

Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad.

Autores:

Palomar-Llatas, F.^(1,2,3), Fornes-Pujalte, B.^(1,3), Sierra-Talamantes, C.^(1,3), Landete-Belda, L.^(1,3), Díez-Fornés, P.^(1,3), Castellano-Rioja, E.^(2,3), Fernández-García, D.^(2,3), Bonias-López, J.⁽³⁾, Moreno-Hernández, A.⁽³⁾, Murillo-Escutia, A.⁽³⁾, Seller-Arias, M.⁽³⁾

(1) Hospital General Universitario de Valencia

(2) Universidad Católica de Valencia "San Vicente Martir"

(3) Grupo Investigación Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Correspondencia: federicop43@gmail.com

Resumen

La incontinencia es un problema con elevada presencia en la población geriátrica. Las lesiones cutáneas que se desarrollan con más frecuencia son las causadas por la humedad y el contacto directo de la orina y/o las heces sobre la piel.

Nuestro objetivo fue diseñar una escala de valoración de la dermatitis del pañal por humedad para desarrollar un plan de cuidados sobre el uso adecuado de los dispositivos absorbentes en personas incontinentes y el tratamiento de lesiones producidas por la humedad.

Metodología del estudio: Para el diseño de la escala visual iconográfica de la dermatitis del pañal por humedad (DPH) se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo sobre 140 Historias Clínicas. Para la aplicación de la escala de humedad y su tratamiento sobre ancianos con uso de dispositivos absorbentes se realizó un estudio prospectivo multicéntrico, durante una semana, sobre 134 pacientes institucionalizados. Los dispositivos absorbentes utilizados fueron proporcionados por el equipo investigador por las características del producto y para evitar el sesgo en la investigación.

Resultados: El 45% de la población a estudio era mayor de 80 años y el 87% eran mujeres. El 88% tenía

incontinencia mixta y más del 50% riesgo medio-alto de desarrollar úlceras por presión. Para 78% de los casos el dispositivo absorbente utilizado no presentó incidencias por uso. Con relación a los factores relacionados con la humedad las lesiones que más mejoraron fueron el eritema y la sequedad.

Conclusiones: La utilización de escalas de valoración cutánea adecuadas al uso de dispositivos absorbentes favorece el cuidado de la integridad de la piel en pacientes incontinentes.

Palabras clave: incontinencia, dermatitis de pañal, dispositivos absorbentes.

Abstract

Incontinence is a problem with strong presence in geriatric population. The most common skin lesions are the ones caused by the moisture and by the direct contact with urine and/or feces.

Our goal was to design a diaper rash scale for developing a care guide about the proper use of absorbent dressings within incontinent elderly and about the treatment of wounds caused by moisture.

Methodology: *A retrospective, observational, descriptive study was conducted to design the iconographic visual scale of the diaper rash caused by moisture. A*

total of 140 patients were screened in this study. A multicenter, prospective study was conducted to apply the moisture scale within the treatment of elderlies with the use of absorbent dressings. A total of 134 institutionalized patients were screened in this study during a week. The absorbent dressings were provided by the investigation team in order to avoid bias in the investigation.

Results: *45% of studied patients was over 80 years old, and 87% was women. 88% experienced mixed incontinence, and more than 50% ran the risk of developing pressure ulcers. The absorbent dressing used did not have any problem by its use in the 78% of the studied cases. Regarding the humidity-related factors, erythema and dryness were the most improved lesions.*

Conclusion: *The use of skin lesion scales based on absorbent dressings stimulates the care of the skin integrity in incontinent elderlies.*

Key words: *incontinence, diaper rash, absorbent dressings.*

Introducción

La incontinencia:

Las características que definen las enfermedades que padecen las personas ancianas, suelen ser: pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional⁽¹⁾. Es esta última la que más preocupa cuando se habla de la eliminación de desechos de nuestro organismo, ya que en condiciones normales, ésta implica la integridad de los mecanismos de control de los sistemas de eliminación, fecal y urinario, principalmente. Sin embargo, su deterioro o disfunción, puede llevar a la pérdida involuntaria de desechos y determinar por tanto una situación de incontinencia.

Según el Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI), la incontinencia urinaria (IU), se define como la *“pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuados, lo que supone para la persona que lo sufre, un problema higiénico, social y psicológico”*⁽²⁾

La incontinencia es un problema que, a nivel mundial, afecta a unos 50 millones de personas⁽³⁾. Las cifras de prevalencia reales son desconocidas ya que, las presentadas por los distintos estudios son

heterogéneas dependiendo del grupo poblacional a estudio y de las consideraciones y definiciones en las que se basa cada autor, además de que se considera un problema no reconocido⁽⁴⁾.

Lo que sí es conocido, en cualquier caso, es que la incontinencia parece aumentar con la edad y varía según el sexo, mostrándose de forma más frecuente en la mujer. Según los datos de estimación del ONI, tomando como referencia las tasas estandarizadas de la población española en el año 2009, un 15,8% de personas estarían afectadas por IU (24% mujeres y 7% varones)⁽⁵⁾. Estas cifras aumentarían en ancianos institucionalizados, variando entre el 40 y 60%, de los cuales el 33,7% son mayores ingresados en unidades de larga estancia^(4, 6).

Esta disfunción tiene diferentes repercusiones que no sólo afectan al individuo que la padece, sino también a las personas que están a su alrededor y a la sociedad. Reconocida como una patología capaz de deteriorar la calidad de vida del paciente, se ha observado que las principales repercusiones son^(4, 7-9):

- **A nivel médico:** Infecciones urinarias, úlceras cutáneas causadas por el contacto directo de la orina con la piel, infecciones de las úlceras, caídas.
- **A nivel psicológico:** pérdida de autoestima, ansiedad, depresión.
- **A nivel social:** Aislamiento, mayor necesidad de apoyo, mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor riesgo de institucionalización.
- **A nivel económico:** elevado coste de las medidas diagnósticas y terapéuticas, así como de las complicaciones derivadas, costes humanos (cuidadores).

La piel en el anciano:

En la población anciana la piel se encuentra deteriorada por la edad, deterioro que da lugar a unas modificaciones inherentes al proceso del envejecimiento que, ya de por sí, proporcionan a la piel mayor susceptibilidad y menor resistencia ante agresiones como, en éste caso, la presencia de sustancias irritantes en la orina y las heces⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A nivel de la epidermis hay un adelgazamiento de sus capas y una atrofia celular, disminuyendo también la capacidad de renovación, al mismo tiempo que su capacidad para actuar como barrera semi-impermeable se encuentra debilitada^(8, 13-14).

- Atenuación de la microvascularización y de la capacidad de angiogénesis, con la consiguiente alteración de intercambio de nutrientes y desechos y merma de la respuesta a los cambios de temperatura.
- Las células de Langerhans o macrófagos de la piel, también disminuyen en número, incrementando el riesgo a infecciones y alterando la respuesta inmunitaria frente a alérgenos irritantes.
- Laxitud en la unión dermo-epidérmica que, junto con la pérdida de elasticidad y el aumento de la densidad del colágeno a nivel dérmico van a aportar un aspecto de piel arrugada. Además se observa una disminución de anejos cutáneos y vascularización.
- Disminuye el tejido celular subcutáneo, perdiendo así el almohadillado graso.
- Reducción, por atrofia, de glándulas sudoríparas y sebáceas, lo que contribuye a producir sequedad en la piel y disminuir el manto dermoprotector.

A nivel de la dermis, también se produce una disminución de la elasticidad y la turgencia, debido, principalmente, a la disminución de colágeno y de la elastina, al igual que los mastocitos y el ácido hialurónico⁽¹⁵⁾. La disminución presente de la grasa subcutánea, proporciona, por lo tanto, una disminución de la protección mecánica⁽¹⁴⁾.

Dispositivos absorbentes:

Entre las medidas de tratamiento para la incontinencia que en la actualidad están a nuestra disposición, encontramos los dispositivos absorbentes. Estos son un instrumento útil para el cuidado de pacientes incontinentes, desde un punto de vista paliativo^(4, 16).

Son productos basados en polímeros súperabsorbentes que le aportan su funcionalidad principal de retener

la orina, combinados con otros materiales que se sitúan en contacto con la piel, aportando confort y manteniendo la piel seca, y un recubrimiento externo que les aporta la característica de transpirabilidad, reteniendo los fluidos pero favoreciendo la respiración de la piel^(3,17).

Según Füsguen & Dirschka⁽¹⁸⁾ *“el cuidado de la piel y la aparición de “zonas de humedad” cuando no se utilizan los mejores productos, puede tener un papel importante en la aparición de las complicaciones de la piel relacionadas con la incontinencia. Con la combinación de calor corporal con otros factores influyentes (multimorbilidad, modificaciones fisiológicas de la edad y la forma de la incontinencia) se produce un medio ideal que favorece el crecimiento de microorganismos y puede determinar una lesión grave para la piel”*⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Para asegurar que su consumo y utilización son seguros y aptos para el fin al que han de ser destinados, todos los dispositivos absorbentes deben tener el código nacional identificativo del producto correspondiente que figure en el nomenclátor oficial de medicamentos, efectos y accesorios del Sistema Nacional de Salud Español y con el marcado CE, según establece el Real Decreto 414/1996⁽²¹⁾, por el que se regulan los productos sanitarios⁽²²⁾.

Según las necesidades individuales del paciente, existen distintos tipos de absorbentes según su capacidad de absorción (día, noche, super-noche) y según presentación (compresas, anatómicos y elásticos). Junto a ello, y en cualquier caso, se debe tener en cuenta que el absorbente ideal debe ser aquel que cumpla con los siguientes requisitos⁽²²⁻²³⁾:

- **Adaptabilidad:** Al cuerpo del paciente, de manera que facilite los movimientos, evitando derrames de orina
- **Absorción:** Suficiente, según el grado de incontinencia del paciente, evitando el desbordamiento y manteniendo la piel seca
- **Sujeción:** Según la complexión física del paciente, el sistema tendrá que ser cómodo y en caso de pegado, reutilizable.
- **Tolerancia:** Con la piel del paciente, no irritándola con el contacto, evitando así aparición de úlceras y lesiones por hongos.

- **Eficacia:** Sirviendo para retener orina y mantener la piel seca
- **Discreción:** permitiendo al paciente usar su ropa habitual, sin que se note, sin hacer ruido y sin perder su capacidad de absorción.

Una vez determinado el mejor dispositivo, es también importante emplearlos de la forma adecuada, estableciendo protocolos de actuación que determinen la técnica de colocación, la frecuencia de cambios, la adecuada limpieza de la zona y la prevención de lesiones cutáneas derivadas. Para ello, el profesional que trabaja atendiendo las necesidades del paciente geriátrico institucionalizado debe saber seleccionar el instrumento adecuado, conocer su correcto manejo y las actividades necesarias para prevenir complicaciones, dentro de un marco multidisciplinario e integral⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Hipótesis de trabajo

El uso de dispositivos absorbentes para el cuidado de la incontinencia en pacientes institucionalizados es útil, para lo que es necesario disponer de un plan de cuidados. Para el desarrollo de este plan de cuidados se hace necesario diseñar una escala de valoración de la dermatitis del pañal, con iconografía, de las lesiones atribuibles a la humedad con la finalidad de facilitar la correcta valoración de las mismas, protocolizar los cuidados y los tratamientos más adecuados.

Objetivos

Objetivo principal: Desarrollar una escala visual iconográfica para dermatitis del pañal por humedad (DPH).

Objetivos secundarios

1. Demostrar la importancia y la eficacia del cuidado con dispositivos absorbentes ante incontinencia urinaria y/o fecal, conocer las características de los dispositivos más adecuados y establecer un protocolo de actuación.
2. Determinar las causas deterioro de la integridad cutánea en el paciente con incontinencia.
3. Desarrollar recomendaciones sobre el uso adecuado de los dispositivos absorbentes en el

cuidado del paciente incontinente para prevenir el deterioro de la integridad cutánea y las consiguientes complicaciones.

4. Diseñar un plan de cuidados para el paciente con incontinencia.

Material y métodos

El estudio que presentamos consta de 2 etapas:

Etapa 1ª: Desarrollo de una escala iconográfica de la dermatitis de pañal por humedad

Tipo de estudio: Estudio descriptivo observacional retrospectivo en las historias de los pacientes que han sido tratados por esta patología en las unidades de hospitalización y en la unidad de úlceras del hospital General Universitario de Valencia en el año 2013, para el desarrollo de la escala visual iconográfica de la dermatitis del pañal por humedad (DPH).

Ámbito: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Cátedra Integridad y Cuidado de la Piel (Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir").

La unidad de úlceras y el servicio de dermatología tiene protocolizado el uso de cámara fotográfica digital en el momento de las consultas propias e interconsultas realizadas en el área de hospitalización.

Estas fotografías de las lesiones son descargadas diariamente en las carpetas historia de los pacientes de la unidad de úlceras y en "Picasa" enumeradas por nº de historia y patología.

En primer lugar se realizó una búsqueda iconográfica por diagnósticos de dermatitis del pañal, dermatitis irritativa del pañal, candidiasis y en una segunda fase se revisan las historias para comprobar diagnóstico, tratamiento y evolución.

El estudio está basado en la Escala visual del eritema (EVE)⁽²⁶⁾, donde solamente se valora la intensidad del eritema visualmente por su color, siendo esto muy variable a la hora de determinar que grado de afectación existe. La puntuación EVE es:

0. No eritema
1. Poco eritema (casi imperceptible).
2. Eritema moderado (piel rosa).
3. Eritema intenso (piel púrpura o roja).
4. Piel rota o abrasión.

Se recogieron de la historia de cada paciente en una base de datos los siguientes: edad, diagnóstico inicial y final de la lesión, tratamientos pautados, tiempo de evolución de la lesión hasta su curación, eficacia de los tratamientos, uso previo y tipo de dispositivo absorbente utilizado.

La valoración de las características y morfología de las lesiones a estudio son:

- Eritema
- Eritema exudativo e irritativo
- Erosión
- Escoriación
- Prurito
- Xerosis
- Descamación
- Ulceración
- Colonización

A raíz de la Escala Visual del Eritema (EVE), proponemos realizar una valoración según el grado de afectación y no solamente con la coloración de la piel, definiendo los ítems según la clínica y nivel de invasión presentado por las lesiones, resultando como guía para el estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes (2ª Fase).

El estudio estadístico será descriptivo que incluye cálculo de la frecuencia de cada tipo de lesión con sus características (Eritema, Eritema exudativo e irritativo, Erosión, Escoriación, Prurito, Xerosis y descamación, Ulceración), tipo de tratamientos utilizados, el tiempo medio de curación según cada tipo de lesión, porcentaje de éxito con cada tratamiento y el tipo de dispositivo absorbente utilizado, estableciendo los tipos del 1 al 6, siendo este el de mayor grado de afectación. Para ello se utilizará el programa estadístico SPSS V15.

Etapa 2ª. Desarrollo de un estudio para valorar la eficacia del cuidado del paciente con dispositivos absorbentes ante incontinencia urinaria y/o fecal, conocer las características de los dispositivos más adecuados y establecer un protocolo de actuación.

1.Tipo de estudio: Se realizó un estudio prospectivo, multicéntrico, sobre el uso de dispositivos absorbentes.

2.Población a estudio: La población diana está formada por pacientes incontinentes dependientes (n=134), elegidos mediante muestreo aleatorio.

Criterios de inclusión y exclusión de la población a estudio:

a) Criterios de inclusión.

- Paciente geriátrico (mayor de 65 años). Incontinencia urinaria y /o fecal.
- Paciente menor de 65 años con incontinencia fecal o urinaria
- Déficit del autocuidado: wc e higiene.
- Dependencia moderada (Brathel igual o menor a 55 puntos)
- Uso de dispositivos de absorción de forma rutinaria.
- Firma consentimiento

b) Criterios de exclusión.

- Pacientes que tendrían problemas a la hora de seguir el protocolo
- Alergia / hipersensibilidad a cualquiera de los componentes del absorbente
- Enfermedad severa, que según el criterio del investigador, puede interferir con el tratamiento
- Uso por cualquier causa de apósitos u otros dispositivos que eviten el contacto directo del pañal con la piel.
- Pacientes con úlceras por presión o humedad en zona sacra o nalgas.

3.Ámbito de realización del estudio: Centros de atención sociosanitaria de media y larga estancia, de atención a personas dependientes. Participantes:

- Hospital General Universitario de Valencia
- Cottolengo del Padre Alegas (Valencia)
- Residencia Fortuny (Catarroja-Valencia)
- Centro sociosanitario Ntra. Señora del Carmen (Valencia)
- Residencia Mayores de Jalance (Valencia)
- Residencia de la 3ª edad Parqueluz, (Catarroja-Valencia)
- Residencia Mare de los Desamparados (Sueca-Valencia)

4. Variables a estudio:

- Variables sociodemográficas: edad y sexo
- Tipo de incontinencia: urinaria, fecal y mixta
- Patologías concomitantes
- Valoración del estado metabólico/nutricional mediante:
 - pH orina
 - Niveles de albúmina
 - Proteínas totales
- Valoración de la dermatitis de pañal por humedad durante una semana aplicando la DPH
- Valoración de medidas preventivas UPP
- Valoración del grado de dependencia aplicando la escala de Barthel
- Valoración de incidencias no previsibles por el uso de los dispositivos absorbentes utilizados en el estudio.
- Valoración por los usuarios sobre el dispositivo absorbente a estudio:
 - Confort
 - Adaptabilidad
 - Facilidad en el manejo

5. Dispositivos de absorción a estudio:

El material a utilizar son dispositivos absorbentes (pañales), estructurados en sus aletas de sujeción por un tejido sin tejer de celulosa y transpirables, compuestos en su interior por gránulos absorbentes que en contacto con los fluidos gelifican, al mismo tiempo que son impermeables hacia el exterior evitando el contacto de la humedad con la piel (Moli Care Hartman®). Estas características permiten comprobar la protección de la barrera fisiológica de la piel frente a los fluidos corporales de etiología muy variada, frente a los pañales que tradicionalmente se usan con aleta de sujeción plastificada y que llegan a causar rash del pañal. Los dispositivos a testar fueron proporcionados por el equipo investigador por reunir las características anteriormente expuestas y para evitar el sesgo en la investigación por la utilización de distintos dispositivos que pudieran alterar los resultados.

El estudio ha sido aprobado por los comités éticos y de investigación clínica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y la Universidad Católica

de Valencia “San Vicente Mártir”, siendo el estudio coordinado por el mismo Hospital y la Cátedra de Integridad y Cuidado de la piel de la Universidad.

6. Fases del estudio:

- **Fase 1. Elaboración de un Plan de cuidados.** Se elaboró un plan de cuidados para establecer las directrices adecuadas en la atención al paciente incontinente, haciendo uso de la metodología enfermera, para mantener y restaurar la integridad cutánea (Anexo 1).
- **Fase 2. Semana 1.** Sesión informativa sobre cuidados higiénicos del área perineal en contacto con los pañales y la importancia de seguir un protocolo para su uso. En esta sesión participaron los colectivos que ejercen el cuidado del paciente como son, de forma delegada auxiliares de enfermería y, como último responsable enfermería. La sesión se desarrolló sobre 4 aspectos:
 - Limpieza, hidratación y prevención en el paciente incontinente
 - Dermatitis asociada a incontinencia
 - Uso de dispositivos absorbentes
- **Fase 3. Semana 2.** Inclusión y valoración inicial del individuo. Se recogen datos clínicos epidemiológicos y se cumplimenta la escala de Barthel para valorar la dependencia en ABVD. Se realiza también de forma inicial una base de datos sobre aspectos de la piel en contacto con el pañal, así como de los cuidados que se llevan a cabo para protegerla.
- **Fase 4.** Se seguirá el protocolo de actuación establecido, valorando el estado de la piel del paciente aplicando la escala de la dermatitis del pañal por humedad (DPH) de forma diaria en su aseo rutinario y recogiendo los datos en un “Diario de incontinencia”, a lo largo de una semana.
- **Fase 5. Valoración final.** Se compararan los datos del día 1 y del día 7 y se analizaran los resultados.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los datos con la ayuda de la herramienta informática Microsoft Office Excel 2010 y el programa estadístico SPSS versión 17.0.



Figura 1. Lesiones cutáneas.

CLASIFICACIÓN según AFECTACIÓN		
TIPO	SEVERIDAD DE LESIÓN	GRADO DE AFECTACIÓN
Tipo 1	LIQUENIFICACIÓN: Epidermis engrosada	LEVE
Tipo 2	ERITEMA + EDEMA: Inflamación epidérmica	LEVE +
Tipo 3	DESCAMACIÓN ECZEMA: Epidermis seca	MODERADO
Tipo 4	ERITEMA IRRITATIVO + HUMEDAD: Epidermis superficial (vesículas)	MODERADO +
Tipo 5	CANDIDIASIS: Afectación de epidermis	ALTO
Tipo 6	ÚLCERA: Afectación Dermis profunda	MUY ALTO

Tabla I.

Resultados

Se desarrolla la escala iconográfica de la dermatitis de pañal por humedad (DPH). La severidad y clasificación de las lesiones en la dermatitis del pañal se clasificaron con relación a la gravedad de la afectación cutánea. Las imágenes correspondientes a la escala se muestran en la **Figura 1** y la clasificación de la severidad de la lesión según el grado de la lesión se muestra en la **Tabla I**.

- **TIPO 1 - LIQUENIFICACIÓN.** Corresponde al engrosamiento o liquenificación de la epidermis debida a una irritación constante por un lavado y secado agresivo, correspondiendo a un grado de afectación (LEVE).
- **TIPO 2 - ERITEMA + EDEMA.** Corresponde a la presencia de eritema con edema que palidece a la vitropresión por la inflamación epidérmica y afectación de capilares dérmicos, pero sin pérdida de continuidad de la piel, correspondiendo a un grado de afectación (LEVE +).

- **Tipo 3 - DESCAMACIÓN ECZEMA.** Corresponde a la eczematización de la zona del pañal presentando descamación y prurito, teniendo como resultado una xerosis cutánea, asignándole un grado de afectación MODERADO.
- **Tipo 4 - ERITEMA IRRITATIVO + EXUDACIÓN.** Corresponde al eritema irritativo y húmedo donde los planos afectados son la epidermis superficial e incluso puede presentar vesiculización, asignándole un grado de afectación (MODERADO +).
- **Tipo 5 - CANDIDIASIS.** Presencia de colonización principalmente por cándidas que afecta a epidermis completa y dermis, asignándole un grado de afectación (ALTO).
- **Tipo 6 - ÚLCERA.** Úlcera (por humedad) donde existe un daño de los tejidos que puede llegar a afectar hasta planos profundos como es el tejido adiposo, asignándole un grado de afectación (MUY ALTO).

El Tratamiento tópico para cada tipo de lesión se adecua apoyándonos en la literatura sobre el tema^(19,25,26) y teniendo en cuenta la disponibilidad de los productos en el Sistema Valenciano de Salud (**Anexo II**).

En las lesiones del tipo 1, que corresponde al grado de afectación “Leve”, se realizará tras la higiene una correcta hidratación con lociones corporales o ácidos grasos hiperoxigenados.

En el tipo 2, que corresponde al grado de afectación “Leve +” se aplicará la pasta de óxido de zinc.

En el tipo 3, que corresponde al grado de afectación “Moderado”, se aplicaría pasta barrera compuesta de óxido de zinc y una crema de hidrocortisona al 1% como antiinflamatorio.

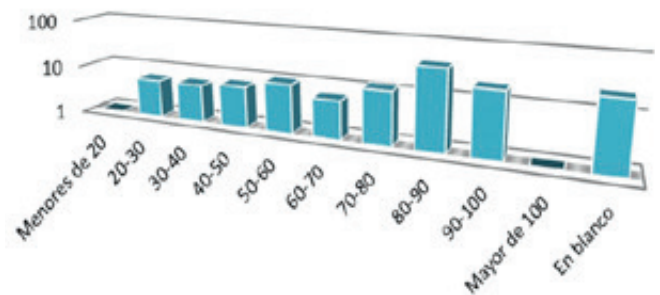
En el tipo 4, que corresponde al grado de afectación “Moderado +”, se aplicarían fomentos astringentes. Una vez retirados estos y secado la piel se aplicará pasta barrera de óxido de zinc.

En el tipo 5, que corresponde al grado de afectación “Alto”, se aplicarán fomentos astringentes (sulfato de cobre al 1 x 1000 o eosina acuosa al 2%) y cremas antimicóticas y bacterianas si la afectación es piodermatitis bacteriana.

En las lesiones del tipo 6, correspondiente al grado de afectación “Muy Alto”, el tratamiento tópico se realizará con la limpieza y lavado de la lesión con solución salina y apósitos de cura en ambiente húmedo en función del nivel de afectación y de las características de la lesión (suele responder bien a alginato cálcico),

cremas de óxido de zinc en la piel perilesional y control de exudados.

En el desarrollo de la 2ª etapa del estudio para valorar la eficacia del cuidado del paciente con dispositivos absorbentes ante incontinencia urinaria y/o fecal participaron 134 pacientes el 45% de los cuales de los cuales tenía un rango de edad entre los 80-100 años siendo y el grupo mayoritario el de edades comprendidas entre los 80-90 años.



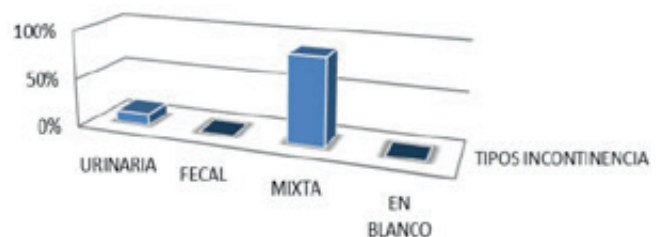
Gráfica 1. Grupos de edades.

En cuanto al sexo de los participantes la mayoría de participantes, el 87% eran mujeres y el 13% hombres.



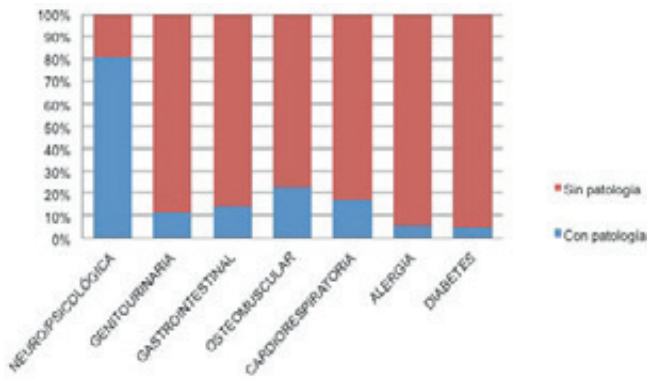
Gráfica 2. Sexo 1.

En el análisis de los resultados de la incontinencia destacar que la gran mayoría de participantes (88'06%) tenía incontinencia mixta tanto fecal como urinaria, mientras que el 11,94 % solamente mostraba incontinencia urinaria, tal como mostramos en la **Gráfica 3**.



Gráfica 3. Tipos de incontinencia.

Con respecto a la patología que padecían los participantes del estudio al inicio del mismo, cabe reseñar que más del 80% sufría alguna patología neuro/psicológica. Son destacables también, aunque previsibles por los altos rangos de edad de la población estudiada, las patologías osteomusculares y cardiorespiratorias, tal como mostramos en la Gráfica 4.



Gráfica 4. Patología concomitante.

En cuanto a los tratamientos relacionados con la incontinencia, cabe resaltar que en el momento de iniciar el estudio, sólo una persona precisaba el uso de catéter vesical y que ninguno de los participantes recibía tratamiento médico para paliar su incontinencia aunque a 20 de los participantes se les estaba aplicando algún tipo de crema barrera. Se observa en la Tabla II, que al finalizar este estudio, el número de pacientes con tratamiento barrera aplicado a la piel en relación con la incontinencia, ha disminuido.

TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA	INICIO	FINAL
MÉDICO	0	0
SONDAJE	1	0
COLECTOR	0	0
CREMAS BARRERA	20	11

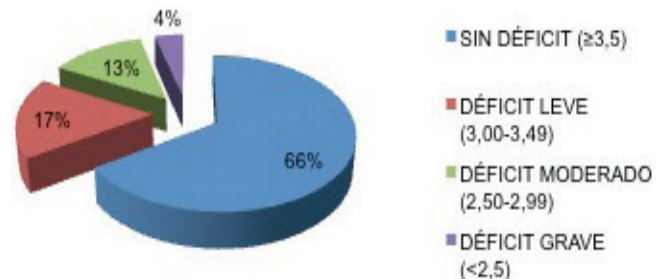
Tabla II.

Para la valoración del estado metabólico/nutricional de los pacientes, se han utilizado diferentes pruebas analíticas que ayuden a realizar un diagnóstico del paciente. Observamos que en referencia al pH de la orina (Tabla III), la media se sitúa en un pH neutro.

pH ORINA	
promedio	6,615
mínimo	5
máximo	8,5
desviación estandar	1,058191
mediana	7
media	6,530186

Tabla III. Ph orina

En el Gráfico 5 se observa que la gran mayoría de los pacientes (66%), no tienen déficit del nivel de albúmina, o en caso de tenerlo, es leve, y por lo tanto, no ha supuesto un problema para participar en el estudio.



Gráfica 5. Niveles de albúmina.

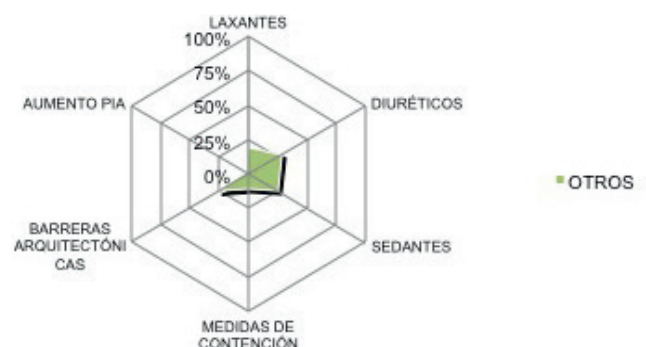
Lo mismo podemos observar en el Gráfico 6, donde claramente se define la población a estudio como una población sin déficit de proteínas totales (83%).



Gráfica 6. Proteínas totales.

Con el análisis de estos tres parámetros, PH urinario, niveles de albúmina y de proteínas totales, podemos afirmar que la población a estudio, es, en su gran mayoría, una población con un estado nutricional/metabólico adecuado.

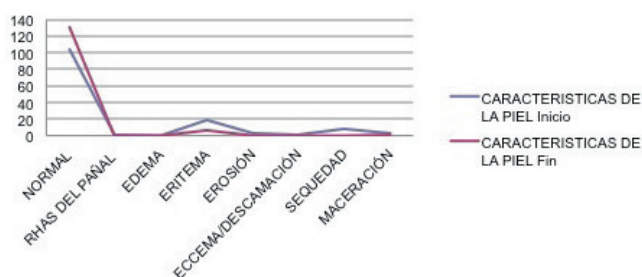
En el análisis de otros factores que pudieran influir en el estudio de la incontinencia es necesario resaltar que los pacientes estaban recibiendo distintos tratamientos relacionados con sus patologías de base, de entre los cuales, se destacan los sedantes y diuréticos, administrados a más del 25% de la población, tal como mostramos en la Gráfica 7.



Gráfica 7. Otros factores.

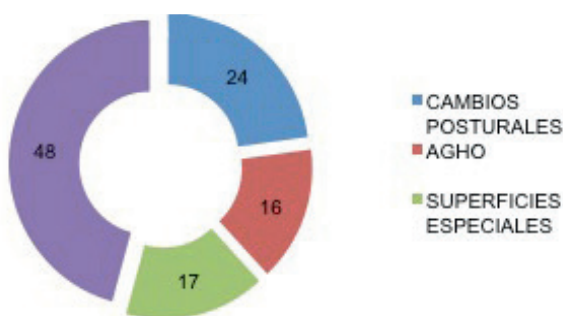
Si empezamos a comparar resultados al inicio del estudio y al final, uno de los que más interesa detallar es el estado de la piel de los pacientes, ya que éste describirá, de manera física, cual es la evolución de los cuidados en este paciente.

Con relación a la valoración de la piel en el **Gráfico 8** observamos su estado tanto al inicio del estudio como al finalizar el mismo. Al iniciar el estudio, 103 pacientes presentaban un estado normal en la piel, mientras que 130 de ellos presentaban este estado al finalizar el estudio. Los problemas más frecuentes observados al inicio del estudio y que se reducen considerablemente al finalizar el mismo, son los eritemas y la sequedad.



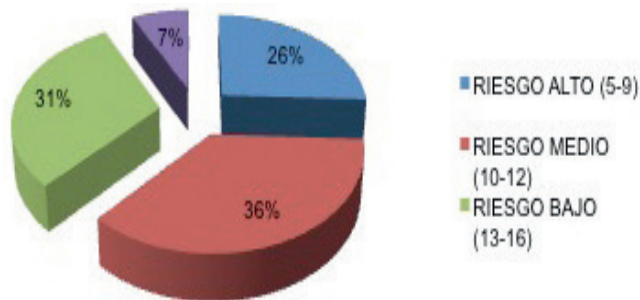
Gráfica 8. Estado de la piel Inicio y Final estudio.

En el momento de iniciar el estudio, a los pacientes se les estaban aplicando una serie de medidas para evitar la aparición de UPP o humedad que pudiera generar problemas en la integridad de la piel. A destacar, como se muestra en el **Gráfico 9**, destacan las cremas barrera y los cambios posturales (utilizado en un 48% y 24% de los pacientes respectivamente).

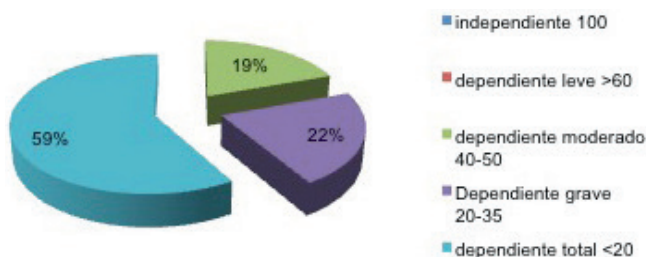


Gráfica 9. Medidas de prevención UPP y por humedad.

En cuanto a la valoración sobre el riesgo de padecer UPP, se observa en el **Gráfico 10**, que más del 50% de los pacientes tienen riesgo alto o medio de aparición de UPP. Este elevado riesgo está justificado porque la mayoría de los pacientes son personas muy dependientes, el 59% tiene dependencia total tal como se observa en el **Gráfico 11** al aplicar la escala de Barthel.

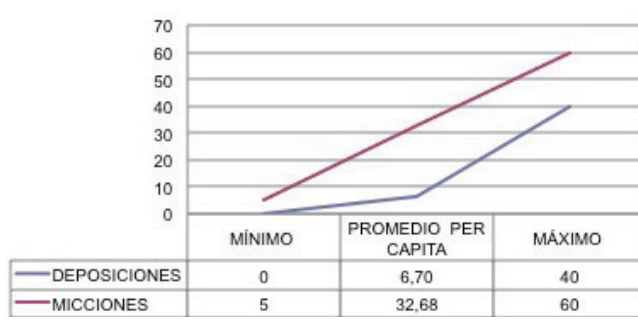


Gráfica 10. Escala de Norton valoración riesgo de UPP.



Gráfica 11. Escala de Barthel.

Con respecto al análisis de deposiciones se recogen un total de 40 deposiciones como máximo *per cápita* en una semana y 60 micciones. En 22 casos, los pacientes no realizaron ningún tipo de deposición en toda la semana, como se observa en el **Gráfico 12** (mínimo=0).



Gráfica 12. Diario de incontinencia.

En el **Gráfico 13**, se puede ver como la mayoría de las deposiciones y micciones recogidas a lo largo de la semana han sido normales, destacando por su importancia, la cantidad de fugas recogidas, casi siempre en los mismo pacientes.

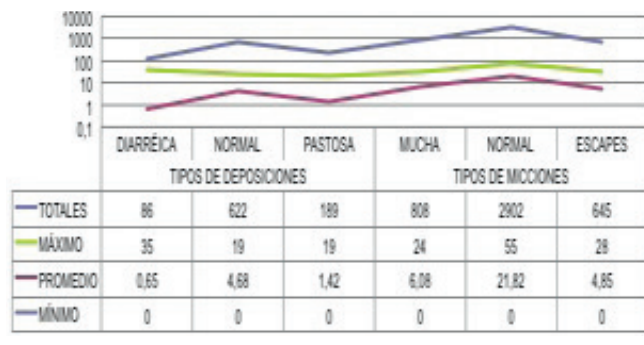


Gráfico 13. Tipo de deposiciones / Micciones.

En esta misma línea, en el **Gráfico 14**, se detallan los datos recogidos sobre incidentes sucedidos a lo largo de la semana, no sólo en lo referente a la piel del paciente, si no a la experiencia con el dispositivo absorbente. En el 55% de los casos no se ha registrado ninguna incidencia, y hasta en un 23% de los casos, se ha dejado sin marcar el casillero de "Ninguna", pero tampoco se ha marcado otra incidencia, por lo que, aun no pudiendo asegurar que signifiquen que no existen incidencias, tampoco se ha registrado ninguna.

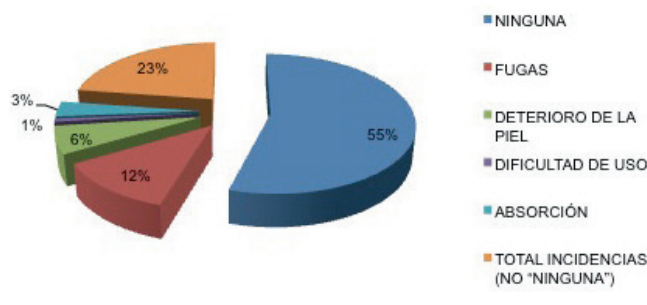


Gráfico 14. Incidencias.

En cuanto a la valoración de los dispositivos utilizados en el estudio en el **Gráfico 15** se ve reflejada la experiencia global de los usuarios con relación a los dispositivos absorbentes. Se puede observar la tendencia hacia la calificación de "buena" o "muy buena" en casi todos los casos registrados, destacando la facilidad en la retirada y la adaptabilidad como experiencia "muy buenas".

En el anexo 1, se desarrolla el plan de cuidados para pacientes incontinentes, utilizando la metodología NANDA, NIC y NOC, especificando pormenorizadamente los cuidados adecuados en cada momento asistencial, con el fin de abordar al paciente con incontinencia desde una perspectiva integrada⁽²⁶⁻³¹⁾.

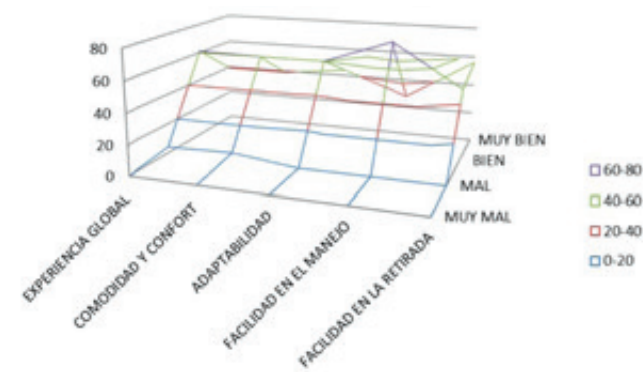


Gráfico 15. Experiencia usuarios.

Conclusiones

El uso de dispositivos absorbentes es útil en el cuidado de la incontinencia sobretodo en pacientes geriátricos incontinentes y muy dependientes.

La utilización de una escala de valoración de la dermatitis de pañal por humedad aplicada a pacientes con incontinencia es útil para analizar la aparición y evolución de las lesiones relacionadas con la humedad, facilita el tratamiento de las mismas y evita la multiti- versidad de tratamientos.

La utilización de un plan de cuidados estandarizado para pacientes con incontinencia facilita las estrategias de actuación, favorece la unificación de criterios y evita la diversidad de actuaciones ante un mismo proceso.

Las intervenciones formativas sobre el personal a cargo de los cuidados de pacientes con incontinencia resulta eficaz para mejorar el manejo de dispositivos absorbentes, y en definitiva, el cuidado de la piel de las personas con incontinencia.

Los dispositivos absorbentes utilizados en el estudio reúnen las características necesarias que garantizan su correcto funcionamiento ya que en nuestro estudio queda demostrada la eficacia, tolerancia, sujeción, absorción y adaptabilidad de los dispositivos absorbentes utilizados.

Agradecimiento

- Hospital General Universitario de Valencia
- Cottolengo del Padre Alegas. Valencia
- Residencia Fortuny. Catarroja
- Centro sociosanitario Ntra. Sra. del Carmen. Valencia
- Residencia Mayores de Jalance (Valencia)
- Residencia de la 3ª edad Parqueluz, Catarroja (Valencia)
- Residencia de los Ancianos Desamparados, Sueca (Valencia)

Conflicto de intereses

Todos los autores de este artículo han declarado la ausencia de conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Barranes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*. 2007; 49 supl 4: S459-S466.
2. Cancelo MJ. Guía ONI Orientaciones. [Online]. Citado el 2013-11-2. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/002_pro/index.html.
3. Morilla-Herrera JC. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Granada 2003. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0272.pdf>.
4. Sociedad Española de geriatría y gerontología. Tratado de geriatría para residentes. In. Madrid: M&C; 2006. p. 151-157.
5. Salinas Casado J, Brenes Bermúdez F, Castaño Catalá R. La incontinencia urinaria en el varón en España. Citado el 2013-11-3. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/001_pro/index.html.
6. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, et.al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española. Resultados del estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*. 2009; 33(2): p. 159-166.
7. Gavira Iglesias FJ, Pérez -del-Molino Martín J, Valderrama Gama E, et.al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en una zona básica de salud. *Atención Primaria*. 2001;(28): p. 97-104.
8. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatría y Gerontología para el médico internista. In. Bolivia: La Hoguera; 2012. p. 523.
9. Iglesias-Regidos J, Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Bonill-de-las-Nieves C, Morales-Asencio JM. Evaluación de la calidad de los absorbentes en incontinencia urinaria. *Tempos Vitalis*. 2008; 8(2).
10. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatol* 2013;7(18-19):14-25.
11. García Fernández FP, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, et.al. Incontinencia y úlceras por presión. Madrid: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº10; 2006.
12. Souza D, Gouveia V. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en ancianos atendidos en asilo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 Octubre; 15(5): p. 958-964.
13. Tirado-Cerdano J, Martínez-Raygada S. Cuidados de la piel del anciano. *Dermatología Peruana*. 2008; 18(2): p. 106-110.
14. Penny Montenegro E. Cambios Anatómicos y fisiológicos durante el envejecimiento y su impacto clínico. In Geriatría y gerontología para el médico internista. Bolivia: La Hoguera; 2012. p. 37-55.
15. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol* 2013;7(18-19):8-13.
16. Diggory AH, Liddle J, Pratt CFW, Samadian S, Tpzter R, Weinstein C. Medicine in the elderly. *Reviews in medicine. Postgraduate Medical Journal*. 1991 Mayo; 67(787): p. 423-455.
17. Observatorio Nacional de la Incontinencia. Libro Blanco de la Incontinencia Urinaria. [Online].; Actualización diciembre 2008 [cited 2013 11 13]. Available from: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/soyunmedico/libro_blanco.pdf.
18. Füsügen I, Dirschka T. Piel y absorbentes para la incontinencia - un área de conflicto. La importancia de utilizar absorbentes transpirables. In. Velbert, Alemania: Max-Bürger-Institut para la investigación en ancianos; 2002. p. 6.
19. Palomar-Llatas F, Lucha-Fernández V, Albert-Sanchis P. Protección y tratamiento de la piel perilesional: Oxido de zinc, película barrera, eosina al 2%. *Enferm Dermatol* 2011;5(13-14):46-50.
20. Palomar-Llatas F, Fornés B, Tornero A, Muñoz V. Escala valoración FEDPALLA de la piel perilesional. *Enferm Dermatol* 2007;1(00):36-38.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/04/24/pdfs/A14670-14702.pdf>.
22. Álvarez-Nieto J, et al. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. S.X. Farmacia e Productos Sanitarios, Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago, 2007. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/Farmacia/PDF4-81.pdf>.
23. Laboratorios HARTMANN S.A. Vivir mejor con incontinencia. Disponible en: http://es.hartmann.info/images/Vivir_mejor_con_incontinencia_ES.pdf.
24. Palomar-Llatas F. Protección contra la humedad en pacientes incontinentes encamados. *Enfermería Dermatológica*. 2009 Mayo-Agosto;(7).
25. Nix D, Ermer.Seltun J. A Review of perineal Skin Care protocols and Skin barrier product use. *Ostomy wound manage* 2004; 50(12):59-67).
26. Wilkinson J, Ahern N. Manual de diagnósticos de enfermería, 9ª Ed. Pearson Prentice Hall; 2008.ISBN: 978-84-8322-417-5.
27. Fuden. Guía Diagnóstica Enfermera. Fundación para el desarrollo de la enfermería. Madrid; 2003. Disponible en: http://www.ome.es/01_01_cfm?id=425
28. Ballesta-López FJ et al. Guía de actuación de enfermería. Manual de Procedimientos generales Valencia: Generalitat Valenciana. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Valencia 2007. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>
29. Gómez-Rodríguez de Acuña A. Padilla-Luz A. Pérez-Pérez A. González-Gómez CM. Absorbentes de incontinencia de orina. Bolcan (Boletín Canario de Uso Racional de Medicamentos del SCS) 2009; 1(3):1-6. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3235326f-31b6-11df-b5d7-a3a2fbc2f35/BolcanAIO_05_05_2009.pdf
30. Equipo editorial de Fisterra. Absorbentes de incontinencia. Marzo 2010. Disponible en: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/absorbentes_IU.asp
31. Equipo editorial de Fisterra. Incontinencia urinaria: guía para cuidadores. Marzo 2010. Disponible en: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inconUrinaria_guiaCuidadores.asp

Anexo I. Plan de cuidados al paciente incontinente.

Objetivo general: Establecer las directrices adecuadas, haciendo uso de la metodología enfermera, para mantener y restaurar la integridad cutánea en el paciente incontinente.

Anciano incontinente. Recomendaciones generales.

NANDA: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c eliminaciones y excreciones, factores mecánicos y otros.

NOC: (1101) Mantenimiento de la integridad tisular.

NIC:

(6610) Identificar al paciente en riesgo.

- Valoración al ingreso y siempre que cambien las condiciones físicas.
- Valoración de la incontinencia. Llevar a cabo un Diario de Incontinencia, que posibilite observar el patrón de eliminación (frecuencia, características, cantidad, etc.).
- Valorar el riesgo de úlceras por presión mediante el uso de escalas para tal fin, que incluyan el ítem de humedad y/o incontinencia como factor de riesgo.

(3590) Vigilancia de la piel.

- Observación diaria del estado de la piel y detección precoz de lesiones en función de la temperatura, color, sequedad y humedad.

(1750) Cuidado de la piel perineal. Protocolo de cuidado de la piel íntegra.

Se basa en tres puntos clave: LIMPIEZA, HIDRATACIÓN Y PROTECCIÓN.

LIMPIEZA:

- a) El personal auxiliar se encarga de satisfacer la necesidad de higiene como actividad delegada de enfermería, última responsable.
- b) Mantener un clima de respeto y colaboración, fomentando el autocuidado. Explicar lo que se va a hacer y tranquilizarlo.
- c) Lavado integral diario:
 - Limitar el lavado con agua y jabón sólo al aseo integral diario y cuando las circunstancias lo exijan.
 - Mantener el orden de lavado adecuado: cara, brazos, tronco, piernas y, por último, la zona genital.
 - El lavado genital es un momento íntimo en el que se ha de actuar con delicadeza.

- La limpieza siempre se realiza desde la parte más limpia a la más contaminada (desde el pubis hacia el ano)
- Retirar, antes de lavar, los restos de residuos.
- Usar agua a temperatura idónea, 35-36°C (temperatura ambiente 24-25°C).
- En la mujer, separar los labios con una mano y lavar con la otra.
- En el hombre, retraer la piel del glande y lavar. Devolver la piel a su posición y limpiar los testículos.
- Se debe aclarar y secar perfectamente, de manera suave y minuciosa, por empapamiento, sin fricción. Prestando especial atención a pliegues inguinales, genitales y línea interglútea.

d) Lavado rutinario tras cada episodio de eliminación:

- Para el lavado rutinario de la zona anogenital se deben usar productos no irritantes sin aclarado, apostando por su presentación en forma de toallitas desechables.
- Evitar el uso de jabones en pastilla, ya que pueden favorecer la contaminación cruzada.
- Utilizar productos con pH neutro (próximo a 5.5).

HIDRATACION:

- Asegurar la hidratación sistémica adecuada. Evitando la toma de líquidos 2-3 h antes de acostarse (prevenir la enuresis).
- Hidratación tópica diaria con humectantes para restituir el manto hidrolipídico.

PROTECCION:

- Uso de medidas disponibles para disminuir el contacto con el irritante
- a) Uso de cremas barrera
 - Seleccionar el producto según características del individuo y del proceso de incontinencia.
 - Tener en cuenta las características ideales del producto barrera:
 - o Resistencia a orina/heces
 - o Transparencia
 - o Fácil aplicación
 - o Fácil eliminación
 - o Económico

- Aunque si bien es cierto que no existe el producto barrera ideal, se afirma que uno de los más eficaces y eficientes es la pasta de óxido de zinc.

b) Sistemas externos (colector urinario o sonda externa).

c) Sondaje vesical/ rectal.

Se evitará en medida de lo posible por los riesgos de infección que conlleva y otros asociados. En caso de ser necesario se preferirá el sondaje intermitente, realizando en cualquier caso una técnica estéril y un manejo y cuidado del sondaje aséptico

d) Uso de dispositivos absorbentes (pañales)

Se debe seleccionar el absorbente adecuado en función de:

- El tipo de incontinencia
- La anatomía del individuo
- El grado de dependencia
- La frecuencia de las pérdidas
- El volumen de las pérdidas

Encontramos diferentes tipos de absorbentes:

→ Según forma y sistema de sujeción:

Rectangular: indicado para pacientes que deambulan y con pérdidas de orina leves. Sujeción mediante braga de malla elástica.

Anatómico: indicado para pacientes que deambulen y con buen estado cognitivo, excepto si las pérdidas son abundantes o hay incontinencia fecal asociada. Sujeción mediante braga de malla elástica.

Anatómico elástico: pacientes encamados o con movilidad reducida. Aquellos con incontinencia fecal asociada y con pérdidas abundantes. Con sistemas de sujeción adhesivo que permiten abrirlos y cerrarlos varias veces sin tener que cambiar el pañal. Tallas disponibles:

Pequeña: cintura 50-80 cm y cadera: 60-90 cm.

Mediana: cintura 80-125 cm y cadera 90-135cm.

Grande: cintura 100-140 cm y cadera 110 -150 cm.

→ Según capacidad de absorción:

Absorbentes de goteo: Compresas. Absorción de +- 50-300ml. No financiado.

Día: indicado para pérdidas leves o moderadas

en periodo diurno. Absorción +- 600-900 ml.

Noche: indicado para pérdidas leves o moderadas en periodo nocturno; o abundantes en periodo diurno. Absorción +- 900-1200 ml.

Supernoche: indicado para pérdidas moderadas / abundantes en periodo nocturno. Absorción mayor a 1200ml.

La frecuencia de cambio de los absorbentes debe ser la adecuada de forma que se evite al máximo el ambiente de oclusión. La mayoría de pañales poseen un indicador de humedad en forma de banda exterior que vira de color cuando es necesario realizar el cambio o permiten la observación externa de la orina.

Procedimiento de cambio de pañal:

- Lavado de manos antes y después de cada cambio
- Retirar el pañal por la parte posterior del cuerpo del usuario.
- Realizar la higiene adecuada de la zona del pañal.
- Colocar el pañal limpio desde la parte delantera del cuerpo.
- Ajustar pliegues y cierres, evitando que el pañal se movilizce y produzca roces.

Colocación de absorbentes elásticos:

1) POSICION DE PIE.

- o Asegurar un punto de apoyo al paciente
- o Colocar el pañal con la parte de los adhesivos en la zona posterior, a la altura de la cintura.
- o Pasar el pañal entre las piernas y ajustarlo.
- o Fijar los adhesivos a la parte anterior.

2) POSICION ACOSTADO:

- o Colocar al paciente en decúbito lateral.
- o Remeter el pañal por debajo de la cadera en la que se apoya el paciente, con la parte de los adhesivos, a la altura de la cintura.
- o Girar al paciente y colocarlo en decúbito supino.
- o Meter el pañal entre las piernas y ajustar.
- o Pegar los elásticos sobre la parte anterior.

Colocación de absorbentes anatómicos y rectangulares con malla:

1) POSICION DE PIE:

- o Asegurar un punto de apoyo para el paciente
- o Colocar la malla a la altura de las rodillas.
- o Retirar el pañal sucio y llevar a cabo la limpieza de genitales.
- o Pasar el pañal limpio entre las piernas, abrirlo y ajustarlo.
- o Subir la malla colocando primero la parte de detrás, bien estirada.

2) POSICION ACOSTADO:

- o Colocar al paciente en decúbito lateral.
- o Retirar la malla y el pañal sucio y llevar a cabo la limpieza de genitales.
- o Pasar el pañal limpio entre las piernas, abrirlo y ajustarlo.
- o Poner la malla colocando primero la parte de detrás, bien estirada.
- o Ajustar todo el conjunto

NANDA: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de factores ambientales, limitaciones neuromusculares, deterioro de la cognición y otros m/p incontinencia.

NOC:

(0305) Cuidados personales: higiene. Mantenimiento del autocuidado: uso del orinal/ retrete

(0502) Continencia urinaria

(0503) Eliminación urinaria

NIC:

(0590) Manejo de la incontinencia urinaria

- Recopilar la historia urinaria y eventos relacionados: frecuencia de los episodios, duración, severidad, escapes, nicturia, presencia de ITU, etc.
- Adiestramiento del hábito urinario: crear un patrón predecible de evacuación para prevenir la incontinencia.
- Programa de entrenamiento vesical:
 - Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
 - Registro de incontinencia durante 3 días como mínimo para establecer el patrón de eliminación urinaria.

- Vaciamiento programado: Establecer un intervalo de tiempo para ir al aseo, según el patrón de eliminación.

- Escapes >1h, debe programarse vaciamiento cada hora. Disminuir el intervalo si se producen más de 3 episodios en 24h.

- Escapes < 1h, debe programarse vaciamiento cada 30 minutos. Aumentar el intervalo en 1h si no se muestra episodio de incontinencia durante 3 días.

• Ejercicios de Kegel

• Técnica del doble vaciamiento: mantener al paciente de pie (varón) o sentado (mujer) tras la micción, y animarle a que lo intente de nuevo.

(0610) Cuidados de la incontinencia urinaria.

• Modificar la ropa para favorecer la fácil y rápida retirada (uso de velero elástico en lugar de cremalleras, cierres automáticos, etc.)

• Limitar líquidos 2-3 h antes de irse a la cama.

• Limitar la ingesta de irritantes vesicales (colas, café, té y chocolate)

• Adecuar administración de fármacos diuréticos durante el día.

(1750) Cuidado de la piel perineal.

NANDA: (00014) Incontinencia fecal r/c pérdida de control sobre el esfínter fecal y factores ambientales m/p incapacidad para retrasar la defecación y/o goteo continuo de heces blandas.

NOC:

(0500) Continencia intestinal

(0501) Eliminación intestinal

(1101) Integridad tisular

NIC:

(0430) Manejo intestinal

• Recopilar la historia de incontinencia fecal y eventos relacionados: frecuencia de los episodios, duración, severidad, escapes, diarrea, etc.

• Adiestramiento del hábito de deposiciones: crear un patrón predecible de evacuación para prevenir la incontinencia.

• Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.

• Registro de incontinencia durante 3 días como mínimo para establecer el patrón de eliminación fecal.

(0410) Cuidado de la incontinencia intestinal

(1750) Cuidados perineales

Anciano incontinente con alteración de la integridad cutánea.

NANDA: (00014) Incontinencia fecal r/c pérdida de control sobre el esfínter fecal y factores ambientales m/p incapacidad para retrasar la defecación y/o goteo continuo de heces blandas.

NANDA: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de factores ambientales, limitaciones neuromusculares, deterioro de la cognición y otros m/p incontinencia.

NANDA: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c eliminaciones y excreciones, factores mecánicos y otros

NANDA: (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, factores mecánicos y sustancias químicas m/p alteración de las capas de la piel (epidermis y/o dermis)

NOC:

(1101) Integridad tisular: piel y mucosas.

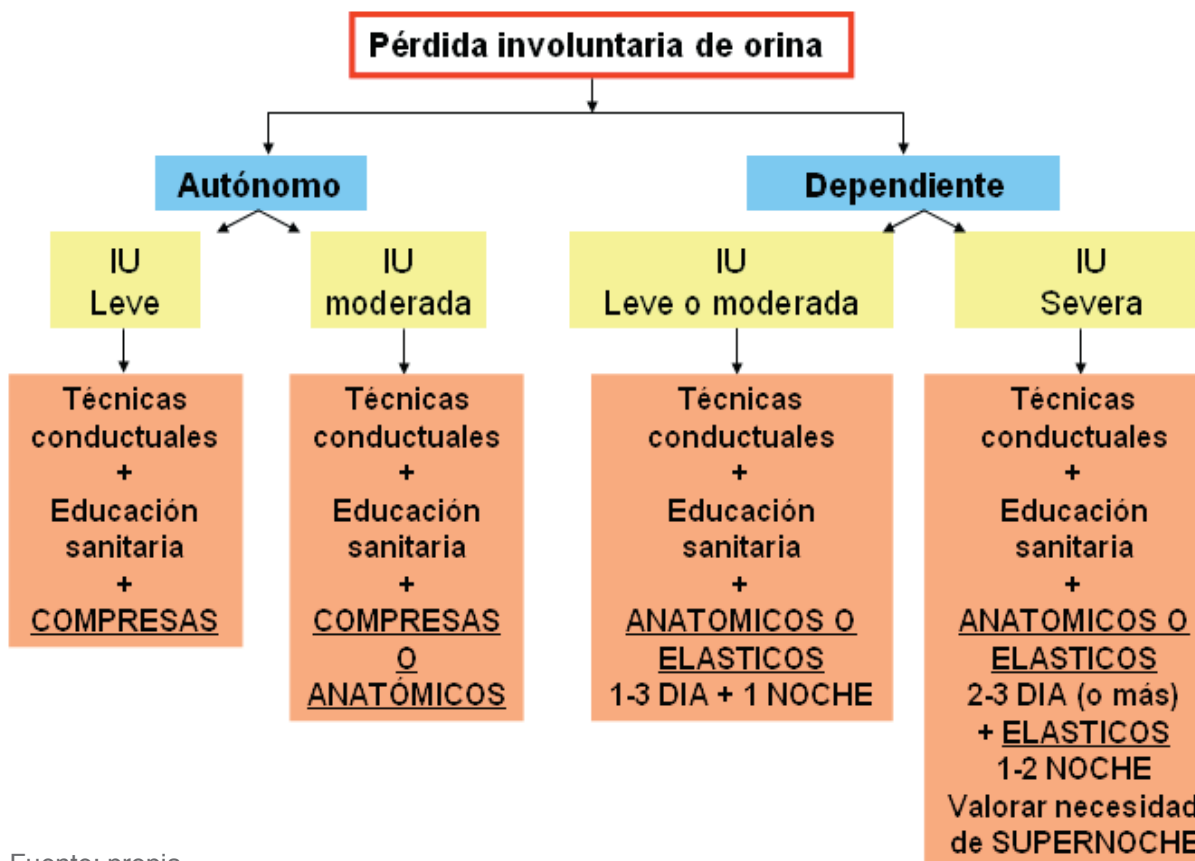
NIC:

(3660) Cuidados de las heridas

- Valoración de la lesión por incontinencia según la Escala de Valoración Dermatitis del Pañal por Humedad (DPH):
- Aplicación de tratamiento tópico según características de la lesión y grado de afectación identificados:
- Se desaconseja el uso de absorbentes en las lesiones severas por el riesgo de contaminación y por favorecer la oclusión.

(3590) Vigilancia de la piel

Algoritmo de indicación de absorbentes:



Fuente: propia.

Anexo II. Escala valoración dermatitis del pañal por humedad (DPH).



VALORACION Y PROTOCOLO: DERMATITIS DEL PAÑAL POR HUMEDAD		
LESIÓN	AFECTACIÓN	DISPOSITIVO ABSORBENTE Y TRATAMIENTO TÓPICO
TIPO 1: LIQUENIFICACIÓN	LEVE	Hidratar con lociones corporales o ácidos grasos hiperoxigenados.
TIPO 2: ERITEMA + EDEMA	LEVE +	Pasta de oxido de zinc.
TIPO 3: DESCAMACION + ECZEMA	MODERADO	Pasta de oxido de zinc + Crema de hidrocortisona.
TIPO 4: ERITEMA EXUDATIVO	MODERADO +	Fomentos astringentes (Agua sulfatada 1%) + Pasta de oxido de zinc.
TIPO 5: CANDIDIASIS	ALTO	Fomentos astringentes (Permanganato potásico 1/10.000 y cremas antimicóticas.
TIPO 6: ÚLCERA	MUY ALTO	Apósitos de cura en ambiente húmedo en función del nivel de afectación y de las características de la lesión, cremas de oxido de zinc y control de exudados.