orina (hipertrofia benigna de próstata. Carcinoma prostático, estenosis uretral...)

-Disinergia vésico-esfinteriana (esclerosis múltiple y otras lesiones medulares supradiscales)

#### **ESTRATEGIAS INTERDEPENDIENTES**

- -Efectos secundarios al tratamiento y de procedimientos.
- -Derivar a otro profesional o a atención especializada si procede.
- -Seguimiento de patología crónica.

#### **INDICADORES**

- -Test de orina
- -Globo vesical positivo.
- -Volumen residual postmiccional > de 100 ml.
- -Goteo postmiccional.
- -Chorro urinario escaso.
- -Tenesmo vesical.
- -Marcha
- -Equilibrio
- -Movilidad.

#### **ESTRATEGIAS ENFERMERAS**

- -Cognitivo, afectivo y técnicas y procedimientos generales.
- -Desarrollo de habilidades según capacidad cognitiva.

- -Valorar patrón urinario: pauta de micción.
- -Regular líquidos para hidratación y patrón urinario: por ejemplo, (si no restricción). 30 ml/kg/día, fraccionados cada dos horas e intentar orinar 30 minutos después.
- -Si deterioro cognitivo (ver incontinencia urinaria funcional).
- -Vaciar vejiga cada una o dos horas si despierto y cada 4 horas si dormido: si éxito, entonces, aumentar los intervalos.
- -Técnica de estimulación refleja urinaria: golpeo suave sobre el área suprapúbica, tirar del vello púbico o estirar el esfínter anal (CONTRAINDICADO EN LESIONES MEDULARES ALTAS) o reflejo de Valsalva.
- -Si esfínter inflable: desinflar válvula cada cuatro horas.
- -Método Credé: desde el ombligo y en sentido descendente masaje cada 30 segundos.
- -Máxima movilidad.
- -Si perfusión intravenosa: disminuir el ritmo de perfusión nocturna.

#### E/ Incontinencia urinaria circunstancial relacionada con (Formato DRIP):

- -Drogas y fármacos (Diuréticos, antagonistas del calcio, hipnóticos, antidepresivos).
- -Delirium
- -Retención urinaria.
- -Restricciones ambientales.
- -Infección del tracto urinario.
- -Inflamaciones (uretritis, vaginitis atrófica...)
- -Impactación fecal.
- -Inmovilización.
- -Poliuria: hiperglucemia, edemas y nicturia (insuficiencia vasculovenosa crónica, insuficiencia cardíaca congestiva).

#### ESTRATEGIAS INTERDEPENDIENTES

- -Interdependientes generales.

#### INDICADORES

- -Test de orina
- -Globo vesical.
- -Volumen residual postmiccional > de 100 ml.
- -Tacto rectal positivo.
- -Glucemia capilar.
- -Tenesmo vesical.
- -Tenesmo rectal.
- -Test mental.
- -Marcha.
- -Equilibrio.
- -Movilidad.
- -Hábitos tóxicos.

#### ESTRATEGIAS ENFERMERAS

- -Cognitivo y afectivo general.
- -Técnicas y procedimientos sobre el factor etiológico (sondaje vesical sobre retención urinaria, extracción de fecaloma sobre impactación fecal, etc.)

En todos estos tipos de incontinencia urinaria, las actividades independientes son, con respecto a:

- 1/ Cognitivo: adhesión al tratamiento y aumento del conocimiento o reorganización del residente con respecto a su problema de salud.
- 2/ Afectivo: valorar y resolver las dificultades del residente, así como las actitudes del mismo respecto a su problema de salud.
- 3/ Desarrollo de habilidades: adiestrar al residente para que pueda plantear su problema de forma autónoma. Si incapacidad psicomotora esta actividad la

desarrollará el cuidador primario.

Como objetivos en cuanto a todo este plan de cuidados nos centramos en

A/ Resultados esperados (basados en el residente, si no deterioro psicomotor):

- -Presentará una correcta adhesión al tratamiento.
- -Reconocerá los efectos secundarios del tratamiento.
- -Reconocerá signos y síntomas de alarma.
- -Reconocerá y actuará en consecuencia sobre complicaciones potenciales de su problema de salud.
- -Mejorará su actitud ante su problema de salud.
- -Adquirirá habilidades necesarias para afrontar problemas.
- -Corregirá las necesidades alteradas si las hubiera.

B/ Criterios de resultados (basados en el profesional).

- -Detectar signos y síntomas de alarma.
- -Disminuir o evitar el número de problemas estandarizados.
- -Alcanzar a restaurar/corregir las necesidades alteradas si las hubiera.
- -Detener y/o evitar y/o minimizar la aparición de complicaciones potenciales:

-Biológicas:

- -Infecciones y sepsis urinarias.
- -Maceración y molestias cutáneas.
- -Úlceras por presión; úlceras tróficas por catéteres. Inmovilismo. Caídas.

-Psicológicas:

- -Vergüenza, aislamiento social, dependencia, depresión, pérdida de autoestima.

-Sociales:

- -Estrés en cuidadores, abandono de actividades.

-Costes económicos:

- -Lavandería, gasto farmacéutico, tratamiento de las complicaciones.

En abordar/minimizar/eliminar estas complicaciones potenciales se basa nuestro estudio.

En nuestra Residencia la Incontinencia Urinaria presenta la siguiente epidemiología y distribución:

-Son incontinentes el 29% de la misma (19), de los cuales, 14 son mujeres (73,80% del total de incontinentes), y 5, hombres (el 26,32%). La mediana de edad de los incontinentes es de 86 años, siendo 85,5 la mediana en las mujeres (con un rango entre 76 y 98 años), y de 87 y en los hombres (con un rango entre 84 y 98 años). Representando la incontinencia de esfuerzo al 42,10% del total (todas mujeres), el 26,31% corresponde a incontinencia de urgencia (50% hombres y mujeres), y el 31,57% a incontinencia funcional (un 66,6% de mujeres). De los 19 incontinentes sólo 5 presentan deterioro cognitivo (el 26,31% del total de incontinentes). Actualmente, y en el período de estudio, no presenta ningún residente incontinencia circunstancial.

Una vez vista la epidemiología y distribución, nos centraremos en las complicaciones potenciales de la incontinencia urinaria.

#### **A/. Biológicas:**

En cuanto a infecciones y sepsis urinarias, no encontramos ningún caso en el período de estudio. En el grupo de estudio aparece una residente con UPP(úlceras por presión) grado II (3,07% del total de incontinentes y el 1,53% del total de residentes), que apareció cuando estuvo ingresada en nuestro centro hospitalario de referencia, a pesar que una vez aplicada la Escala de Norton, siete de nuestros residentes tenían un riesgo alto de UPP y 4 de ellos un muy alto riesgo de UPP. Se calculó el riesgo relativo(RR) de incontinencia-inmovilismo-úlceras por presión, detectando un RR de 2,5 , así como un Factor Etiológico del Riesgo (FER) del 100%; y una odds ratio (OR) del 9,5. No se evidencian úlceras tróficas en el grupo de estudio así como que ningún residente fue portador de cateterismo vesical.. En cuanto a las caídas, en el Diagnóstico de Salud de nuestra Residencia se evidenció que las caídas estaban en relación con el deterioro cognitivo en un 88%.

#### **B/. Psicológicas-Sociales:**

El test de Zarit aplicado a los cuidadores, en este caso no fue aplicado, puesto que los cuidadores primarios son profesionales de la salud, y no se contemplaba. No existen indicadores de vergüenza, aislamiento social ni abandono de actividades en nuestro centro. En cuanto a la dependencia se aplicó la clasificación funcional ICF 95, que elimina la dicotomía válido-dependiente, a través de niveles de asistencia en tres grandes niveles; para nuestros residentes incontinentes se aplicó dicho ICF 95, quedando de la siguiente manera: Asistencia tipo A(totalmente independientes), 31,57%; tipo B (algún grado de dependencia), el 36,84%, y tipo C (dependientes), el 31,57%.

#### **C/ Costes económicos:**

En nuestro medio hubo un desembolso económico de 166 Euros/año/absorbentes/residente.

Los gastos de lavandería no se tuvieron en cuenta ya que entran a formar parte del gasto general de lavandería de nuestro centro.

### **CONCLUSIONES.-**

La prevalencia de la incontinencia urinaria, una vez establecido el plan de cuidados se encuentra muy por debajo de los diferentes estudios consultados, tan "sólo" un 29% del total de residentes, cuando en el resto de estudios se dispara por encima del 50% en institucionalizados (3) (4) (5)

Al no disponer de estudios urodinámicos en nuestro centro, es importante que realicemos una concienzuda Historia de Enfermería que nos permita diagnosticar todos los problemas existentes, entre ellos, la incontinencia urinaria, infravalorada e incluso silenciada en pacientes en comunidad.

Los resultados no pueden ser más alentadores, una vez implementado el plan de cuidados estandarizado para incontinencia urinaria y personalizado en función de la idiosincrasia del residente:

-Hemos alcanzado una prevalencia del 1,53% en UPP en el total de residentes, cuando algunos estudios lo sitúan en torno al 12,84% en pacientes institucionalizados,(6) observando, que el inmovilismo es más importante que la incontinencia en nuestro medio para una UPP.

-Reducción de infecciones urinarias.

-Hemos logrado una equivalencia en cuanto a la dependencia de los incontinentes, sin diferencias significativas en los tres tipos de asistencia, siendo independiente del nivel funcional.

-Hemos logrado 0 casos de incontinencia circunstancial actualmente, realizando prevención primaria de la misma.

-Se redujo en 254 Euros/residente/absorbentes/año el coste económico en cuanto a absorbentes. (7)

Por tanto, se puede colegir, que se han reducido/evitado las complicaciones potenciales de la incontinencia urinaria con el plan de cuidados implementado para la incontinencia urinaria en nuestro centro.

Por todo ello, es necesario la realización de un plan de cuidados estandarizado, pormenorizado, que contemple todos los factores etiológicos de la incontinencia urinaria , y que sea tanto efectivo como eficiente en relación con las complicaciones potenciales de la misma, centrado en unas estrategias enfermeras adecuadas.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

---

- (1) "Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002". North American Nursing Diagnosis Association. 2001. Ed. Harcourt.
- (2) "Diagnóstico de Salud de la Residencia PP MM de Parla". 2001.
- (3) Estudio INDAS.
- (4) Estudio MAD AUS.
- (5) Estudio PAPPS (Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud)
- (6) "Estudio Epidemiológico". GEROKOMOS vol 12 n:3. Julio 2001. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, González Ruiz et als.
- (7) "Gastos por absorbentes". Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.

Tribuna Sanitaria

Fecha Publicación: 09/03/2006