



J. Barajas Román\*  
M<sup>a</sup>. A. Doñoro Álvaro\*  
M. Fernández Manzano\*  
R. Fernández Rodríguez\*  
M. García Castell\*  
G. García Jabonero\*  
M. Llorente de Andrés\*  
M<sup>a</sup>. C. Rodríguez González\*

Plan de cuidados al paciente  
geriátrico con incontinencia urinaria  
de urgencia

*Care's plan for the geriatric patient  
with urgency's urinary incontinence*

\* Estudiante de 3<sup>er</sup> curso de Enfermería en la E.U.E. La Paz.  
Madrid.

Correspondencia:  
E.U.E. La Paz  
P<sup>o</sup> Castellana, 261  
28046-Madrid  
E-mail: eenfermeras@hulp.es

RESUMEN

La incontinencia urinaria de urgencia afecta a una población muy amplia, y especialmente a la población anciana, teniendo gran repercusión en los ámbitos físico, psicológico y social de las personas y afectando significativamente en su calidad de vida. El proceso fisiológico de envejecer produce, entre otras modificaciones, una pérdida de elasticidad del músculo detrusor, siendo ésta la causa principal que desencadena la incontinencia urinaria de urgencia en la población anciana. Desde el ámbito enfermero es importante conocer la fisiopatología de la incontinencia urinaria de urgencia y sus formas de tratamiento, para poder ayudar al paciente geriátrico a adaptarse a las nuevas demandas de autocuidado que aparecen como consecuencia de este problema de salud. En este artículo se propone un plan de cuidados dirigido al anciano con incontinencia urinaria de urgen-

SUMMARY

*Urgency' urinary incontinence affects to a very great population and especially to the elderly one, having a great repercussion in the physical, psychological and social area and affecting a lot in their life' quality. Physiological process about making old produces among others modifications, detrusor muscle's elastic loss, and this is the principal cause that takes the urgency's urinary incontinence in the elderly people. Since nurse's ambit is important to know the physiopathology about the urgency's urinary incontinence and theirs types of treatment, to be able to help the geriatric patient to adapt to the new demands about self-cared the appears as consequence of this healthy problem. In this article is proposed a care's plan directed to the elderly people with urgency's urinary incontinence that include a focalized valoration and the proceedings in the nursing diagnostics that are associated with a higher frequency to this situation.*



33 cia, que incluye una valoración focalizada y las intervenciones en los diagnósticos enfermeros que se asocian con mayor frecuencia a esta situación.

**KEY WORDS**

33

*Urgency's urinary incontinence, care's plan, self-care, geriatric patient.*

**PALABRAS CLAVE**

Incontinencia urinaria de urgencia, plan de cuidados, paciente geriátrico, valoración geriátrica.

**INTRODUCCIÓN**

La incontinencia urinaria de urgencia es la situación en que una persona experimenta una emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar. Se trata de un problema relativamente frecuente en el paciente geriátrico, en el que se hace necesario identificar los factores que contribuyen a la incontinencia de urgencia y cómo ésta puede interferir en sus actividades de la vida diaria.

Partiendo de una valoración geriátrica focalizada, se proponen las intervenciones enfermeras, con sus criterios de resultados, en las etiquetas diagnósticas que con mayor frecuencia se asocian a la incontinencia urinaria de urgencia.

El marco teórico de referencia de la intervención enfermera es el "Modelo de Autocuidado" de D. Orem, entendiendo que favorecer la actualización de los autocuidados en las "personas mayores" es la misión social única de la enfermera que trabaja con ancianos.

Desde esta perspectiva, las "personas mayores" deben participar en sus autocuidados y la intervención de la enfermera apuntará a ayudarles a superar sus límites en la realización de los mismos.

En palabras de George Orwell, "ayudar a las personas es bueno, pero enseñarles a ayudarse a sí mismos es mejor". En este sentido, en este plan de cuidados estandarizado se proponen principalmente acciones enfermeras de apoyo educativo, que sin duda deberán individualizarse considerando de un modo particular a cada persona y a su modo de vivir el problema.

| VALORACIÓN GERIÁTRICA FOCALIZADA   |   |   |
|--|---|---|
| La valoración del paciente geriátrico con incontinencia urinaria está dirigida a identificar los factores relacionados e instaurar un plan terapéutico. Dicha valoración debe incluir una valoración física, funcional, mental y ambiental |   |   |
| VALORACIÓN FÍSICA  | ¿Qué se debe valorar?   | ¿Por qué se debe valorar?   |
| 1) Antecedentes personales   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Generales:</i> Enfermedades anteriores y/o que estén presentes con posible repercusión (diabetes, insuficiencia cardíaca...)</li> <li>• <i>Específicos:</i> Trastornos genitourinarios (infecciones, cálculos renales, hematuria...)</li> </ul> | De esta manera conocemos la historia y los problemas que puedan favorecer o estar relacionados con la incontinencia.                |
| 2) Fármacos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento actual</li> </ul>  | Existen fármacos que favorecen la aparición de incontinencia: diuréticos, antihipertensivos, sedantes, neurolépticos, narcóticos... |

(Sigue)

(Continuación)

| VALORACIÓN FÍSICA                           | ¿Qué se debe valorar?   | ¿Por qué se debe valorar?  |
|---|---|--|
| 3) Diario de evacuación                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de líquidos que ingiere</li> <li>• Número de micciones</li> <li>• Distribución de las micciones entre el día y la noche</li> <li>• Número de episodios de urgencia</li> </ul>   | Nos aporta información para ofrecer los cuidados más adecuados en función de su patrón de evacuación   |
| 4) Ingesta hídrica                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de líquidos que ingiere</li> <li>• Distribución horaria</li> <li>• Relación ingesta/incontinencia</li> <li>• Existencia de restricción voluntaria de la ingesta de líquidos</li> </ul>  | Es importante asegurar una ingesta adecuada de líquidos (1.500-2.000 ml/día) repartidos durante el día y limitándolos a partir de la cena (siempre que no exista contraindicación)   |
| 5) Hábitos miccionales                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de la evolución de la incontinencia</li> <li>• Número de episodios de incontinencia</li> <li>• Volúmenes perdidos</li> <li>• Situación en la que se produce la incontinencia (tos, risa, ejercicio...)</li> <li>• Síntomas (polaquiuria, nicturia, disuria, urgencia, volumen escaso...)</li> <li>• Volumen residual tras la micción</li> </ul> | Con ello se valora el grado de incontinencia según:<br>a) Frecuencia de escapes:<br>Leve < 1 vez/semana.<br>Moderada > 1 vez/semana < 1 vez/día.<br>Severa > 1 vez/día<br>b) Intensidad:<br>Leve < 3 compresas/día.<br>Moderada 4-6 compresas/día<br>Intensa > 7 compresas/día |
| 6) Eliminación intestinal                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritmo intestinal</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Fecalomas</li> <li>• Uso de laxantes, enemas...</li> </ul>  | La presencia de fecalomas ejerce presión sobre la vejiga, pudiendo así favorecer la aparición de incontinencia urinaria  |
| 7) Estado de la piel                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características físicas: temperatura, coloración, textura</li> <li>• Integridad de la piel</li> <li>• Higiene</li> </ul>   | Las pérdidas de orina pueden provocar maceración de la piel, y con ello la aparición de úlceras y/o infección  |
| 8) Resultados de pruebas diagnósticas       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de sangre</li> <li>• Análisis de orina</li> <li>• Urocultivos</li> <li>• Pruebas radiológicas</li> </ul>  | Todo ello aporta datos que ayudan a complementar la valoración   |
| VALORACIÓN FUNCIONAL                        | ¿Qué se debe valorar?   | ¿Por qué se debe valorar?  |
| Movilidad y habilidades para el autocuidado | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilidad de acceso al WC solo</li> <li>• Capacidad de movimiento voluntario</li> <li>• Capacidad para mantener el equilibrio</li> <li>• Capacidad para desvestirse</li> </ul>   | Cualquier problema que dificulte la movilidad y la autonomía de la persona puede favorecer la aparición de incontinencia   |

(Sigue)



(Continuación)

| VALORACIÓN MENTAL  | ¿Qué se debe valorar?  | ¿Por qué se debe valorar?  |
|--|--|--|
| 1) Estado de la memoria, de la orientación, de la motivación y emocional | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tardanza para encontrar el WC</li> <li>• Dificultad para encontrar el WC</li> <li>• Aumento de la confusión e inquietud ante un episodio de incontinencia</li> <li>• Capacidad para identificar la sensación de vejiga llena</li> <li>• Capacidad para recordar la posición para orinar y cómo desvestirse</li> </ul> | Ello puede llevar hacia episodios de incontinencia   |
| 2) Valoración cognitiva  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para participar en un plan de cuidados</li> </ul>   | Es importante para valorar así su capacidad de aprendizaje y poder mejorar el control urinario   |
| VALORACIÓN AMBIENTAL   | ¿Qué se debe valorar?  | ¿Por qué se debe valorar?  |
| 1) Barreras arquitectónicas  | Obstáculos que le impidan el acceso al WC (alfombras, muebles, ropa difícil de desabrochar...)   | Esto aumenta el tiempo para acceder al WC y de retención de la orina, pudiéndose de este modo desencadenarse un episodio de incontinencia. |
| 2) Apoyo familiar  | Personas con las que cuenta para su cuidado  | Facilita la recuperación, atención y cuidado del paciente  |

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS

Los diagnósticos de enfermería que a continuación se describen están agrupados en base a los requisitos de autocuidados universales del modelo de Dorothea Orem y siguiendo la taxonomía diagnóstica de la N.A.N.D.A.

#### 1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

| Diagnóstico de enfermería  | Justificación   | Criterios de resultado  | Actuación de enfermería  |
|--|---|---|--|
| Riesgo de déficit del volumen de líquidos en relación a falta de conocimientos | Las personas incontinentes tienden a reducir el consumo de líquidos con el fin de disminuir la frecuencia y la cantidad de pérdidas | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente conocerá la importancia de la ingesta de líquidos en relación a sus necesidades</li> <li>• El paciente mantendrá un aporte de líquidos (1.500-2.000 ml/día)</li> </ul> | Indicar al paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La reducción de la ingesta de líquidos por la noche</li> <li>• La sustitución del consumo de bebidas diuréticas (café, té, colas...) por agua y zumos naturales</li> </ul> |

#### 2.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

| Diagnóstico de enfermería                    | Justificación  | Criterios de resultado                                   | Actuación de enfermería  |
|--|--|--|--|
| Riesgo de deterioro de la interacción social | Las pérdidas de orina producen mal olor, uso de dispositivos visibles... pudiendo llevar a la persona a reducir las relaciones con su círculo social | El paciente mantendrá sus relaciones sociales habituales | Enseñar al paciente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar después de cada micción la región perianal</li> <li>• Realizar la higiene con jabón neutro, secar bien la zona e hidratar la piel después de cada micción</li> <li>• Adecuar a cada situación el mecanismo de absorción más idóneo y explicar su uso correcto</li> </ul> |

(Sigue)

(Continuación)

36

36

| <b>3.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO</b>   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | <b>Justificación</b>   | <b>Criterios de resultado</b>   | <b>Actuación de enfermería</b>  |
| Riesgo de infección en relación a volumen residual  | La incontinencia produce un estancamiento de la orina por vaciamiento incompleto, favoreciendo la proliferación de microorganismos                         | El paciente aprenderá a realizar los ejercicios para la reeducación vesical | Enseñar al paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La reeducación de la musculatura pélvica, que consiste en una técnica de aprendizaje de contracción y relajación de los músculos pélvicos como si se interrumpiera la micción y la defecación</li> <li>• Establecer un horario de micción, alargando o acortando progresivamente los intervalos. Ejemplo: cada dos horas durante el día y cada cuatro por la noche</li> <li>• Intentar miccionar, aunque no exista necesidad. Para ello es útil enseñar técnicas para desencadenar la micción. Ejemplo: dejar correr el agua del grifo</li> </ul> |
| Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación a pérdidas involuntarias de orina y utilización de dispositivos para la incontinencia  | Las sustancias químicas procedentes de la orina, la humedad constante y el uso de dispositivos (compresas, colectores de orina...) pueden lesionar la piel | El paciente no presentará lesiones cutáneas en la región perianal           | Las citadas en el diagnóstico. Riesgo de deterioro de la interacción social   |
| <b>4.- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL</b> |  |   |   |
| <b>Diagnóstico de enfermería</b>  | <b>Justificación</b>   | <b>Criterios de resultado</b>   | <b>Actuación de enfermería</b>  |
| Riesgo de trastorno de la imagen corporal en relación a pérdida de control de la orina voluntaria   | En ocasiones se han de utilizar dispositivos tales como compresas y sondas vesicales que alteran la imagen de la persona                                   | El paciente sabrá identificar el dispositivo más adecuado para su situación | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente el uso de ropa para cada dispositivo</li> <li>• Fomentar las capacidades y aspectos positivos de la persona</li> <li>• Informar acerca de grupos de autoayuda</li> </ul>   |

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a la enfermera y profesora de la asignatura de Enfermería

Geriatría en la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz, D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Luisa Martínez Martín, por su dedicación, consejo y orientación para la realización de este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Guillén F, Pérez del Molino J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Harcourt Brace; 1997.
- Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
- Staab SA, Hodges LC. Enfermería Gerontológica. México: McGraw-Hill; 1998.
- Domínguez A, Navarro B, Juárez N, Montero C, Martínez P, Barbacil S y cols. Manejo de la incontinencia urinaria en el anciano. Revista de la Asociación Española de Enfermería Urológica. 1999; 71: 49-54.
- Rubio JC. Cuidados de Enfermería al paciente con vejiga neurogénica de causa no medular. Revista de la Asociación Española de Enfermería Urológica 1998; 69: 35-52.
- Garrido A. y cols. Programa del anciano del área 5 de Atención Primaria de Madrid. Febrero, 1995.
- Sellán MC, García C, Pineda C. Fundamentos de Enfermería (Guía didáctica). E.U.E. La Paz. Curso 1997-98.