



RESOLUCIÓN N° 22/2017

Por la que, en el marco de la ordenación del ejercicio profesional enfermero, se aprueba el documento relativo a las competencias enfermeras en cuidados de la incontinencia y disfunciones del suelo pélvico.

PREÁMBULO

I

La incontinencia urinaria está considerada como enfermedad por la OMS desde 1998, por su repercusión en la calidad de vida de las personas, por su frecuencia y por su afectación psico-social, reduciendo su autoestima, mermando su autonomía y por tanto deteriorando significativamente la calidad de vida de quien la padece¹.

En un informe publicado en 2002, la ICS (International Continence Society) especifica que son necesarias dos definiciones y que ambas deben ir unidas. Una para describir el impacto que produce la Incontinencia Urinaria en el individuo que la padece, como *“pérdida involuntaria de orina, que se puede demostrar objetivamente, y que constituye un problema social o higiénico”*; y otra, para recoger la verdadera prevalencia de la enfermedad, como *“la manifestación o queja de cualquier pérdida involuntaria de orina”*².

La cada vez mayor prevalencia de estas disfunciones se manifiesta por encima de la observada en la hipertensión arterial, la diabetes y la depresión, y oscila de un 10 a un 30%, en adultos jóvenes; y de un 15 a un 40%, en personas de mayor edad (de más de 60 años de edad), resultando más común en mujeres que en hombres.

¹ World Health Organization Calls First International Consultation On Incontinence, Leading Medical Experts Move to Reclassify Condition as a Disease and Set Treatment Guidelines, Mónaco Press Release WHO/49 1 July 1998. <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-49.html>

² España, M. Incontinencia de orina en la mujer Med Clin (Barc) 2003; 120: 464-472



A ello se unen también los intentos de algunas profesiones sanitarias de intentar monopolizar para sí unas actuaciones y terapias que bien se enmarcan dentro de los cuidados enfermeros, bien podrían considerarse de carácter pluri o multidisciplinar.

De ahí la necesidad de que, por parte del órgano regulador y autoridad competente de la profesión enfermera, se delimiten las competencias que la enfermera puede y debe desarrollar en los cuidados de la incontinencia y disfunciones del suelo pélvico.

II

La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar:

a) Competencia para **diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos** con el fin de mejorar la práctica profesional.

b) Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.

c) Competencia para **responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud** sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.

d) Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.

e) Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.



f) Competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.

g) Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.

h) Competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero responsable de cuidados generales.

Por su parte, en el ámbito nacional, el artículo 7.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala en su apartado a) que corresponde a la profesión enfermera:

“...la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.”

Y el artículo 54.3 de los Estatutos de la Organización Colegial señala que los cuidados de enfermería comprenden:

“...la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.”

Además, el artículo 4.7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ha reforzado la autonomía e independencia de las distintas profesiones sanitarias en el ejercicio de sus respectivas actuaciones:

“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.”

Paralelamente a esta regulación general, también es preciso mencionar la regulación académica oficial que habilita para el ejercicio de la profesión enfermera,



especialmente, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Dicha Orden recoge las competencias que deben adquirir los estudiantes, entre las que figuran las de:

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.

4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.

5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.

6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.

Tampoco hay que olvidar la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cuyo texto refundido fue aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, el cual incluye en su artículo 79.1 las competencias de los enfermeros para, de forma autónoma, indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Y en el caso de los



medicamentos sujetos a prescripción médica, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, explicita en su anexo VIII el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NIC y NOC.

Bajo este marco jurídico, resulta de todo punto adecuado y pertinente que, por parte del Consejo General, en uso de sus fines y funciones, reconocidos legal y estatutariamente, se apruebe una resolución como la presente para fijar y detallar, sobre la base del documento que figura como anexo a la presente resolución, cuál debe ser la intervención de las enfermeras respecto de los cuidados de la incontinencia y las disfunciones del suelo pélvico.

III

De acuerdo con el artículo 9º de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios profesionales, en su vigente redacción, corresponde a los Colegios Profesionales, en su ámbito provincial, y al Consejo General, en tanto repercute en el ámbito nacional, ordenar en sus respectivos entornos, la actividad profesional de los colegiados. Desde esta perspectiva, es claro que el Consejo General tiene competencia para dictar resoluciones que ordenen determinados aspectos de la profesión en el ámbito nacional, y aprobar en este marco los documentos y resoluciones que estime pertinentes. Esta prerrogativa también es reconocida en el artículo 24.16 de los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería, de su Consejo General y de la actividad profesional de enfermería, en el sentido de atribuirle la competencia para aprobar las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional.

En este mismo sentido se pronuncia el artículo 2º del Código Deontológico de la Enfermería Española, aprobado por Resolución nº 32/89, de este Consejo General que



establece dicha ordenación como una de las responsabilidades prioritarias de esta Corporación.

Por ello, la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, en sesión celebrada el día 14 de diciembre de 2017, en uso de las competencias legal y estatutariamente atribuidas, después del pertinente estudio y deliberación en profundidad, y en el ejercicio de la soberanía que como órgano supremo del Consejo y por ende de la Organización Colegial ostenta, por mayoría de sus miembros presentes, **ACUERDA:**

ARTÍCULO PRIMERO: Se aprueba, en el marco de la ordenación de la profesión enfermera, el documento sobre “Competencias enfermeras en cuidados de la incontinencia y disfunciones del suelo pélvico”, cuyo contenido y desarrollo figura en el anexo a esta resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: La incorporación de las competencias referidas en el apartado anterior y en el anexo de esta resolución como parte del ejercicio de la práctica profesional enfermera española conlleva la correspondiente responsabilidad civil y, por lo tanto, las actuaciones derivadas quedarán cubiertas por las pólizas de responsabilidad civil que otorguen cobertura sobre el ejercicio profesional enfermero.

DISPOSICIÓN FINAL

La presente Resolución entrará en vigor en el día de la fecha y de su contenido se dará traslado a todos los Colegios Provinciales.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, con el visto bueno del Sr. Presidente, en Madrid, a 21 de diciembre de dos mil diecisiete.

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº Bº,
EL PRESIDENTE,

Florentino Pérez Raya



Diego Ayuso Murillo



ANEXO

Competencias enfermeras en cuidados de la incontinencia y disfunciones del suelo pélvico

1. DESCRIPCIÓN

La disfunción del suelo pélvico muscular en nuestros pacientes con incontinencia urinaria es frecuente y la podemos ver en el síndrome de urgencia-frecuencia femenino, en la disinérgia del esfínter interno (lisoesfínter) o del esfínter externo (rabdoesfínter) en hombres y mujeres, en el síndrome de dolor rectal-pélvico, en la prostatitis crónica no bacteriana, en la incontinencia urinaria posterior a cirugía radical prostática, en pacientes con cistitis intersticial, en pacientes con enuresis, en casos de constipación crónica, y en incontinencia fecal. Es importante señalar que los problemas de incontinencia urinaria y de funcionalidad del suelo pélvico también pueden afectar al hombre y no sólo a la mujer.

Los pacientes con disfunción muscular del Suelo Pélvico, van a tener repercusiones en cuatro áreas determinadas, el área sexual, el área urinaria, el área defecatoria y el área del dolor; por lo cual es fácil de entender sus repercusiones en la calidad de vida.

El Procedimiento de Enfermería en Cuidados de la Incontinencia y Disfunciones del Suelo Pélvico es un modelo de tratamiento integral que abarca todas las patologías relacionadas con:

- Alteraciones de la necesidad de eliminación por exceso (Incontinencia Urinaria e Incontinencia Fecal) por defecto (Obstrucción urinaria y Estreñimiento crónico).
- Alteraciones de los tejidos de sostén (Prolapsos, Cistoceles, Rectoceles).
- Disfunciones sexuales.

2. PREVALENCIA.

La prevalencia de la incontinencia urinaria (mayor que la observada en hipertensión arterial, diabetes y depresión) va de un 10 a un 30% en adultos jóvenes y de



un 15 a un 40% en personas ancianas (por arriba de 60 años) y es dos veces más común en mujeres que en hombres¹.

Se estima que cerca del 50% de las mujeres tienen Incontinencia Urinaria ocasional, que un 10% la tiene frecuente y que un 20% de las mujeres de entre 70 y 75 años la tienen a diario. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, dos de cada diez mujeres la sufren en el periodo de la menopausia. La prevalencia media estimada ronda el 20% - 30% en términos generales, con una elevación de hasta el 30% - 40% en las personas de mediana edad y de hasta un 30% - 50% en los ancianos. La incidencia aumenta linealmente con la edad, hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años, como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la padece². En un estudio epidemiológico modélico realizado en Noruega en 27.938 mujeres mayores de 20 años (estudio EPINCONT), el 25% decía presentar algún tipo de Incontinencia Urinaria³.

En algunos casos se ha descrito la escasa implantación de programas de reeducación vesical enfocados a solucionar este problema⁴. Es necesario considerar que, si bien la implantación de estos programas de educación sanitaria podría contribuir a un mejor control del problema, las especiales características del mismo hacen que sea aconsejable utilizar herramientas individualizadas, debido sobre todo a la aparición de incontinencias en personas jóvenes. Este colectivo posee por sí mismo cualidades que lo diferencian de las personas de más edad a la hora de enfocar tanto el problema como las soluciones que pudieren adoptarse.

La Incontinencia Urinaria en los últimos años ha experimentado una creciente atención por parte de todos los medios sociales (autoridades, personal sanitario, población en general e incluso medios de comunicación), en parte debido al envejecimiento de la población. Pese a que las empresas farmacéuticas han desarrollado fármacos útiles (lo que le ha aportado un valor añadido a la enfermedad), el mayor gasto relacionado con su control sigue estando relacionado con los absorbentes derivados de la celulosa.

Esto ha cambiado tanto que en los actuales modelos de decisión de pacientes con incontinencia urinaria de la modalidad que fuere, no se comienza ya por cirugía, sino por terapias de reeducación vesical y/o recuperación del suelo pélvico, urofarmacología y



posteriormente se siguen con la cirugía y otros argumentos más complejos que no detallaremos en este documento.

Hoy, las perspectivas quirúrgicas parecen que han mejorado tras la concepción de la Teoría Integral de P. Petros, con el uso quirúrgico de las mallas y bandas, pero aún está por ver los resultados a largo plazo.

La solución a estas pacientes pasa por realizar tratamientos más conservadores y más baratos, los beneficios obtenidos repercuten tanto en ellas mismas, como en el propio sistema sanitario público. Y si irremediablemente han de ser intervenidas quirúrgicamente, los resultados mejoran notablemente si durante el tiempo que permanecen en lista de espera, pasan por la Consulta de Enfermería para aplicar estos procedimientos.

3. EVIDENCIA CIENTÍFICA.

Existe evidencia de buena calidad que consideran los ejercicios de contracción de los músculos del suelo pélvico como la primera opción de tratamiento en la Incontinencia Urinaria de esfuerzo leve y moderada, en pacientes motivadas, con un grado de recomendación A ^{4, 5, y 6}.

Existe evidencia de buena calidad que demuestra que el tratamiento con reeducación vesical reduce los síntomas de vejiga hiperactiva (urgencia, frecuencia, incontinencia de urgencia) (Grado de recomendación A)⁷.

Ha quedado suficientemente demostrado por muchos autores, que la sola instrucción verbal (algo muy común en las consultas médicas), no es suficiente para una respuesta adecuada ^{8, 9, 10, 11 y 12}.

4. DEFINICIÓN DE SUELO PÉLVICO

Se puede definir el Suelo Pélvico como una estructura de sostén; un conjunto de músculos, fascias y ligamentos que cierran la cavidad abdominal por su parte inferior manteniendo en su posición normal a la vejiga, el útero en la mujer y al recto, pero hablamos de un conjunto sinérgico, donde cualquier alteración en uno de ellos supone una alteración de los demás. La Teoría Integral de Petros nos presenta una anatomía dinámica, un sistema interrelacionado en el que el todo, es mayor que la suma de sus



partes. Su principio fundamental dice que “el restablecimiento de la forma (estructura) se traduce en el restablecimiento de la función”.

Los huesos y el tejido conjuntivo son los principales elementos estructurales de la pelvis.

El Tejido Conjuntivo es un término genérico que se aplica a los tejidos que tienen colágeno, proteoglucanos y ocasionalmente elastina. En la pelvis lo forman los ligamentos y las fascias.

La función de los ligamentos es la suspensión de los órganos y servir como punto de anclaje para los músculos. Son claves en esta estructura el Ligamento Uretral Externo, el Pubouretral, el Pubovesical y el Arco Tendinoso de la Fascia Pélvica.

La función de las fascias es el reforzamiento y soporte de los órganos, está constituida por músculo liso, elastina, colágeno, nervios y vasos sanguíneos.

Los músculos están constituidos por un 70% de fibras tipo I de contracción lenta y de un 30% de fibras tipo II de contracción rápida, siendo los del plano profundo (Ileococcigeos, Pubococcigeos y Puborectales) los cuales forman el Elevador del Ano, músculo más importante del conjunto de todos los planos.

5. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS.

Existen distintas técnicas y procedimientos diagnósticos de uso diario, realizado por las enfermeras/os, imprescindibles para determinar la patología estudiada y en base a ella, establecer el tratamiento más adecuado.

5.1. Estudio urodinámico

El estudio urodinámico consiste en la valoración funcional del tracto urinario inferior (vejiga y uretra), durante las dos fases de la micción: llenado y vaciado. Incluye las mediciones de presión, flujo y volumen.

Las técnicas urodinámicas fundamentales son: la flujometría, la cistomanometría de llenado, la curva de presión- flujo, perfiles uretrales y la electromiografía perineal conjunta a los estudios anteriores, que se utiliza cuando sospechemos patología neurológica asociada.



5.2. Flujometría y medición del residuo postmiccional.

La flujometría es un procedimiento barato, simple y no invasivo. Consiste en orinar como lo hace habitualmente en casa, en un flujómetro, aparato de medida con un embudo que nos interpreta el chorro miccional; mide el volumen de orina expulsado por unidad de tiempo (flujo), y se mide en ml/s. El comité de expertos de la O.M.S. lo ha recomendado como de obligada realización en pacientes con hiperplasia de próstata.

Los parámetros flujométricos dependen de tres variables: la capacidad contráctil vesical, la resistencia de salida y el volumen urinario. Un flujo máximo disminuido puede deberse a una obstrucción del tracto urinario inferior, a una disminución de la contractilidad vesical, o a ambas condiciones.

5.3. Cistomanometría de llenado

Consiste en la determinación de los cambios de presión que experimenta la vejiga, con el incremento progresivo de volumen intravesical resultante de la introducción de líquido en ella mediante una bomba de llenado. Permite el registro paralelo de la presión abdominal (mediante la ubicación en el recto de una sonda de presión), la presión vesical (con una sonda de exploración insertada en la vejiga) y la presión pura del detrusor (resultante de restar la presión vesical de la presión abdominal), mientras llenamos la vejiga. Es una técnica invasiva.

Durante la fase de llenado se valoran la actividad del detrusor, las distintas sensaciones de llenado vesical en relación al deseo miccional, la capacidad y la acomodación de la vejiga. Es la prueba fundamental para establecer el diagnóstico diferencial entre la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) y la Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU). En la IUE se evidencia pérdida de orina coincidiendo con un aumento de presión abdominal durante la exploración, en ausencia de contracciones del músculo detrusor. En la IUU, la capacidad vesical normalmente está reducida y, durante la fase de llenado, aparece incontinencia si la contracción vesical supera a la presión uretral. Toda contracción vesical mientras se realiza el llenado en una cistomanometría es anormal.



5.4. Estudio presión / flujo.

Representa la fase final y el complemento de la cistomanometría de llenado. También se la conoce como cistomanometría de vaciado. En conjunto, con ambas cistomanometrías podemos determinar las presiones vesicales durante el llenado y el vaciado, el índice de flujo urinario y la presencia o no de orina residual. El valor diagnóstico del estudio presión detrusor/flujo miccional, estriba en que es el único capaz de confirmar o descartar la existencia de obstrucción, siendo muy útil para el estudio de la vejiga neurógena y de los síntomas obstructivos en pacientes jóvenes. Junto a la electromiografía del esfínter uretral externo, permite identificar la disinergia vesicoesfinteriana (falta de relajación de los músculos estriados del suelo de la pelvis y del esfínter uretral externo durante la micción). Este trastorno se presenta en las lesiones medulares suprasacras y se manifiesta como una obstrucción vesical.

5.5. Perfiles uretrales

Su utilidad más destacada radica en la diferenciación entre IUE por disfunción intrínseca del esfínter o por hipermovilidad uretral. En ambos casos, si la presión de cierre uretral es baja (leve o moderada) puede ser tratada con ejercicios de recuperación del Suelo Pélvico. Realizamos dos tipos de perfiles uretrales, el estático y el dinámico o de stress. Este último lo utilizaremos cuando después de encontrar unos resultados normales en el primero, la paciente nos indica escapes de orina por incrementos de la presión abdominal.

6. TRATAMIENTOS GENERALES DE APLICACIÓN ENFERMERA.

6.1. Reeducción vesical.

Con este concepto nos referimos a los distintos procedimientos orientados a modificar la conducta urinaria del paciente.

Burgio¹³, refiere que las terapias conductuales o de reeducación vesical en pacientes con incontinencia urinaria reducen un 80,7% los episodios de incontinencia urinaria versus un 68,5% de reducción en pacientes bajo terapia farmacológica y un 39,4% en el grupo placebo. Por otro lado, la mejoría de su cuadro clínico, percibida por el paciente con las terapias conductuales fue de un 74% en comparación con la



sensación de mejoría percibida por las terapias farmacológicas (50,9%) y por el grupo placebo (26,9%). Pero lo que consideramos más importante es que sólo un 14% de pacientes recibiendo terapia conductual para su incontinencia urinaria, quería cambiar de modalidad de tratamiento, resultado bien diferente al mostrado por las pacientes pertenecientes al grupo de terapia farmacológica y al grupo placebo donde cada uno de ellos quiso cambiar de terapia en un 75,5% de los casos.

Esto evidencia no sólo la efectividad de la modalidad terapéutica, sino la confiabilidad y aplicabilidad que aseguran un lugar inequívoco en el enfoque terapéutico de estas pacientes con incontinencia urinaria. Modalidad terapéutica recomendada como primera línea por el Urinary Incontinence in Adults Consensus Conference aparecido en JAMA (1989) y también recomendado por Hadley (1983) de la National Institutes of Aging y el Consensus Conference on Urinary Incontinence in Adults (JAMA 1989) y por la Clinical Practice Guideline for Urinary Incontinence bajo los auspicios de la Agency for Health Care, Policy and Research (Fantl 1996).

a) Definición de reeducación vesical

Son las habilidades o estrategias que impartimos a los pacientes, para que aprendan a controlar la vejiga, en relación a los factores que actúan sobre ella para evitar fundamentalmente la incontinencia o los problemas derivados de un alto residuo postmiccional. Los factores que actúan sobre la vejiga son numerosos, entre ellos, el stress, psicopatismo, hábitos urinarios equivocados del paciente, alimentación irritante para el urotelio, antecedentes de infecciones urinarias de repetición, antecedentes inflamatorio-infecciosos en el área ginecológica, antecedentes obstructivos urinarios de la salida vesical tanto en hombres como en mujeres, antecedentes quirúrgicos vesicales-prostáticos, uretrales, antecedentes de tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia en vejiga o próstata, entre otros.

b) Indicaciones de la reeducación vesical.

Teóricamente las alternativas terapéuticas no quirúrgicas y no farmacológicas para la incontinencia urinaria como las que desarrollamos en este documento se dejan para aquellos casos leves y/o moderados de incontinencia urinaria, con un mecanismo esfinteriano ligeramente



comprometido, donde no haya trastornos anatómicos severos del área uroginecológica (prolapsos grado III, IV), donde no haya alteraciones neurológicas importantes (vejigas neurogénicas) ocasionadas por enfermedades congénitas o adquiridas, donde no haya trastornos anatómicos severos del tracto urinario inferior (megavejigas, megaureteres con ectopias ureterales), donde no haya alteraciones del área cognitiva que entorpezcan cualquier terapia donde la colaboración del paciente sea trascendental, donde el paciente no tenga trastornos severos de la motilidad intestinal, donde no haya enfermedades de la vejiga urinaria como cistitis intersticial, cáncer de vejiga, cálculos vesicales entre otros y finalmente, donde no haya farmacoterapias que condicionen y faciliten el “efecto incontinente urinario” en las pacientes.

c) Objetivos de la reeducación vesical.

Las terapias conductuales o reeducativas fueron ideadas para modificar el comportamiento del paciente en referencia a su esfera urinaria, desarrollando nuevas habilidades y estrategias, para evitar las pérdidas involuntarias de orina, y disminuir los episodios de urgencia urinaria, la frecuencia urinaria y la frecuencia de los episodios de incontinencia, mejorando en definitiva el control vesical ^{8,11,14,15,16,17,18,19}. Como veremos posteriormente, tanto la reeducación vesical, incluyendo en ella, las estrategias para controlar la urgencia urinaria, como la recuperación muscular del suelo pélvico, se fusionarán sumando sus efectos beneficiosos para la mejoría clínica del paciente y en consecuencia para una mejor calidad de vida.

En todas las modalidades de cirugía aplicadas a pacientes con incontinencia urinaria, la reeducación vesical y la recuperación muscular del suelo pélvico representarán la diferencia entre un postoperatorio exitoso y uno problemático, ayudando a mejorar su calidad de vida y sobre todo optimizando los resultados quirúrgicos.

El nivel de satisfacción logrado en nuestras pacientes es significativo ya que cuando no se logra un control absoluto de la continencia urinaria, se logrará una reducción significativa en la frecuencia urinaria, de los episodios de urgencia y de los episodios de incontinencia urinaria.



Burgio¹³ menciona que un 75% de pacientes se sentirán mejor, un 45% podría recaer sintomáticamente después de haber sentido mejoría y un 14% desearán retirarse de las terapias conductuales en comparación con un 75% que desearían hacerlo con las terapias farmacológicas.

Es fundamental para su realización, que el paciente tenga una función cognitiva adecuada, así como un sistema urinario inferior sin perturbaciones neurológicas, para que, junto a la disposición de mejorar, den los mejores resultados de su aplicación. En muchas ocasiones tendremos pacientes que no contarán con mucho entusiasmo o que no tengan la capacidad para poder adquirir habilidades que le permitan cumplir con las terapias conductuales (ancianas, pacientes discapacitados o adultos con disturbios emocionales severos) por lo que no podrán aplicarse estas terapias.

Muchas veces hay que advertirles a las pacientes que estas terapias no darán resultados de inmediato, ya que requieren de tiempo y paciencia para tener una mejoría de su cuadro clínico.

Si consideramos que aproximadamente un 50% de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tienen síntomas de hiperactividad vesical, estaremos entonces en la necesidad de implementar programas de reeducación vesical en ellas, que junto con las estrategias para la urgencia, las estrategias alimentarias, la recuperación muscular del suelo pélvico y los urofármacos adecuados, conseguirán una verdadera mejoría que en muchísimas ocasiones alejará la sombra de la posible cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero de no poder evitarla, mejorará sin duda alguna los índices de éxito de aquella.

d) Procedimientos de reeducación vesical.

Para poder aplicar cualquier tipo de reeducación vesical se hace indispensable conocer el perfil urinario que presenta la paciente. Se realiza con el estudio del Diario Miccional de al menos tres días, en él tienen que recoger la presencia o no de urgencia, los episodios miccionales tanto de día como de noche, la cantidad y tipo de líquido ingerido, la cantidad de orina producida



en cada micción y la cantidad de pérdidas involuntarias de orina, en este caso es importantísimo precisar que circunstancias la rodeaban.

Esta herramienta nos aporta datos de incalculable valor para diseñar programas de atención personalizada y también, algo muy importante, enfrenta al paciente a su hábito urinario proporcionándole información que antes no se había parado a analizar.

- *Micción facilitadora:* Al conocer el intervalo miccional, a través del diario miccional, se le recomienda al paciente acudir al baño antes de llegar al tope de dicho intervalo. Es decir, si los intervalos miccionales son de tres horas, tras lo cual se presentaría un episodio de urgencia urinaria con la posible incontinencia, el paciente deberá ir al baño a orinar a las 2 horas 45 minutos, o a las dos horas y media, por ejemplo. Solamente nos ayudará a evitar los episodios de incontinencia urinaria. No ayuda a solucionar un trastorno de almacenamiento vesical, pero mejorará la calidad de vida de las pacientes que lo pongan en práctica.
- *Micciones programadas horarias o cronometradas.* Se establece un esquema estricto de micciones horarias, el cual debe seguirse a pesar de que al principio cuesta sacrificios tanto al paciente, como a las personas que están cuidándolo. El principal escollo son los episodios de urgencia urinaria, que se debe combatir con estrategias para controlar la urgencia, como veremos más adelante y con terapia farmacológica. Pero sobre todo con una gran fuerza de voluntad y superando todos los posibles efectos indeseables (incontinencia urinaria, angustia, frustración). Es muy útil en pacientes con vejiga hiperactiva “volumen dependiente”.

Debemos recomendar al paciente que orine por reloj, con un horario establecido, que habremos identificado por el Diario Miccional, sin esperar a orinar cuando tenga ganas de hacerlo. El Diario Miccional permitirá fijar una programación que disminuya los fracasos, que van unidos a estos esquemas urinarios y con esto a mantener la motivación para obtener los mejores resultados.



- *Micciones con reentrenamientos progresivo de hábitos urinarios.* Se establece un esquema de micciones basado en el problema clínico que presente el paciente, posterior a estudio preciso del Diario Miccional. Se comienza por un intervalo pequeño (15 a 30 minutos) que el paciente llevará alargando progresivamente hasta llegar a un intervalo miccional ideal de 4 horas.

Debemos utilizar en este tipo de reeducación vesical, las estrategias para la urgencia y también algún tipo de terapia farmacológica y en pocos casos terapia psicológica. Por ejemplo, comenzar por orinar cada 45 minutos a 60 minutos, durante la primera semana, posteriormente cada hora y media durante la segunda semana, cada 2 horas la tercera semana, cada 2 horas y media la cuarta semana, cada 3 horas la quinta semana, cada 3 horas y media la sexta semana y cada 4 horas la séptima semana. El tiempo de alargue semanal dependerá del éxito tenido con el tiempo precedente. El paciente debe acudir al baño sin tener, muchas veces, ningunas ganas de orinar. Es de gran ayuda no solo para pacientes con distensibilidad vesical disminuida por etiologías diversas (obstructivas, seniles, medicamentosas, iatrogénicas), sino que se utiliza muy bien y con excelentes resultados en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. El porcentaje de mejoría subjetiva es del 60% y la mejoría objetiva a través del estudio urodinámico es del 30 al 50%.

Los esquemas de reeducación vesical se optimizarán cuando los combinemos con terapias farmacológicas, la recuperación muscular del suelo pélvico, con o sin electroestimulación, con o sin biofeedback y por supuesto con estrategias conductuales para manejar la urgencia urinaria.

La gran desventaja de la reeducación vesical es que indudablemente dependerá de la insistencia del paciente ante tales recomendaciones, de su capacidad de soportar una mejoría lenta, y muchas veces con recaídas clínicas y que su eficacia dependerá también de las patologías asociadas, entre las cuales las más perjudiciales son aquellas que afectan el área neurológica-



muscular, el área de destrezas personales, el área locomotriz y el área psicológica-emocional.

Es un procedimiento que en un bajo porcentaje cura al paciente, pero sin duda alguna logrará mejorías clínicas a veces importantes, sola o en unión de otros argumentos terapéuticos.

6.2. Cambios conductuales generales.

Cuando estudiamos el diario miccional, éste nos facilitará información de gran importancia ya que nos orientará hacia las causas o circunstancias que rodean al paciente en los momentos de pérdidas urinarias, o de aumento de la frecuencia o de la urgencia urinaria y lo podremos relacionar con la ingesta de líquidos y con la hora del día donde se presente más frecuentemente el episodio incontinente.

Es importante tener sobre todo “sentido común” ya que nos permitirá entonces sugerir los correctivos. Por ejemplo, tomar menos líquidos durante el día o la noche para reducir el llenado vesical que provocará en muchos casos la pérdida urinaria; y reducir los cambios bruscos de presión intraabdominal ocasionados por cambios de postura corporal al levantarse bruscamente de la cama o de una silla, hacer aeróbico, saltar, o levantar grandes pesos.

En ocasiones, estímulos externos como escuchar una corriente de agua, mojarse las manos, meter la llave en la cerradura para entrar en casa, etc., causará episodios de incontinencia de urgencia. Cuando el paciente nos refiere que tiene insomnio, irá mucho a orinar de noche, ya que sabemos que hay una estrecha relación entre vigilia y frecuencia urinaria.

Todo lo expuesto hará que indiquemos los cambios necesarios, basados en una dosis importante de sentido común y así recomendar a nuestros pacientes que al saber exactamente qué eventos desencadenan en ellos, síntomas urinarios de la más variada índole, sepan como disminuirlos o incluso evitarlos

6.3. Cambios de hábitos alimentarios.

En general, es importante recomendar una dieta exenta de irritantes urinarios como el café, té, bebidas gaseosas, chocolates, picantes, tomates, comidas



fermentadas, mostaza, encurtidos, alimentación muy aliñada o sazonada, eliminar en lo posible lácteos y cítricos de la dieta para disminuir la posibilidad de alcalinizar la orina y con ello aumentar la posibilidad de infección urinaria. Disminuir también la ingesta de sal.

Otra de las sugerencias importantes es la cantidad y hora de la ingesta líquida. Esta deberá limitarse en pacientes con episodios de incontinencia urinaria a máximo 3 a 4 vasos al día, evitar ingerir líquidos después de las 6-7 de la tarde y que de este modo no tengamos una frecuencia nocturna incrementada. Son muchos los pacientes que luego de este simple enfoque, tomarán mayor conciencia de la relación tan importante que existe entre alimentación diaria y desencadenamiento de síntomas urinarios.

Por otra parte, se le recomendará el consumo de pan, vegetales y pollo ya que al parecer mejoran los síntomas de urgencia miccional ²⁰.

6.4. Estrategias para superar la urgencia urinaria.

Es importante saber cómo manejar la urgencia urinaria, ya que ésta podría presentarse en cualquier momento. Entendamos que un episodio de urgencia estará relacionado con una contracción del detrusor y por tanto aumentará súbitamente las ganas de orinar. Una de las estrategias que tenemos para inhibir una contracción vesical, es contraer la musculatura del suelo pélvico que produce una inhibición de las mismas, por lo cual aprender esta técnica es fundamental en nuestra estrategia.

En segundo lugar, al contraer la musculatura del suelo pélvico estaremos también ocluyendo en muchas ocasiones la musculatura estriada periuretral y por lo tanto se estará ocluyendo también la luz uretral con la consecuente detención en la pérdida urinaria.

6.5. Actitudes recomendadas a los pacientes.

A pesar de que las recomendaciones que se describen a continuación se aplican preferentemente a pacientes con urgencia urinaria, no debemos olvidar que muchas pacientes con escapes de orina por esfuerzos, tienen incontinencia mixta, es decir incontinencia de esfuerzo genuina con incontinencia de urgencia.



Las actitudes que el paciente debe seguir son las siguientes:

- 1) Al percibir la urgencia urinaria, si el paciente está haciendo alguna tarea, deberá suspender dicha labor y permanecer tranquilo, respirando profundamente, relajando todo su cuerpo excepto la musculatura del suelo pélvico, la cual tendrá que contraer y relajar de manera repetida para eliminar la sensación de urgencia urinaria. Deberá también “tener la capacidad de aislarse” de lo que está pasando en relación a la urgencia y de ser posible deberá quedarse parado o inclusive acostarse o sentarse, pero siempre contrayendo y relajando la musculatura perineal. Todo lo mencionado conducirá a una inhibición-eliminación de la hiperactividad vesical lo que hará desaparecer la sensación de urgencia urinaria.
- 2) El paciente se esforzará en suprimir la sensación de urgencia urinaria, y una vez logrado, encaminarse lentamente al cuarto de baño para orinar, pero recordando siempre los ejercicios de contracción-relajación del suelo pélvico.
- 3) En caso de que la urgencia urinaria subsista, ir despacio al baño la sensación de urgencia tenderá a pasar, aunque no haya orinado.
- 4) Tener fortaleza anímica para superar los fracasos iniciales que son frecuentes. El aprendizaje de nuevas habilidades urinarias toma tiempo y mucho sacrificio personal incluso del entorno familiar y/o social.
- 5) Modificar o disminuir la ingesta líquida.

6.6. Reeduación perineal.

El tratamiento reeducador de la incontinencia urinaria lo constituye una serie de técnicas encaminadas, por un lado, a desarrollar y fortalecer la musculatura del suelo pélvico y, por otro, a modificar los hábitos miccionales del sujeto favoreciendo su autocontrol sobre el propio ciclo continencia- micción.

Las técnicas básicas que se emplean en reeducación perineal se describen a continuación:



6.6.1. Fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico.

El objetivo primordial es que las pacientes tengan un componente muscular que nos ayude a alcanzar la continencia urinaria y disminuir los síntomas molestos que usualmente la acompañan.

Como veremos, en el curso de este aprendizaje iremos desde lo más fácil de implementar hasta lo más complejo, para alcanzar el objetivo consensuado con nuestra paciente. Desde ejercicios básicos domiciliarios (ejercicios de Kegel) hasta la utilización de aparataje más complejo como electroestimuladores o equipos de biofeedback.

6.6.2. Ejercicios de Kegel.

Le enseñaremos a la paciente a contraer la musculatura pélvica, en concreto el músculo pubocoxígeo, mediante las técnicas que mejor se adapten (exploración manual, visual, mediante flujometría cortando el chorro miccional, etc.), mientras aprende, haremos que observe que no realiza contracciones simultáneas de músculos antagonistas (abdominales, abductores, glúteos). A continuación, una vez que identifique la musculatura, la enseñaremos a realizar contracciones rápidas y lentas, siempre relajando el doble del tiempo contraído. A partir de aquí consensuaremos con ella un plan de ejercicios domiciliarios hasta la próxima visita, que inicialmente podría ser 30 contracciones rápidas cada vez que termine de orinar y tres veces al día 20 contracciones lentas de 5 segundos de contracción y 10 segundos de relajación, en distintas posturas (de pie, sentada y tendida) adaptándolas a su vida. Una vez que domine la contracción se le animará a que las realice mientras mantiene relaciones sexuales. Después de un tiempo, si la paciente hace las contracciones con comodidad, aumentará en 5 segundos el tiempo de contracción lenta, relajando el doble del tiempo contraído. Llegados a este punto con toda seguridad habrán mejorado sus escapes de orina o incluso cesado.

En los trastornos de la estática pélvica, estos ejercicios van a reforzar el sistema de sostén y a asegurar la protección instantánea durante el esfuerzo o situaciones de riesgo. En los trastornos vesicoesfinteriana se persigue



conseguir la inhibición vesical mediante la contracción perineal voluntaria, la continencia activa durante el esfuerzo y el restablecimiento instantáneo del cuello vesical en el eje de presión.

Los programas de entrenamiento muscular constan de las siguientes fases:

- **Información.** Ayudándonos de láminas, dibujos o maquetas, explicaremos al paciente la fisiopatogénia de la incontinencia urinaria, la importancia de una musculatura perineal en buen estado y su situación anatómica, transmitiéndole la necesidad de su colaboración y dedicación durante la terapia.
- **Identificación.** Consiste en enseñar al paciente a contraer correctamente el periné. Algunas de las estrategias que podemos utilizar para ello son la interrupción del chorro de la orina, tacto vaginal, visualización perineal en un espejo, palpación del centro fibroso del periné, todas ellas durante la contracción perineal.
- **Terapia activa.** Una vez que la paciente es capaz de reconocer y aislar la contracción perineal, debe realizar el entrenamiento en su propio domicilio siguiendo el programa de trabajo consensuado con ella.
- **Mantenimiento.** Consiste en incorporar estos ejercicios a la vida diaria del paciente, ya que la ganancia obtenida en las fases anteriores puede desaparecer a las 10-20 semanas del abandono de los ejercicios. En general, recomendamos que un programa domiciliario de ejercicios de recuperación del suelo pélvico, deba mantenerse al menos durante 6 meses, con una pauta de contracciones lentas y rápidas y lo ideal es que incorporen los ejercicios aprendidos al hábito diario.

6.6.3. Ejercicios hipopresivos.

Los ejercicios hipopresivos engloban técnicas, que mediante diferentes posturas y movimientos y por medio de una contracción de nuestro músculo diafragma en espiración (apnea espiratoria) conseguimos literalmente hacer



un efecto de succión de nuestras vísceras, el resultado es una presión negativa dentro de la cavidad abdominal y pélvica, esto provoca una reacción tónica refleja (una contracción refleja muscular) de la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal. La enfermera/o responsable en cuidados de la incontinencia y suelo pélvico, proporciona instrucciones sobre ejercicios abdominales hipopresivos para mejorar la funcionalidad del suelo pélvico, sin perjuicio de las competencias atribuibles a otras disciplinas.

7. TAXONOMÍA NANDA APLICADA.

1. Incontinencia Urinaria.

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Código 00017
- Incontinencia Urinaria Refleja, Código 00018
- Incontinencia Urinaria de Urgencia, Código 00019
- Incontinencia Urinaria Funcional, Código 00020
- Incontinencia Urinaria Total, Código 00021
- Incontinencia Urinaria por Rebosamiento, Código 00176
- Riesgo de Incontinencia Urinaria de Urgencia, Código 00022

2. Incontinencia Fecal

- Incontinencia fecal, Código 00014

3. Dificultad miccional

- Retención urinaria, Código 00023
- Deterioro de la eliminación urinaria, Código 00016
- Disposición para mejorar la eliminación urinaria, Código 00166

4. Estreñimiento crónico

- Estreñimiento, Código 00011
- Riesgo de estreñimiento, Código 00015

5. Disfunciones sexuales

- Disfunción sexual, Código 00059
- Patrón sexual inefectivo, Código 00065



6. Diagnósticos enfermeros comunes a varios procedimientos:

- Deterioro de la integridad cutánea, Código 00046
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Código 00047
- Riesgo de lesión, Código 00035
- Manejo efectivo del régimen terapéutico, Código 00082
- Disposición para mejorar la nutrición, Código 00163
- Riesgo de soledad, Código 00054
- Aislamiento social, Código 00053
- Ansiedad, Código 00146
- Impotencia, Código 00125
- Riesgo de Impotencia, Código 00152
- Disposición para mejorar el autoconcepto, Código 00167
- Disposición para manejar el autocuidado, Código 00182
- Baja autoestima crónica, Código 00119
- Baja autoestima situacional, Código 00120
- Riesgo de Baja autoestima situacional, Código 00153

8. COMPETENCIAS ENFERMERAS

Las pautas de trabajo que utilizamos son variadas, adaptándolas a las peculiaridades de cada paciente y al diagnóstico realizado según Taxonomía NANDA. El Diagnóstico de Enfermería es un diagnóstico vivo, que cambia en relación a la patología y a la satisfacción de las necesidades básicas, detectando las carencias de estas. Un ejemplo de Diagnóstico de Enfermería, sería: Incontinencia urinaria de esfuerzo, relacionada con debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales, manifestado por escape moderado de orina al toser, que deteriora su autoestima.

Una vez establecido el Diagnóstico, elegiremos las Intervenciones NIC más adecuadas, evaluando posteriormente los Resultados, según terminología NOC.

El aprendizaje de una contracción es difícil. Buscamos una contracción del pubococcígeo, sin apnea y evitando la contracción de músculos agonistas o antagonistas (glúteos, aductores, rectos abdominales). Es una de las ventajas de la electromiografía



frente a la presión, habiendo quedado suficientemente demostrado por muchos autores 9, 11,12,13,14, que la sola instrucción verbal no es suficiente para una respuesta adecuada, aunque acalle la conciencia de quien la prescriba. Las contracciones siempre deben ser aprendidas bajo palpación vaginal, o con electromiografía. Es un aprendizaje cualitativo que necesita al menos una o dos sesiones iniciales.

Se exponen a continuación los diversos procedimientos que se realizan en la Consulta, en su totalidad o no, ya que todos ellos van a ser útiles en la valoración inicial y en el control evolutivo de la paciente. No se debe olvidar que, aunque se trata de desarrollar un procedimiento estandarizado, en base al algoritmo de tratamiento que hemos desarrollado, las necesidades de las pacientes siempre van a ser valoradas de manera individual.



9. ORIENTACIÓN A RESULTADOS NOC. INTERVENCIONES NIC.

9.1. Intervenciones de aprendizaje.

Mediante ellas, enseñamos a nuestras pacientes los ejercicios de Suelo Pélvico que tiene que realizar, entrenamiento del hábito urinario, manejo de la eliminación urinaria, potenciación de la autoestima, etc.



9.1.1. *La exploración manual*

Con los dedos índice y medio en la vagina, ligeramente flexionados y apoyados en las dos ramas del elevador, separados 2 ó 3 cms., se valora la tensión muscular al cerrar la vagina, según la escala de Oxford modificada, valorando el tono y la integridad muscular de los elevadores del ano, fundamentalmente del músculo pubococcigeo, enseñando a la paciente los dos tipos de contracción (rápida y lenta) con los que va a trabajar en su domicilio.

9.1.2. *Stop test: Indicador 8 del NOC Continencia Urinaria (0502)*

Nosotros recomendamos a nuestras pacientes la realización domiciliaria del Stop test, durante el periodo de aprendizaje. Creemos que es el biofeedback más fácil que pueden realizar. Les decimos que corten el chorro una vez durante la micción y que repitan esa contracción treinta veces al terminar de orinar.

Aunque ésta es una intervención controvertida, en los diez años que llevamos realizando Reeducción de Suelo Pélvico, no hemos tenido jamás ninguna infección de orina, ni disfunción de vaciado en las pacientes tratadas, sencillamente porque utilizamos esta intervención bajo control urológico, (medición de residuos postmiccionales y estudios urodinámicos previos) y no la recomendamos a ninguna paciente que por su patología se desaconseje. Aún así, no existe bibliografía ni estudio, que demuestre que su realización dentro de un proceso de aprendizaje, provoque ningún efecto adverso.

9.1.3. *Biofeedback: Intervención 5860 de la NIC*

Es la técnica básica para la reeducación. Se trata de un método de aprendizaje instrumental, que permite a la paciente tomar conciencia de una acción para reproducirla, haciéndola perceptible mediante información auditiva y/o visual. Kegel, en 1948, lo utilizó con dispositivos de presión (perineómetro). En la actualidad son más efectivos los dispositivos electromiográficos.



9.1.4. *Electroestimulación: Intervención 1540 de la NIC y actividad de la NIC 0560*

Dependiendo del tipo de incontinencia, trabajaremos con electrodos intracavitarios y frecuencias de 35 a 60 Hz. en la incontinencia de esfuerzo y de 10 Hz en la incontinencia de urgencia, ambas con la intensidad máxima tolerable. En el estudio de Indrekvam (3.198 mujeres), las pacientes experimentan una reducción significativa de sus problemas de incontinencia tanto objetiva como subjetivamente, con tasas del 33% de curación y 55% de mejoría²¹.

9.2. **Intervenciones de tratamiento.**

Mediante ellas, también vamos a enseñar a nuestras pacientes los distintos ejercicios que prescribimos, realizándolos previamente en la Consulta, antes de sus sesiones domiciliarias. También daremos apoyo emocional, información y consejos para el manejo del peso corporal, y recomendaciones para realizar una prevención del consumo de sustancias nocivas para su patología (café, tabaco, bebidas carbonatadas), etc.

9.2.1. *Ejercicios de Suelo Pélvico: Intervención 0560 de la NIC*

Mediante la exploración manual, se le enseña los ejercicios de contracción rápida y lenta que vayamos a indicar, entregando hoja escrita de tratamiento que habremos pactado con la paciente para su realización domiciliaria, incluyendo en ella nuestro teléfono para que nos consulte ante cualquier eventualidad. Este gesto les proporciona seguridad y cercanía, con lo que indirectamente estamos actuando sobre esas necesidades alteradas.

9.2.2. *Técnicas de modificación de conducta: Intervención 0600 de la NIC*

Para ello utilizamos una herramienta básica que nos ha demostrado a lo largo del tiempo la enorme importancia que tiene: el diario miccional. Con él, debidamente cumplimentado, conocemos su hábito miccional y lo enfrentamos a la paciente haciendo que tome conciencia del mismo, para aprender a controlarlo. También se darán instrucciones sobre la ingesta de líquidos, el control de demora para comenzar a orinar, la identificación del



deseo, las micciones defensivas y el reconocimiento de la urgencia miccional (Indicador 1 del NOC 0502 y 14 del NOC 0503).

9.2.3. *Electroestimulación: Intervención 1540 de la NIC y actividad de la NIC 0560*

Ya descrita anteriormente. La electroestimulación intracavitaria también la utilizamos como tratamiento de aquellas pacientes que no reconocen su musculatura, realizando electroestimulación domiciliaria durante un mes, después de haber realizado una sesión de aprendizaje en la Consulta, valorándola posteriormente aplicando el algoritmo.

También aplicamos electroestimulación con electrodos de aguja, estimulando el nervio tibial posterior con frecuencias de 20 Hz e intensidades de 0,15 mA a 9 mA, en la hiperactividad vesical (urgencia, frecuencia, incontinencia de urgencia), incontinencia fecal y estreñimiento crónico, con magníficos resultados²².

9.3. **Intervenciones de Evaluación.**

La evaluación forma parte del proceso de aprendizaje, y es el elemento de más fuerza, para la motivación de la paciente. La evidencia científica habla de los buenos resultados encontrados con las CMSP en “pacientes motivadas”.

9.3.1. *Presión abdominal de fuga: Indicador 11 del NOC Continencia Urinaria (0502).*

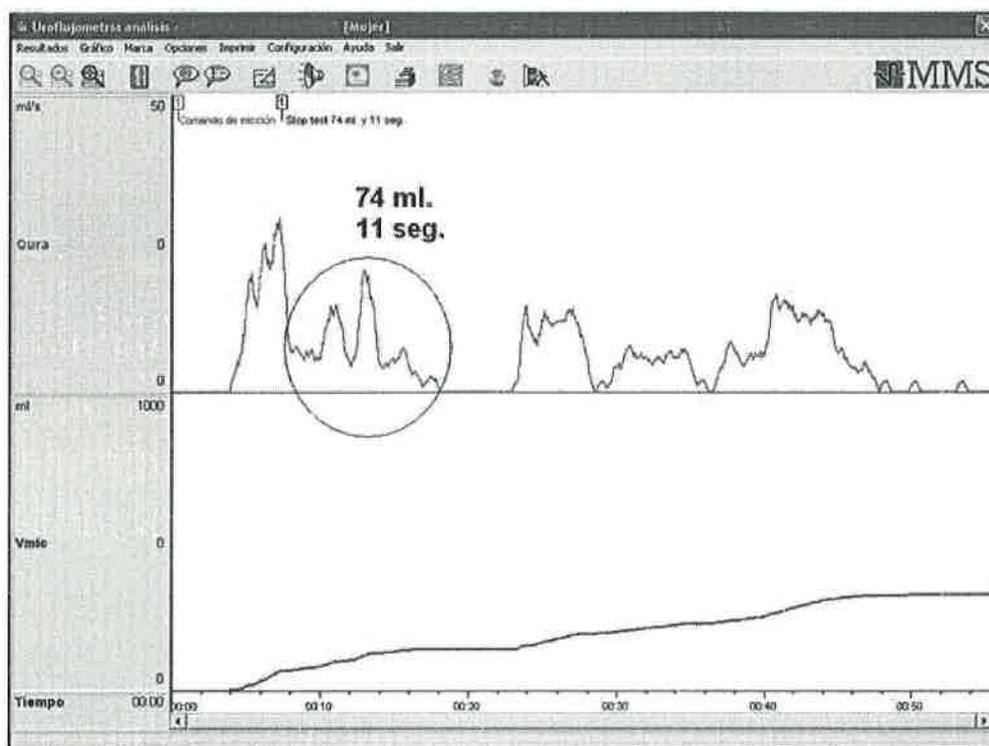
En este procedimiento no se evalúa la cantidad de orina perdida. Con un llenado vesical previo de 300 ml. medimos la presión abdominal cuando se produce un escape de orina, comparándolas en otras sesiones. Se realiza tosiendo repetidamente con esfuerzo progresivo, y la presión abdominal monitorizada.

9.3.2. *Stop test: Indicador 8 del NOC Continencia Urinaria (0502).*

Consiste mediante flujometría, en orinar y cortar el chorro a la orden. He desarrollado un procedimiento mediante el cual medimos, por una parte, el volumen de orina que pierde desde el momento en que se da la orden de



cortar el chorro, y por otra el tiempo que tarda en cortarlo. Esto nos evalúa el estado muscular, tanto de la fibra rápida, como de la lenta.



Aunque ahora mismo estamos evaluando esta hipótesis, sí es evidente que cambia con la realización de los ejercicios domiciliarios y nos orienta a trabajar más una u otra fibra. Independientemente de lo que pueda significar, como herramienta de evaluación es excelente, porque tanto la paciente (elemento motivador y de refuerzo), como nosotros, podemos comprobar en posteriores sesiones su evolución.

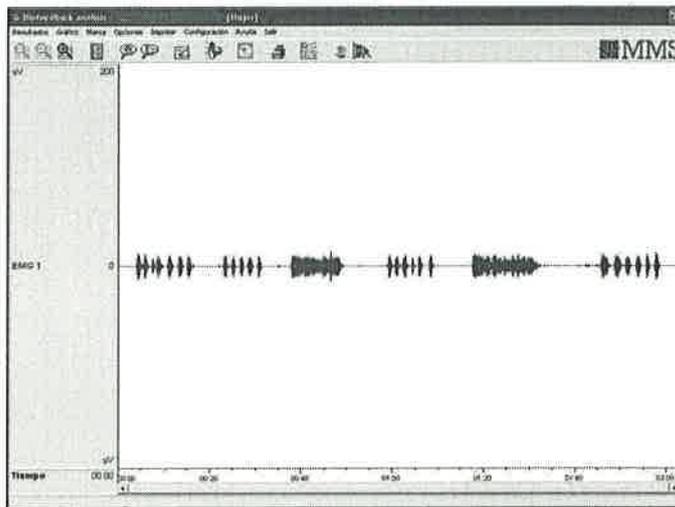
9.3.3. *Pad Test o test de la compresa*

Es el único test cuantitativo en lo que a pérdidas se refiere. En una balanza de precisión, se pesan todos los absorbentes utilizados en 24 horas, descontando su peso original. La I.C.S. solo ha homologado el de una hora, aunque se ha demostrado últimamente que los más reproducibles son los test de 24 y 48 horas, estableciendo el límite de 5 gr. como pérdidas de orina normales en 24 horas.

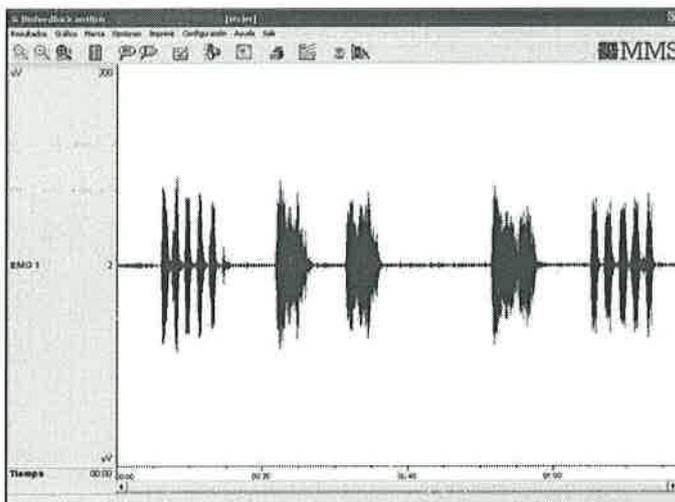


9.3.4. Control electromiográfico de la contracción

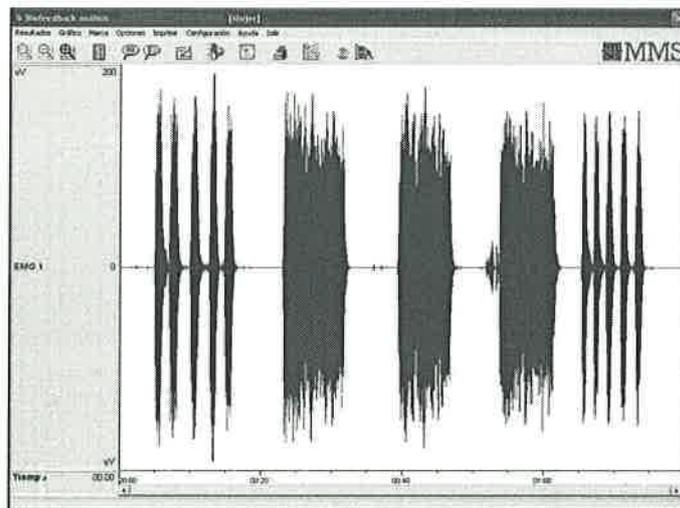
Medimos mediante biofeedback electromiográfico la amplitud de la contracción, comparándola en sesiones posteriores.



Control EMG al inicio del tratamiento.



Control EMG a los dos meses.



Control EMG a los cuatro meses.

9.3.5. Cuestionarios de Calidad.

Es muy importante conocer la percepción de la paciente con respecto a su calidad de vida. Para ello utilizamos por su sencillez, el Cuestionario de calidad ICIQ-SF, del que se extrae valiosa información al respecto y que iremos contrastando en próximas sesiones. No obstante, es posible emplear cualquier otro cuestionario.

9.4. Otras intervenciones

Hay otras Intervenciones dentro del Catálogo (NIC), que pueden ser utilizadas en cualquier fase del procedimiento cuando, según el Diagnóstico de Enfermería realizado, se precisen. Se describen las más usuales:

- 5248: Asesoramiento sexual.
- 5400: Potenciación de la autoestima.
- 5380: Potenciación de la seguridad.
- 5820: Disminución de la ansiedad.
- 8190: Seguimiento telefónico.
- 0610: Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 0620: Cuidados de la retención urinaria.
- 0570: Entrenamiento de la vejiga urinaria.
- 0600: Entrenamiento del hábito urinario.
- 0630: Manejo del pesario.



1280: Ayuda para disminuir el peso.

1260: Manejo del peso, etc.

9.5. Otras competencias adicionales

- En materia de cuidados enfermeros en la incontinencia urinaria y en las alteraciones funcionales de suelo pélvico es importante destacar la función gestora, docente e investigadora de la enfermera experta en estos cuidados.
- Todas las competencias atribuidas a la enfermera responsable del cuidado de la incontinencia y de problemas de suelo pélvico se ejecutarán sin perjuicio de aquellas actuaciones que se puedan llevar a cabo de forma protocolizada en el seno de equipos interdisciplinares y otras disciplinas o ramas sanitarias.

10. CONCLUSIONES

La Enfermería ofrece técnicas seguras, de fácil aplicación y de bajo coste, con una eficacia objetivamente esperanzadora y, que a medio y largo plazo, producen un ahorro muy significativo hasta ahora no cuantificado, que puede contribuir, en atención especializada, a la disminución de la lista de espera quirúrgica y a nivel de atención primaria a disminuir el gasto causado por la dispensación de dispositivos absorbentes, que en España supuso en 1996, 25.685 millones de pesetas (154.369.959 €), y en el año 2001 subió hasta los 200.000.000 €; el 3,2% de la prestación farmacéutica del S.N.S.

La Reeducción del Suelo Pélvico no consiste sólo en recuperar una musculatura. Es mucho más importante. Hay factores asociados que precisan atención y tratamiento, y las enfermeras/os estamos altamente cualificados para su tratamiento integral desde la esfera bio-psico-social de estas/os pacientes. Es decir, tratamos a las personas desde la perspectiva integral y por tanto, tratamos las distintas esferas que la condicionan, física, psíquica, social y emocional.

11. BIBLIOGRAFIA.

- 1- Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. J Am Geriatr. Soc 38:237-281, 1990



- 2- Rexach Cano, L., Verdejo Bravo, C. *Incontinencia urinaria*. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23:149-159.
- 3- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H., Hunnskaar, S. *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag*. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:1150-1157.
- 4- Tell Esparraguera A, Mercé Catalán G. Conocimiento y actuación sobre la incontinencia urinaria. *Metas Enfermería* 2005 jul-ago 8(6):8-15.
- 5- Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Pelvis floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 jan 25; (1): CD005654.
- 6- Berghmans LC, Hendriks HJ, Bo K, Hay-Smith EJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol* 1998 ; 82: 181-91.
- 7- Hay-Smith EJC, Bo 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*, Oxford, 2001, Issue 1.
- 8- Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991; 265: 609-13.
- 9- Aksac B, Aki S, Karan A, Yalcin O, Isikoglu M. Biofeedback and pelvic floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2003;56:23-7.
- 10- Bö K, Talseth T, Home I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;318:487- 93.
- 11- Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women. *JAMA* 1998;280:1995-2000.



- 12- Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *Journal of the American Geriatric Society* 1998;46:870-4.
- 13- Henalla SM, Hutchins CJ, Robinson P, MacVicar J. Non-operative methods in the treatment of female genuine stress incontinence of urine. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1989;9:222-5.
- 14- Potenziani B JC. Vejiga Hiperactiva 1-372, editorial Ateproca Caracas 1999.
- 15- AMA-Behavioral Therapy for the treatment of urinary incontinence coverage update: Medicare Focus. Chicago III: American Medical Association 12-14, 2001
- 16- Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int* 85:254-263, 2000
- 17- Bo K. Present-Day Role of conservative treatment in Urogynecology. *Am J Urology Review*: 2(5) Suppl 4: 20, May 2004. Datillo J. A long-term study of patient outcomes with pelvic muscle re-education for urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 28:199-205, 2001
- 18- Goode PS. Behavioral and drug therapy for urinary incontinence. *Urology* 63 (Suppl 3A): 58-64, 2004.
- 19- Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int.* 2003; 92:69-77.
- 20.- Indrekvam S, Sandvik H, Hunskaar S. A Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence-effectiveness and treatment result. *Scand J Urol Nephrol.* 2001;35(1):32-9
- 21.- Milla F. et al. Eficacia y durabilidad de la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior en el tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática con procedimiento enfermero asociado. *Enfuro* 2012, 123:19-24