

RAMOS SÁNCHEZ, M.E.¹; DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, S.²; ASUERO MANTERO, M.J.³; PÉREZ ESPEJO, M.P.⁴; DE LA CORTE SÁNCHEZ, M.⁵; DOMÍNGUEZ ANGUIANO, M.⁶

¹ Enfermera. UGC Urología. AGS Norte de Huelva. ² Enfermero gestor de casos. AGS Norte de Huelva. ^{3,4,6} FEA Urología. UGC Urología. AGS Norte de Huelva. ⁵ TCAE. UGC Urología. AGS Norte de Huelva.

Hiperactividad vesical con incontinencia urinaria: trece años de calvario

RESUMEN

La International Continent Society define la incontinencia urinaria (IU) como una situación en que la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, demostrable objetivamente, genera un problema social e higiénico.

Esta representa una patología compleja y de difícil solución. El impacto sobre la calidad de vida de la IU es superior a otras patologías crónicas, como la hipertensión o la diabetes; deteriora la calidad de vida, reduce la autoestima, teniendo graves repercusiones psicológicas y sociales. Este artículo presenta el caso clínico de una paciente con hiperactividad vesical e incontinencia urinaria, que durante trece años ve alterada su vida por esta patología.

Palabras clave: incontinencia urinaria, reeducación vesical, electroestimulación tibial posterior.

SUMMARY

The International Continent Society defines urinary incontinence (UI) as a situation in that the involuntary loss of urine through the urethra, provable objectively, generates a social and hygienic problem.

It represents a complex pathology and of difficult solution. The impact on the quality of life of the UI is superior to other chronic pathologies, as hypertension or the diabetes; it deteriorates the quality of life, reduces self-esteem, having severe psychological and social repercussions. This article presents the clinical case of a patient with vesical hyperactivity and urinary incontinence, who during thirteen years sees her life altered by this pathology.

Keywords: urinary incontinence, vesical re-education, back tibia electrical stimulation.

INTRODUCCIÓN

La International Continent Society define la incontinencia urinaria (IU) como una situación en que la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, demostrable objetivamente, genera un problema social e higiénico (1).

Esta representa una patología compleja y de difícil solución, que limita la libertad individual y reduce la autoestima de las personas.

El coste económico se estima que alcanza el 2% del presupuesto en países desarrollados. El 90% del gasto se debe a los accesorios, el 2% al diagnóstico y tratamiento, y el 8% a estancias hospitalarias y cuidados rutinarios (1).

El impacto sobre la calidad de vida de la IU es superior a otras patologías crónicas, como la hipertensión o la diabetes; deteriora la calidad de vida, reduce la autoestima, teniendo graves repercusiones psicológicas y sociales (la persona cambia muchos de sus hábitos diarios para adaptarse a ella, limitando salidas, reuniones, viajes, el uso de algún tipo de transporte público...) (2).

Algunas de las actitudes de las personas incontinentes frente a su situación pueden ser: miedo, desconcierto, vergüenza, culpa, hostilidad, resentimiento, ira, frustración, desesperanza, indefensión, aceptación, apatía, rechazo, negación (3).

Sigue existiendo una percepción vergonzante de este problema que llega a limitar gravemente su vida social y laboral. Eso hace que en sus inicios tiende a ocultarse, lo que dificulta la actuación profesional y perpetúa el problema.

Existen varios tipos de incontinencia, entre ellas se encuentran:

- Incontinencia de urgencia, o también conocida como inestabilidad del detrusor. Es la más frecuente. Se produce cuando las contracciones no inhibidas del detrusor superan la resistencia de la uretra, lo que permite la pérdida de pequeñas cantidades de orina. La NANDA la define como el estado en que una persona experimenta una emisión de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar (1).
- Incontinencia de esfuerzo. Se produce cuando el aumento de presión intrabdominal supera la resistencia uretral, permitiendo la expulsión de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor. Clínicamente existen pequeñas pérdidas de orina después de la tos o de un ataque de risa o cualquier actividad física que aumente la presión abdominal. La NANDA la define como el estado en que la persona experimenta una pérdida de orina de menos de 50 ml que se produce al aumentar la presión abdominal (1).

El síndrome de vejiga hiperactiva se define como urgen-

Tabla 1
Diagnósticos y plan de cuidados

DIAGNÓSTICOS	CRIT. DE RESULTADO	PUNTUACIÓN LIKERT AL INICIO	INTERVENCIONES
Incontinencia urinaria de esfuerzo R/C debilidad de los músculos y soportes pélvicos y M/P goteo de la orina al aumentar la presión abdominal.	120501. Verbalizaciones de autoaceptación.	2	5400: Potenciación de la autoestima.
	120519. Sentimientos sobre su propia persona.	2	0560: Ejercicios de suelo pélvico.
	050203. Responde de forma adecuada a la urgencia.	2	5860: Terapia de retroalimentación o Biofeedback.
	050205. Tiempo adecuado para llegar al inodoro entre la urgencia y la micción.	2	0610: Cuidados de la incontinencia urinaria.
Incontinencia urinaria de urgencia R/C irritación de los receptores de la tensión vesical provocando espasmo y M/P urgencia urinaria e incapacidad para llegar al WC a tiempo.	050207. Ausencia de pérdidas de orina entre micciones.	2	0570: Entrenamiento de la vejiga urinaria.
	050211. Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal	2	0600: Entrenamiento del hábito urinario.
	050212. Ropa interior seca durante el día.	1	Electroestimulación intracavitaria.

cia urinaria acompañada generalmente por frecuencia y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario o de otra patología (4). Su incidencia es variable, en España afecta al 20% de la población, y un tercio de ellos la presenta asociada a incontinencia (4).

Objetivo: Determinar la eficacia de diversas intervenciones enfermeras empleadas en el cuidado de pacientes que padecen vejiga hiperactiva e incontinencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Este artículo presenta el caso clínico de una paciente con hiperactividad vesical e incontinencia urinaria mixta, que durante trece años ve alterada su vida por esta patología.

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hace tres años llega a nuestra consulta de Urología una paciente, de 39 años de edad, que acude derivada por su médico de familia por importante aumento de la frecuencia miccional e incontinencia urinaria de diez años de evolución. Tras varios meses de visitas al hospital para realizarle analíticas, ecografía, cistoscopia y estudio urodinámico, es diagnosticada de hiperactividad vesical e incontinencia urinaria mixta (de esfuerzo y de urgencia).

En principio, se le pauta tratamiento con anticolinérgicos y se deriva a consulta de enfermería para rehabilitación del suelo pélvico.

VALORACIÓN

En la consulta de enfermería previamente le realizamos una valoración, en la que detectamos que obviamente no solo tiene alterado el patrón de eliminación, sino que también

hay afectación en los patrones funcionales de sueño/descanso, autopercepción/autoconcepto y rol/relaciones, todo ocasionado por su problema urológico.

La paciente rápidamente entabla confianza y nos cuenta cómo se siente. Refiere estar “amargada”, son “demasiados años con este problema” que le limita una vida normal. Ha tenido que cambiar su forma de vestir por miedo a sufrir un escape de orina en público y que vean su ropa manchada. “No quiero salir a ninguna fiesta con mi marido y mis amigos porque cada media hora o poco más necesito ir al baño y ya si me tomo una copa, prefiero marcharme a casa porque entonces voy cada 5 o 10 minutos..., si hay cola en el servicio entonces se me escapa”. “Cuando voy de compras, lo primero que hago cuando llego a un sitio nuevo es localizar el servicio..., me los conozco todos”. “Mi marido dice que me ha cambiado el carácter..., es que estoy cansada”. “Y lo peor es que pienso que puedo dar olor...”

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE CUIDADOS

Incontinencia urinaria de esfuerzo R/C debilidad de los músculos y soportes pélvicos y M/P goteo de la orina al aumentar la presión abdominal.

Incontinencia urinaria de urgencia R/C irritación de los receptores de la tensión vesical provocando espasmo y M/P urgencia urinaria e incapacidad para llegar al WC a tiempo (ver tabla 1).

EVOLUCIÓN DEL CASO

La paciente acudió a consulta de enfermería durante 6 semanas para la realización de Biofeedback con electroestimulación intracavitaria. Durante este periodo de tiempo aprovechamos para realizar las intervenciones expuestas en la tabla anterior. Los resultados fueron evaluados en base a la NOC 1205 (Autoestima) y NOC 0502 (Continencia urinaria), mejorando levemente su autoestima y los síntomas relacionados con la hiperactividad vesical e incontinencia

Tabla 2
Evaluación de resultados en base a las NOC 1205 y 0502

CRIT. DE RESULTADO	PUNTUAC. LIKERT TRAS 6 SESIONES DE BIOFEEDBACK CON ELECTROEST. INTRACAVIT.	PUNTUAC. LIKERT TRAS 12 SESIONES DE ELECTROESTIM. PERCUT. TIBIAL POSTERIOR
120501. Verbalizaciones de autoaceptación.	3	5
120519. Sentimientos sobre su propia persona.	3	5
050203. Responde de forma adecuada a la urgencia.	3	5
050205. Tiempo adecuado para llegar al inodoro entre la urgencia y la micción.	3	5
050207. Ausencia de pérdidas de orina entre micciones.	3	5
050211. Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal.	5	5
050212. Ropa interior seca durante el día.	2	5

de urgencia, aunque sí desapareció la incontinencia de esfuerzo.

Hace seis meses conseguimos incluir en la cartera de servicios de la consulta de enfermería la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior, por lo que la citamos de nuevo. Con solo cuatro sesiones había disminuido la urgencia, la frecuencia miccional era normal y había desaparecido la nocturia y los escapes. La paciente hasta este momento ha recibido 12 sesiones, 8 semanales y 4 quincenales. Tras las intervenciones efectuadas la paciente ya no padece urgencia miccional ni incontinencia, habiendo recuperado totalmente su vida anterior. Podemos observar la evaluación de resultados en la tabla 2 y la evolución de la frecuencia miccional y escapes durante las sesiones de electroestimulación del tibial posterior en el gráfico (figura 1).

DISCUSIÓN

Tal como expone Milla (5) en su estudio, la electroestimulación del nervio tibial posterior es sumamente efectiva en pacientes con vejiga hiperactiva refractaria al tratamiento médico. También coincidimos con él en que las intervenciones enfermeras efectuadas en la paciente aprovechando la duración de las sesiones de biofeedback y de electroestimulación del tibial hacen que el tratamiento sea más efectivo, permaneciendo la conducta aprendida aun cuando han finalizado los estímulos eléctricos.

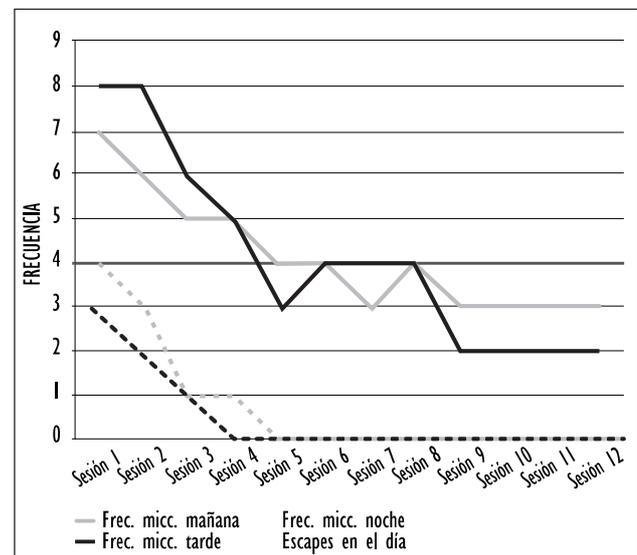
CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal y tiene graves repercusiones psicológicas y sociales para la paciente. Enfermería dispone de un arsenal de técnicas conductuales educacionales y rehabilitadoras que pueden cambiar la vida de estas pacientes. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E, Morales Asencio JM, Martín Santos F, Gómez Vidal L, Izquierdo

Figura 1
Evolución de la frecuencia miccional y escapes de orina durante las sesiones de elect. tibial post.



Carrasco JM et al. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0272.php>.

- Vila Coll MA, Benítez Camps M. Guía práctica sobre el abordaje de la incontinencia urinaria en enfermería. 1ª edic. Barcelona: Integración y métodos; 2002.
- Moody M. Incontinencia. Problemas del paciente y cuidados de enfermería. 1ª edic. Barcelona: Ancora; 1993.
- Franco de Castro A, Espuña Pons M. Definiciones, clasificación y la incontinencia urinaria en números. En: Salinas Casado J, director. Incontinencia urinaria femenina. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 201. p. 1-8.
- Milla España F, Marchal Escalona C, Campano Molina JF, Yáñez Gálvez A, Sánchez García M, Reinaldo Pérez JM, 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. Rev. Enfuro, 2012; 123: 19-24.