



Universidad
de La Laguna



**PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN MATERIA DE
INCONTINENCIA URINARIA PARA SUJETOS DE LA ZONA
BÁSICA DE SALUD OFRA-MIRAMAR**

AUTORA: EVA HERNÁNDEZ MENGÍBAR.

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: MARÍA INMACULADA SOSA ÁLVAREZ

Profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado en
Enfermería.

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA.

Tenerife

CURSO 2015-2016



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y
Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA



**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL
TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

**TÍTULO: PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN
MATERIA DE INCONTINENCIA URINARIA PARA SUJETOS DE LA
ZONA BÁSICA DE SALUD OFRA-MIRAMAR**

Autor/a:

Eva Hernández Mengíbar

Firma del alumno/a

Tutor/a:

María Inmaculada Sosa Álvarez

Vº. Bº del Tutor/a:

La Laguna a 6 de junio de 2016

RESUMEN:

Este proyecto de intervención educativa persigue el abastecimiento informativo en materia de Incontinencia Urinaria. Se ha comprobado que este tipo de afección va en aumento entre la población; y que, por parte de las entidades y profesionales sanitarios no se le da el valor que le concierne. Por otro lado, la continua normalización por parte de los medios publicitarios y los estigmas sociales creados en torno a esta afección, hace que las personas afectadas, en muchos de los casos, no se interesen por tratar los diferentes signos y síntomas que presentan. Respecto a esto, se trata de un suceso con alta incidencia y prevalencia y, aunque no suponga un riesgo vital para la vida, puede ocasionar un alto impacto psicológico, social, físico, higiénico, mental y económico. Por todo esto, se pretende proporcionar información y educación sanitaria a un grupo de sujetos de una zona básica de salud concreta; evaluar la respuesta ante la información recibida, el grado de conocimientos adquiridos y el nivel de satisfacción generado; fomentando la concienciación en la población de la importancia del tema, así como la implicación de los centros sanitarios de Atención Primaria para incluir dentro de sus programas de salud información y educación sobre Incontinencia Urinaria. Como metodología de trabajo se empleará un estudio cuantitativo-descriptivo-no experimental, basado en la impartición de una intervención educativa a una muestra de aproximadamente 1600 sujetos, que se apoyará en presentación, tríptico y cuestionario. Las variables principales que se someten a estudio son el sexo, la edad, nivel de estudios, satisfacción y evaluación. Los resultados previsibles de la intervención educativa son que se alcancen, con éxito, todos los objetivos planteados en el proyecto, por lo que el equipo de trabajo procede a darle aplicabilidad, planteando estrategias a corto, medio y largo plazo en los que se pretende expandir la información de calidad a mayor número de entidades y población, por medio de herramientas mejoradas al alcance de todos.

PALABRAS CLAVE: Intervención educativa, incontinencia urinaria, salud pública, detección, actuación, prevención.

ABSTRACT:

This project of educational intervention pursues the informative supplying on the subject of Urinal Incontinence. It has been proved that this type of disease is increasing within the population; and also, entities and sanitary professionals does not give the value that it concerns. On the other hand, the continuous standardization on the part of the mass media and the social stigmas created around this disease, does that the affected persons, in many of the cases, are not interested for treating the different signs and symptoms which they feel. Regarding that, it is an event with high incidence and prevalence and, although it not supposed a vital risk to life, it can cause a high psychological, social, physical, hygienic, mental, and economic impact. For all that above, the goal is to provide information and health education to a group of subject of a basic and concrete area of health; to assess response to the received information, the degree of acquired knowledge and the generated level of satisfaction; encouraging the awareness within population of the importance of the theme, as well as the implication of the Primary Care Health centers to include inside its health programs information and education on Urinal Incontinence. As work methodology we will use a quantitative-descriptive - no experimentally study, based on the teaching of an educational intervention to a sampling of approximately 1600 subjects, which will support on presentation, triptych and questionnaire. The leading variables that are submitted to study are the sex, the age, level of studies, satisfaction and evaluation. The foreseeable results of the educational intervention are that all the raised objectives be achieved, successfully, so that the work team proceeds to give applicability, raising short, medium and long term strategies in those we raise to expand the quality information to major number of entities and population, through improved tools available to all.

KEY WORDS: Educative intervention, urinary incontinence, primary care, public health, detection, action, prevention.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Concepto	1
1.2. Planteamiento del problema	1
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	2
2.1. Tipos de incontinencia	2
2.1.1. <i>Incontinencia Urinaria de urgencia</i>	2
2.1.2. <i>Incontinencia Urinaria de esfuerzo</i>	2
2.1.3. <i>Incontinencia Urinaria mixta</i>	2
2.1.4. <i>Incontinencia de rebosamiento</i>	2
2.2. Diagnóstico de incontinencia urinaria	3
2.3. Tratamientos para la incontinencia urinaria	3
2.3.1. <i>Tratamiento conservador</i>	4
2.3.2. <i>Tratamiento farmacológico</i>	5
2.3.3. <i>Terapia con Inyectables</i>	6
2.3.4. <i>Tratamiento quirúrgico</i>	6
2.3.5. <i>Tratamiento paliativo</i>	7
2.4. Prevención de la incontinencia urinaria	7
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	8
3.1. Datos epidemiológicos	9
4. JUSTIFICACIÓN	10
5. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	10
6. MATERIAL Y MÉTODOS	11
6.1. Diseño/Desarrollo de la Intervención	11
6.1.1. <i>Diseño y programación</i>	11
6.1.2. <i>Desarrollo</i>	12
6.1.3. <i>Temporalización</i>	12
6.2. Metodología	12
6.2.1. <i>Principios inspiradores</i>	12
6.2.2. <i>Principios metodológicos</i>	12
6.2.3. <i>Estrategias metodológicas</i>	12
6.2.4. <i>Herramientas</i>	12
6.3. Población diana, muestra y ámbito de estudio	13
6.4. Variables e instrumentos de medida	13
6.4.1. <i>Sociodemográficas</i>	13
6.4.2. <i>Nivel de conocimientos adquiridos</i>	13

6.4.3. Satisfacción personal.....	13
6.5. Actividades.....	14
6.6. Recursos.....	14
6.6.1. Recursos humanos.....	14
6.6.2. Recursos materiales.....	14
6.7. Consideraciones éticas.....	14
7. EVALUACIÓN Y RESULTADOS PREVISIBLES.....	15
8. CRONOGRAMA.....	17
9. APLICABILIDAD.....	18
9.1. A corto plazo.....	18
9.2. A medio plazo.....	18
9.3. A largo plazo.....	19
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
11. ANEXOS.....	24
11.1. Anexo 1: Solicitud de permiso para realizar intervención educativa y actividades de formación en el centro de salud Ofra-Miramar.....	24
11.2. Anexo 2: Tríptico informativo.....	25
11.3. Anexo 3: Cuestionario de evaluación.....	27
11.4. Anexo 4: Formulario de confidencialidad.....	31

TÍTULO: PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN MATERIA DE INCONTINENCIA URINARIA PARA SUJETOS DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD OFRA-MIRAMAR.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Concepto.

La incontinencia urinaria (IU) es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) en el año 2002, como una queja de cualquier tipo de pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable¹.

Según la OMS se define el término como ``la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente´´².

Éstas pérdidas pueden llegar a convertirse en la causa principal de limitaciones sociales, laborales y de cualquier otro tipo de actividad cotidiana, por lo que supone una clara disminución en la calidad de vida de la persona afectada. La cantidad puede variar desde una filtración leve hasta una pérdida abundante e incontrolable³.

1.2. Planteamiento del problema.

Cada día observamos en el medio publicitario como los empresarios o empresas farmacéuticas hacen del problema de la incontinencia urinaria una situación normal o, en el caso de las mujeres, algo irremediamente asociado a su etapa de evolutiva.

Por otro lado, tenemos la parte social o cultural. La población afectada sufre estos episodios en silencio. Tanto jóvenes como adultos no suelen hablar de ello porque es un tema que les causa pudor e identifican como anormal. En el caso de las personas de avanzada edad sucede todo lo contrario, lo tienen asumido como normal, por lo tanto, tampoco lo asocian a un problema de salud. Todo esto es debido a la falta de información a la que tienen acceso, ya que es un tema al que no se le da el abordaje o la importancia tiene dentro del ámbito sanitario. De hecho, en el caso del personal sanitario, observamos día a día, en la actividad laboral, como el patrón de eliminación no es valorado como se debiera. Tanto en los servicios de atención primaria, donde se da por hecho que el paciente está dentro de los parámetros normales de eliminación urinaria si el mismo reúne unas cualidades físicas o diagnósticos generales normales; como en los servicios de atención especializada donde la carga de trabajo hace que muchas veces pasemos por alto patrones de alta importancia,

como este, en los que podríamos detectar problemas de salud a tiempo, evitando su evolución o cronicidad y disminuyendo considerablemente los gastos sanitarios.

Para la realización de esta intervención educativa, se incorporarán, a continuación, una serie de nociones básicas sobre el tema/problema que hemos elegido, con la intención de lograr transmitir unos conceptos básicos en los que se contemplará cómo se diagnostica la Incontinencia Urinaria, los tipos de tratamientos que se pueden llevar a cabo y las técnicas preventivas que debemos conocer y aplicar.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO.

2.1. Tipos de incontinencia.

Existen varios tipos de incontinencia urinaria, pero a grandes rasgos, diferenciamos 4 tipos en los que queda englobado más del 90% de los casos.

2.1.1. Incontinencia Urinaria de urgencia.

La pérdida se produce cuando los músculos de la vejiga se contraen de forma involuntaria, originándose el escape de orina en cualquier momento y lugar. La pérdida puede variar entre unas gotas hasta el vaciado completo de la vejiga.

2.1.2. Incontinencia Urinaria de esfuerzo.

La pérdida involuntaria de orina se produce al realizar algún tipo de fuerza que comprometa la presión intraabdominal, dándose lugar la incapacidad para mantener cerrado el esfínter de la uretra por lo que se produce la salida de la orina. Estos esfuerzos pueden ir desde levantar gran peso, hasta una simple risa.

2.1.3. Incontinencia Urinaria mixta.

Tiene factores de urgencia y de esfuerzo.

2.1.4. Incontinencia de rebosamiento.

En este caso lo que sucede es que la vejiga no se vacía totalmente, bien sea por obstrucción o por debilidad muscular. Esto provoca que se llene al máximo y cuando hay

un aumento de presión abdominal la orina se escapa en pequeñas cantidades. Sucede tanto por el día como por la noche.

2.2. Diagnóstico de Incontinencia Urinaria.

Para realizar la valoración de la sintomatología del paciente y el impacto que estos tienen en su calidad de vida, actualmente se han validado cuestionarios que proporcionan un método adecuado⁴. La frecuencia y urgencia de las micciones y los episodios de enuresis pueden ser controlados por auto-monitorización con la ayuda de gráficas de frecuencia/volumen, las cuales proporcionan datos objetivos en cuanto a la ingesta de líquidos, número y volumen de las micciones y la distribución diurna y nocturna. Debe incluirse la exploración (palpación) del abdomen para descartar la presencia de globo vesical; no debe obviarse la valoración neurológica de piernas y periné; exploración ginecológica en el caso de la mujer, y palpación de la glándula prostática en los hombres. Conviene disponer de sedimento y estudio de posibles alteraciones morfológicas en la orina, urocultivo para descartar la presencia de agentes infecciosos y de una bioquímica sanguínea y hemograma⁵. Se ha demostrado que la determinación del análisis del residuo vesical post-miccional mediante sondaje o ecografía abdominal post-miccional, es una técnica muy útil para la orientación del paciente. Por ejemplo, un residuo post-miccional elevado (20% del volumen miccional) denota obstrucción del tracto urinario de salida o una alteración contráctil del detrusor⁶.

Aunque son varios los autores que han relacionado los síntomas de incontinencia urinaria con el diagnóstico urodinámico definitivo, la sintomatología no necesariamente evidencia la etiología de la incontinencia. Se ha demostrado que los estudios urodinámicos deberían llevarse a cabo antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, en mujeres posmenopáusicas y nulíparas, obstrucción al tracto de salida, enfermedad neurológica asociada y en las formas de incontinencia mixta⁷.

2.3. Tratamiento de la Incontinencia Urinaria.

Las estrategias terapéuticas varían en función del tipo de incontinencia. Existen múltiples alternativas que se adaptan a cada mecanismo fisiopatológico y que incorporan una amplia variedad de opciones, desde las terapias conductuales y fisiátricas, hasta la cirugía reconstructiva. Por lo tanto, es necesario entender que la terapia que decidamos aplicar y los resultados de ésta, van a depender directamente de la precisión con que se haya realizado el diagnóstico del paciente y de lo bien entendida que sea la fisiopatología de

base que explique el cuadro clínico. La mayor parte de los fracasos en los tratamientos y de las complicaciones que se dan, tienen que ver con una sobre simplificación diagnóstica que lleva a prescribir tratamientos inadecuados⁸.

2.3.1. Tratamiento conservador.

El tratamiento conservador para la IU incluye medidas de tipo generales, como la recomendación de una ingesta hídrica moderada (1-1.5 litros/día); evitar sustancias como la cafeína y el alcohol; tratar factores coadyuvantes como la obesidad, el estreñimiento o la tos crónica; eliminar las posibles barreras físicas o arquitectónicas y recomendar el uso de prendas holgadas.

También se incluye el fortalecimiento de la musculatura pélvica a través de:

- La realización de ejercicios de potenciación del suelo pélvico de Kegel: que constituyen la primera línea en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo. Consiste en contraer fuertemente los músculos pubococcígeos, de 40 a 80 veces al día, con 5 segundos de descanso después de cada contracción. También se debe enseñar al paciente a tensar su suelo pélvico al cargar peso o antes de toser. Para conseguir beneficios el tiempo mínimo que se requiere va de 15 a 20 semanas con estos ejercicios de fisioterapia.
- Terapia física-*biofeedback*: se trata de un tratamiento complementario a los ejercicios del suelo pélvico. Persigue que el paciente, conociendo la función del suelo de la pelvis, pueda regular su función y monitorizar sus progresos. A fin de facilitar la información al paciente se utilizan el perineómetro (dispositivo vaginal que refleja los cambios de presión al realizar los ejercicios) y el EMG *biofeedback*, que utiliza electrodos de superficie (sondas vaginales o anales).
- Conos vaginales de distintos pesos, de 20 a 100 gramos: busca fortalecer los músculos pélvicos sosteniendo los conos en el interior de la vagina y tratando de mantenerlos por un tiempo determinado y aumentando su peso progresivamente. Son útiles en la IU de esfuerzo, pero no sustituyen a los ejercicios de Kegel.
- Electroestimulación: consiste en la estimulación de los nervios pudendos o sacros utilizando electrodos vaginales o anales. Se ha utilizado en el tratamiento de la IU de esfuerzo, de urgencia y mixta y, aunque existen tasas de entre un 35 y 65% de éxito, todavía existe controversia sobre la utilidad de esta terapia.

También se persigue la terapia conductual mediante el entrenamiento vesical de, fundamentalmente, los pacientes con la IU de urgencia y el córtex cerebral intacto, para

recuperar el control de su vejiga. Consiste en enseñarlo a orinar en periodos fijos, aumentándose poco a poco los intervalos de tiempo entre micciones, hasta que el paciente logre orinar cada 2-3 horas. El éxito de estas terapias varía entre un 75 y 90% de curaciones o mejorías notables⁹.

2.3.2. Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico está indicado en los casos de IU de urgencia y de esfuerzo. También en vejiga hiperactiva y algunos trastornos de acomodación y esfinterianos.

La farmacología de la vía urinaria es muy compleja, entre otras cosas por la inexistencia de modelos animales semejantes, así como por los cambios en los resultados obtenidos según la edad, el sexo, el estado hormonal, etc. En cambio, desde el punto de vista del manejo y de forma muy general, existen fármacos que facilitan la fase de continencia mejorando el tono esfinteriano (aumentando su resistencia); otros que disminuyen la contractilidad del detrusor (disminuyendo la hiperactividad); y, por último, otros que mejoran la capacidad vesical disminuyendo la sensibilidad de la misma. Por otra parte, hay fármacos que actúan incrementando la contracción muscular y disminuyendo la resistencia uretral, indicados en los casos en donde los pacientes tienen problemas con la fase del vaciado vesical (neuropatía diabética, uropatía obstructiva baja...).

Los fármacos más usados en la IU son aquellos que favorecen la fase de continencia, entre los que destacan:

- Los anticolinérgicos: que inhiben las contracciones involuntarias, disminuyendo la amplitud de las mismas e incrementando la capacidad vesical.
- Fármacos con acción mixta (Oxibutinina y Tolterodina): que actúan como miorrelajantes y anticolinérgicos con propiedades anestésicas en la vejiga.
- Antidepresivos (Imipramina): que tienen acciones anticolinérgicas e incrementa la resistencia al vaciado.
- Antagonistas del calcio (Dilitiazem): el influjo del calcio extracelular en la activación del músculo detrusor puede inhibirse por los antagonistas del calcio.
- Antidiuréticos (Desmopresina): análogo sintético de la vasopresina con un fuerte efecto antidiurético, pero sin la acción vasopresora sobre el músculo liso.

Todos ellos son, en general, fármacos con posibilidad de utilización en campo pediátrico y geriátrico. El efecto secundario por excelencia en este tipo de tratamientos es la sequedad

bucal y de las mucosas en general; esto supone en muchos casos la dificultad de adherencia terapéutica y limita el uso de los mismos por parte de los pacientes¹⁰.

Recientemente, se está tratando con un nuevo antidepresivo, la *Duloxetina*, que tiene acción específica a nivel del *Núcleo de Onuff*. Actúa induciendo el cierre esfinteriano, lo que ha llevado a su utilización en la Incontinencia Urinaria de esfuerzo femenina y en incompetencia esfinteriana intrínseca en ambos sexos. Debido a la actualidad del fármaco, la experiencia aún es limitada¹¹.

2.3.3. *Terapias con inyectables.*

- Terapia inyectable periuretral: consiste en inyectar diferentes sustancias en la submucosa de la uretra o en la zona esfinteriana con el objetivo de recuperar o mejorar el sello uretral. Para la realización de la técnica se utilizan diferentes productos del tipo grasa autóloga, colágeno tratado, productos químicos como el PTFE (politetrafluoroetileno) o Teflón, o balones sintéticos inflables¹². Se trata de procedimientos mínimamente invasivos y con muy baja mortalidad; sus resultados, sin embargo, son moderados y en revisiones recientes se compara y establece su efecto positivo con placebo. Además, supone un costo relativamente elevado, ya que los procedimientos pueden requerir que se repitan una o más veces¹³.
- Toxina botulínica tipo A: se trata de inyectar la solución en el músculo detrusor. Esto produce la parálisis temporal del mismo y, por lo tanto, disminuyen las transmisiones de señales eferentes hacia los centros superiores. Esto permite tratar las IU relacionadas con el aumento de la contractilidad vesical. Se realiza mediante técnica endoscópica de forma mínimamente invasiva¹⁴.

2.3.4. *Tratamiento quirúrgico.*

Normalmente, la cirugía es el tratamiento de elección para IU de esfuerzo graves o para aquellas que no han respondido bien a tratamientos conservadores o farmacológicos. La intención de la técnica quirúrgica es colocar de forma correcta el cuello vesical y la uretra proximal, en una posición intraabdominal, logrando así una compresión apropiada de la unidad esfinteriana¹⁵.

Las técnicas más utilizadas son la *colposuspensión de Burch* o la *técnica de Marshall-Marchetti-Krantz*, con unas tasas de curación del 90%¹⁶. Cuando los casos se deben a lesiones del mecanismo esfinteriano, los mejores resultados son los que se obtienen a través de técnicas de cabestrillo o *slings* (comunicándose tasas de curación a corto plazo

del 95% con la cinta vaginal libre de tensión, aunque no hay existencias de resultados a largo plazo)¹⁷.

La utilización de esfínteres de tipo artificial se reserva para casos de gravedad. En la IU de urgencia, la citoplastia de aumento o la derivación urinaria, se realizan sólo en casos de gravedad extrema e intratables y como último recurso.

La cirugía es la forma más completa de tratar los casos de dificultad para el vaciado debidas a obstrucción uretral extrínseca por compresión de útero miomatoso o en los casos de hiperplasia benigna de próstata.

2.3.5 Tratamiento paliativo.

Se lleva a cabo cuando ninguna de las técnicas anteriores ha dado resultado y la enfermedad ha pasado a ser crónica. Tiene como único objetivo mejorar el bienestar y el confort del paciente. Se trata de informar al paciente de los diferentes dispositivos de ayuda de los que dispone y adaptarlos a sus necesidades. Actualmente en el mercado entramos productos del tipo:

- Absorbentes: cuya función es la de aislar la piel del contacto con la orina por absorción y retención del líquido, manteniéndola libre de humedad.
- Colectores: son específicos para la IU en hombres. Funciona como un preservativo que recoge la orina en una bolsa que se encuentra fijada en los miembros inferiores.
- Empapadores: utilizados en la protección del mobiliario, como camas, sillas o sillones.
- Protectores menstruales o compresas: a pesar de lo que se cree, no son aptos para las pérdidas de orina, ya que el volumen no se compara con el menstrual y, además, sucede de una manera rápida.

2.4. Prevención de la Incontinencia Urinaria.

La prevención es el primer paso que el personal sanitario debe tratar a la hora de enfrentarse ante un caso de Incontinencia Urinaria. Es decir, educar a la población de riesgo y prevenir futuros casos antes de que aparezcan las primeras pérdidas de orina. Evitando así el consiguiente deterioro de la calidad de vida del paciente y de su autoestima personal.

Aunque no es lo habitual, las medidas de prevención, a nivel primario, deberían ser tratadas desde los periodos de pubertad y estar dirigidas a toda la población y, en especial, a los pacientes de riesgo, que, en este caso, son las mujeres en época fértil, durante el embarazo y postparto, en mujeres en etapas pre-menopáusicas, menopáusicas y post-menopáusicas y en la población anciana de ambos sexos.

El objetivo principal de la prevención de IU es retrasar los signos y síntomas de envejecimiento vesical, mejorando la calidad de vida para evitar incomodidades, problemas físicos, disminución de la autoestima y aislamiento.

Para establecer prevención secundaria, es necesario conocer el patrón miccional del paciente y darle educación sanitaria, explicándole lo que debe y tiene que hacer y animándole a que lo haga.

Como medidas generales podemos citar:

- Mantener la higiene diaria y después de cada micción
- Poner un horario para ir al cuarto de baño
- Disponer de servicios accesibles
- Evitar los botones, cremalleras y usar prendas cómodas
- Evitar el estreñimiento
- Beber lo adecuado y necesario (2-3 litros/día)
- No ingerir mucho líquido en la cena
- Evitar excitantes como el alcohol, té café...
- Evitar los diuréticos, o intentar tomarlos por la mañana
- Evitar hierbas medicinales con efectos diuréticos

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

En la actualidad se trata de una situación subdiagnosticada, que, en relación con las afecciones urológicas, está considerado un suceso con alta incidencia y prevalencia¹⁸; no obstante, solo un reducido número de personas que la padecen solicitan atención médica o información sobre el tema. Lo más usual es que modifiquen sus actividades de la vida diaria para sobrellevar los síntomas, evitando reuniones sociales o actividades físicas, limitando la ingesta hídrica para evitar visitas al aseo o usando protectores, entre otros¹⁹.

Pese a que la Incontinencia Urinaria no supone un riesgo vital, puede generar un alto impacto psicológico, social, físico, higiénico, mental y económico para la persona que lo sufre. En esto influye tanto el tipo de incontinencia, como la frecuencia, la severidad y el impacto o malestar que causan los síntomas. Todo el proceso repercute en el área psicológica produciendo: pérdida de autoestima, depresión, sentimientos de culpa, alteraciones de la imagen corporal, ansiedad, tendencia al aislamiento, cambios de humor e irritabilidad, alteraciones de las relaciones interpersonales²⁰.

3.1 Datos epidemiológicos.

El análisis epidemiológico incluye aspectos como la frecuencia de las pérdidas de orina, la cantidad, el tipo de Incontinencia y la influencia en la Calidad de Vida diaria.

En el hombre, generalmente es de tipo multifactorial, coexistiendo con otros síntomas como el flujo de micción débil, el goteo post miccional o la impotencia. La prevalencia se sitúa entre el 5 al 11%, observándose incremento según aumenta la edad. Con respecto al tipo, existe una mayor proporción de Incontinencia de urgencia, seguida de Incontinencia mixta y de esfuerzo. En todos los estudios realizados a hombres queda reflejada la evidencia de un tipo de Incontinencia no clasificada. El observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) estima con sus datos que la prevalencia global estimada es del 7% (3.6-17%) pudiendo alcanzar en mayores de 65 años del 14 al 29% llegando a ser mayor del 50% en personas mayores de 85% institucionalizadas.

En la mujer, la prevalencia crece durante la vida adulta, siendo a los 20 años alrededor del 20%, se incrementa a la edad de 50 años entre el 30 y 40% y se estabiliza a los 70 años en el 70%. El tipo más común es la Incontinencia de esfuerzo y la prevalencia de incontinencia severa se sitúa entre el 6 y 10% en la mayoría de los estudios. Los factores de riesgo son el envejecimiento, la maternidad, la presencia de síntomas urinarios y el deterioro funcional. Los datos estimados se encuentran ligeramente en discordia con los obtenidos por el ONI, en los que se estima en un 24% aumentando al 30-40% en mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas.

En el anciano se ha demostrado que el deterioro cognitivo está directamente relacionado con la incontinencia y que, además en los casos de demencia se multiplica por 2,3. Según la ONI la prevalencia de Incontinencia Urinaria global se estima entre el 15 y 50%, siendo los hombres entre el 14 y el 30% y en mujeres oscila entre el 16 y 51%. Con respecto a la proporción entre ambos sexos, es mayor en la mujer por encima de 65 años hasta los 85

que tiende a igualarse. En los ancianos institucionalizados la proporción varía entre el 43 y 77%²¹.

4. JUSTIFICACIÓN.

La incontinencia urinaria tiene un gran impacto sobre la salud del que la padece, tanto en aspectos físicos como psicológicos y sociales. Además, se trata de una afección que va en aumento a nivel mundial, dado que también van en aumento los factores que predisponen su aparición.

Al detectar que la cifra de personas que sufren los signos y síntomas de la Incontinencia Urinaria es directamente proporcional al bajo nivel de información que reciben por parte de los servicios sanitarios, se decide poner en práctica este proyecto de intervención educativa con la intención de proporcionar a la población seleccionada información y educación sanitaria. De este modo, lograremos que el usuario sepa si es candidato de riesgo para sufrir incontinencia urinaria y sea capaz de prevenirla, detectar su aparición a tiempo para diagnosticarla como tal y, si la padece, que conozca el tipo de incontinencia que sufre, cómo tratarla y hasta erradicarla.

5. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN.

Los objetivos deberán ser fácilmente medibles y alcanzables, por tal motivo consideramos un objetivo principal que será:

- **Objetivo general:**

- Proporcionar la información y educación sanitaria a los sujetos seleccionados del centro de salud Ofra-Miramar en calidad de incontinencia urinaria.

- **Objetivos específicos:**

- Evaluar la respuesta de la población intervenida ante los diferentes tipos de herramientas utilizadas (presentación en Power-Point, tríptico informativo, materiales educativos...).

- Conocer el grado de conocimientos adquiridos en la charla y medir el nivel de satisfacción generado en los sujetos (cuestionario de evaluación y satisfacción.).
- Fomentar la concienciación de los asistentes ante la importancia que reúne el tema expuesto; que conozcan los diferentes lugares a los que acudir en caso de padecer el problema o ser susceptible a padecerlo y, también, las diferentes técnicas de detección, prevención y tratamiento existentes.
- Conseguir que se le dé, dentro de Atención Primaria, un mayor abordaje al problema de salud; incrementando la información para los usuarios, realizando actividades formativas de este tipo y mejorando las técnicas de detección.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1. Diseño/desarrollo de la intervención

El tipo de estudio elegido se trata de un proyecto de intervención educativa con metodología cuantitativa descriptiva no experimental, en el que se tratará de impartir promoción y prevención en materia de incontinencia urinaria, procediendo posteriormente a analizar el nivel de conocimientos adquiridos, así como el grado de satisfacción de los participantes mediante cuestionario de elaboración propia.

6.1.1. Diseño y programación

La intervención educativa constará de dos sesiones cuyos ejes temáticos y epígrafes se encuentran en el marco teórico de este trabajo. La distribución se realizará de la siguiente manera:

- Sesión 1:
 - Incontinencia Urinaria. Concepto
 - Tipos de Incontinencia Urinaria
 - Detección y diagnóstico de la Incontinencia Urinaria
 - Tratamientos para la Incontinencia Urinaria
 - Prevención de la Incontinencia Urinaria
- Descanso
- Sesión 2:
 - Realización de cuestionario de evaluación y satisfacción.

6.1.2. Desarrollo

La intervención se desarrollará a lo largo del mes de marzo de 2017, con motivo del día internacional de la Incontinencia Urinaria, 14 de marzo.

Se impartirán un total de 2 charlas al día, una en horario de mañana y otra en horario de tarde, de lunes a viernes, siendo un total de 40 charlas, con acceso limitado de 40 usuarios, previamente seleccionados, en cada una de ellas.

6.1.3. Temporalización

- Sesión 1: La duración estimada de la charla/exposición será de treinta minutos.
- Descanso: Entre sesión y sesión, los pacientes tendrán 15 minutos de descanso.
- Sesión 2: Los pacientes dispondrán de 15 minutos para rellenar el cuestionario de evaluación.

6.2. Metodología.

6.2.1. Principios inspiradores

- La intervención educativa está centrada en el derecho a la información y a la educación sanitaria unida a la desinformación existente ante el problema de salud.
- Acabar con el estigma social ante este tipo de afección.

6.2.2. Principios metodológicos

- Participación activa, evaluación y reflexión.

6.2.3. Estrategias metodológicas

- Conocimiento, sensibilización y concienciación.
- Discusión y reflexión.
- Puesta en común de ideas.

6.2.4. Herramientas

- Tríptico informativo.
- Presentación en soporte informático.
- Proyección de imágenes.
- Cuestionario de evaluación y satisfacción de elaboración propia.

6.3. Población diana, muestra y ámbito de estudio.

El proyecto de intervención educativa recoge a todos los sujetos, mujeres y hombres, mayores de edad, que pertenezcan a la zona básica de salud de Ofra, en concreto al centro de salud Ofra-Miramar, nuestro ámbito de estudio. Este centro de salud acoge un total de 13.953 usuarios mayores de edad de ambos sexos.

El tamaño de la muestra se calcula que será de aproximadamente de 1600 personas. Establecemos como criterios de inclusión a sujetos del centro de salud Ofra-Miramar, mujeres y hombres, mayores de 18 años y seleccionados por sus médicos de familia y enfermeros responsables, que estén actualmente diagnosticados de Incontinencia Urinaria y posean dos o más factores de riesgo; y como criterios de exclusión, a todos los sujetos menores de 18 años, pacientes institucionalizados o que no pueden desplazarse al centro, con barreras culturales, ideológicas o psicológicas y a la población no seleccionada por médicos de familia y enfermeros responsables.

Como hemos dicho anteriormente, el médico de familia y enfermero de la consulta de adultos, serán los encargados de seleccionar a la población asistente a las diferentes intervenciones educativas que se impartirán. El centro consta de cuatro médicos de familia y cuatro enfermeros de adultos. Cada uno de ellos seleccionará a un número aproximado de 200 sujetos, siendo un total de 1600 usuarios seleccionados.

6.4. Variables e instrumentos de medida.

6.4.1. Sociodemográficas:

- Edad: Variable cuantitativa que se expresará en años.
- Sexo: Variable cualitativa que se expresará en género.
- Nivel de estudios: Variable cualitativa que se expresará en el nivel de estudios alcanzados.

6.4.2. Nivel de conocimientos adquiridos: Variable cuantitativa que se expresará en términos dicotómicos de (“No, Más o menos, Si”). Se valorará en una escala del 0 al 5, siendo 0 “No”, 3 “Más o menos” y 5 “Si”; puntuando de manera simple los ítems, obteniendo la puntuación directa del sumatorio del valor que se le haya dado a cada respuesta.

6.4.3. Satisfacción personal: Se medirá a partir de variables cuantitativas y cualitativas que se expresará en términos policotómicos de (“Muy alto, Alto, Norma, Bajo, Muy bajo”) y otras opciones de respuesta. Se valorará

en una escala del 5 al 0, siendo 5 “Muy alto” y 0 “Muy bajo”; puntuando los ítems de manera simple, obteniendo la puntuación directa del sumatorio del valor que se le haya dado a cada respuesta.

Los ítems correspondientes al apartado de evaluación, suman un total de 30 puntos. Los ítems correspondientes al apartado de satisfacción personal, suman un total de 55 puntos; siendo la puntuación total del cuestionario de 85 puntos. Esta cifra se traducirá a porcentaje, tratándose en una escala del 0% al 100%, Nada satisfactoria a Muy satisfactoria.

También se prevé obtener resultados previsibles al cruzar las variables de estudio, basándonos en datos estadísticos obtenidos en la bibliografía.

6.5. Actividades.

Al finalizar la exposición, se realizará una discusión y reflexión, en la que el educador sanitario haga participar a los participantes. Antes de proceder al descanso, se tratará de terminar la primera sesión con una puesta en común de ideas.

6.6. Recursos.

6.6.1. Recursos humanos

Sólo se precisa de un educador sanitario, con preparación en desarrollo de charlas y lectura de imágenes proyectadas.

6.6.2. Recursos materiales

- Aula formativa
- Pantalla digital o retroproyector
- Ordenador
- Tríptico informativo
- Cuestionario de elaboración propia y auto-administrado

6.7. Consideraciones éticas.

Para realizar este trabajo se requiere el consentimiento de la directiva del centro de salud pertinente, en este caso Ofra-Miramar, para darnos los datos de la población de su zona de salud correspondiente. Le expondremos a la directiva del centro de salud nuestras

intenciones; se pretende mejorar la calidad y cantidad de la información que poseen los usuarios acerca de la Incontinencia Urinaria. Para ello, realizaremos una intervención educativa y evaluaremos el grado de conocimientos adquiridos y la satisfacción personal. También se pretende concienciar en la materia a los centros de salud para que integren más programas educativos de Incontinencia Urinaria. Una vez finalizado nuestro proyecto, se le remitirá al centro de salud un informe detallado con nuestras conclusiones.

En cuanto a la confidencialidad de los sujetos, tanto en su participación en la presentación, como en la realización del cuestionario final; se le informará que todo el proceso se realizará de manera anónima, respetando su confidencialidad; y además rellenará un documento de confidencialidad que le protegerá legalmente (Anexo 4).

7. EVALUACIÓN Y RESULTADOS PREVISIBLES.

Dadas las características de la intervención, el tipo de evaluación que se impone es la evaluación de resultados, donde se tendrá en cuenta la participación de los sujetos durante la actividad y basándonos en los datos recogidos en el cuestionario auto-administrado.

Los resultados previsibles son:

- En cuanto a la respuesta de la población intervenida ante las diferentes herramientas se prevé que haya mayor aceptación entre los jóvenes, o grupo de edad comprendido entre los 18 y 40 años. Diferenciando entre hombres y mujeres, los hombres conseguirán ser captados más fácilmente por medio del soporte visual (presentación Power-Point), mientras que las mujeres reaccionarán mejor ante el soporte en papel (tríptico). Teniendo en cuenta el nivel de estudios alcanzados, se espera que, a mayor nivel de estudios, menor dificultad para la aceptación y familiarización con las herramientas de trabajo; y, por el contrario, a menor nivel de estudios, mayor dificultad para familiarizarse con las herramientas.
- Se espera una mayor participación en la intervención educativa del grupo femenino, acudiendo más mujeres que hombres, teniendo en cuenta todos los grupos de edad en general. En el caso de los hombres, la asistencia a la actividad, se verá incrementada en los grupos de edad mayores de 65 años.

- Refiriéndonos al grado de conocimientos adquiridos, se prevé que la cantidad y calidad de información recibida sea mayor en los grupos de edad comprendidos entre los 18 y 40 años, con cierto grado de dificultad para el grupo de edad de entre 40 y 65 años, y con gran grado de dificultad e incluso con evaluación negativa entre los asistentes mayores de 65 años. También variará según el nivel de estudios, previendo una adquisición de conocimientos menor en los usuarios con estudios básicos, una cantidad y calidad de conocimientos mayor en los participantes con estudios obligatorios y postobligatorios; y los asistentes con estudios superiores se mostrarán menos satisfechos, ya que se trata de una información básica que pretende ser entendida e integrada por todos los participantes.
- Del grado de satisfacción obtenido tras el desarrollo de la intervención y actividades, se espera que sean mayor porcentaje de sujetos satisfechos las mujeres de corta y mediana edad (18-65 años), con estudios superiores o postobligatorios. En cuanto a los hombres, se reflejará un mayor grado de satisfacción entre el colectivo medio (40-65 años) y mayores de 65 años.

8. CRONOGRAMA

<u>CRONOGRAMA</u> <u>2017</u>	<u>ENERO</u>			<u>FEBRERO</u>			<u>MARZO</u>			<u>ABRIL</u>		<u>MAYO</u>
Revisión de la literatura	X											
Contextualización del problema	X	X										
Redactar la intervención educativa			X	X								
Realizar la presentación en formato Power-Point					X							
Realizar el tríptico informativo						X						
Realizar encuesta y validación de la misma							X					
INTERVENCIÓN EDUCATIVA							X	X	X	X		
Resultados										X		
Discusión y Conclusión											X	
Divulgación (aplicabilidad)												X

9. APLICABILIDAD.

La profesión enfermera te cualifica para ser educador sanitario y, por lo tanto, debemos hacer uso de ello, ser ambiciosos con nuestro trabajo y expandirnos todo lo que nuestra formación profesional nos permita.

El proyecto de esta intervención educativa tiene su origen en la detección de la falta de información que reciben los usuarios en materia de Incontinencia Urinaria por parte del personal sanitario, y por la falta de información en sí a la que tienen acceso en sus centros de salud de Atención Primaria, siendo estos el primer escalón en promoción y prevención de la salud. A parte de esto, queda patente que este tipo de afecciones se mueve en torno a estigmas sociales que hacen que las personas que lo padecen se muestren reacios a informarlo o, incluso, lo vivan como una situación "normal".

Dado que no se trata de una situación de normalidad y que los resultados previsibles de la intervención educativa demuestran que podría haber un cambio de mejora en la población, se pretende crear una serie de estrategias con las que dar significado a la creación de este proyecto de intervención educativa. Utilizándola también para expandirnos y llegar lo más lejos posible, dentro de nuestras competencias profesionales, en lo que a promoción y prevención de la salud respecta. De este modo, propongo las siguientes estrategias:

9.1. A corto plazo:

A corto plazo, tras la realización de la intervención educativa y la evaluación de la misma, procederé a la divulgación de los resultados en la comunidad científica. Esto se puede lograr por medio de aplicaciones como son la publicación de nuestro proyecto en revistas científicas reconocidas, presentando nuestros trípticos informativos en congresos, llevando a cabo la expansión de la información por los diferentes centros de salud de la isla, publicando nuestra intervención educativa en las páginas webs oficiales de Salud Pública...

9.2. A medio plazo:

A medio plazo, se pretende crear un equipo multidisciplinar, es decir, que al equipo de trabajo se unan especialistas como matronas, fisioterapeutas, ginecólogos, urólogos, farmacéuticos; todo ello con la intención de mejorar nuestra intervención educativa, actualizando la información, realizando acciones de mejora con las herramientas utilizadas introduciendo patrones de calidad en las mismas. Y, de esta forma, poder expandirnos hasta abarcar la mayor población posible.

9.3. A largo plazo:

Una vez lograda esta expansión, pasaríamos al último escalón, presentar nuestro proyecto ante los gestores de salud, argumentando que se trata de un tema con gran relevancia en cuanto a la salud de la población se refiere. Para ello nos apoyaríamos en demostrar que este tipo de actividades de carácter educativo no suponen grandes gastos en sanidad pública y que con pocos fondos económicos y recursos se pueden lograr grandes cambios en la salud de la población. En este caso concreto, en materia de prevención, detección y actuación ante la incontinencia urinaria.

Una vez aceptado nuestro proyecto, se pasaría a crear un equipo aún mayor, integrando a nuevos formadores preparados por nosotros mismos; siendo esta una de las más importantes competencias de la profesión enfermera, convertirte en formador de formadores.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.*2010;29(1):4-20. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941278
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Madrid: OMS;2000[actualizado 26 marzo de 2016; citado 29 marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
3. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev Col Cardiol.* 2007;14(4):207-22. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-articulo-actividad-fisica-calidad-vida-relacionada-13154399>
4. Badía LLuch X, Castro Díaz DE, Cabañas Perales L, Peña Outeriño JM, Martínez Agullo E, Conejero Sagrañes J, et al. Elaboración y validación preliminar del cuestionario para la clasificación clínica de la incontinencia urinaria IU-4. *Actas Urol Esp* 1999; 23:565-72. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tratamiento-incontinencia-urinaria-13037460>
5. Swim A, Hunskar S. Female urinary incontinence the role of the general practitioner. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2000; 79:1046-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313262/>
6. Bristow SE, Hilton P. Assessment and investigations for urinary incontinence. *Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14:227-49. Disponible en: http://www.lesionadomedular.com/archivos/almacen/urinary_mono.pdf
7. Verdejo Bravo C, Salinas Casado J, Virseda Chamorro M, Rexach Cano L, Ador Zurbano JM, Ribera Casado JM. Hacia un método simplificado de tipificación de la incontinencia urinaria del anciano, basado en el análisis multivariante de 948 casos. *Arch Esp Urol* 1999; 52:440-50. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>

8. J. Blaivas, L. Romanzi, D. Heritz. Urinary Incontinence: Pathophysiology, Evaluation, Treatment Overview, and Nonsurgical Management. Campbells Urology (7th), WB Saunders (1998). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701536>
9. Moore KH. Conservative management for urinary incontinence. Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:207-26. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tratamiento-incontinencia-urinaria-13037460>
10. Andersson KE. Drug therapy for urinary incontinence. Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:291-313. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2002/11000/Drug_Therapy_of_Urinary_Urge_Incontinence_A.31.aspx
11. R.J. Millard, K. Moore, R. Rencken, I. Yalcin, R.C. Bump. Duloxetine Vs Placebo in The Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Four-Continent Randomized Clinical Trial. Bju International (93) (2004), pp. 311–318. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764128>
12. R. Appell. Campbell's Urology, Periurethral injection therapy (7th), WB Saunders (1998). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003881/full>
13. Kirchin V, Page to, Keegan P, Atiemo K, Cody J, McC linton S. Urethral injection therapy for urinary in continence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 09, Art. No. C D003881. DOI: 10.1002/14651858.CD003881.pub2. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701536>
14. G. Karsenty, P. Denys, G. Amarenco, M. De Seze. Botulinum toxin A (Botox) intradetrusor injections in adults with neurogenic detrusor over activity/neurogenic overactive bladder: a systematic literature review. Eur Urol, 53 (2) (2008), pp. 275–

287. Disponible en: [http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(07\)01264-X/pdf/botulinum-toxin-a-botox-x000ae-intradetrusor-injections-in-adults-with-neurogenic-detrusor-overactivity-neurogenic-overactive-bladder-a-systematic-literature-review](http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(07)01264-X/pdf/botulinum-toxin-a-botox-x000ae-intradetrusor-injections-in-adults-with-neurogenic-detrusor-overactivity-neurogenic-overactive-bladder-a-systematic-literature-review)
15. P. Abrams, K.E. Andersson, L. Birder. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol Urodyn*, 29 (1) (2010), pp. 213–240. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20025020>
16. Jarvis GJ. Surgery for genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101:371-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938552/>
17. Jiménez Calvo Y, Hualde Alfaro A, Santiago De Pablo Cárdenas A, et al. TVT (cinta libre de tensión) nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo. *Arch Esp Urol* 2000; 53:9-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007001000007
18. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int.* 2013;90(1):1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22868349>
19. Ragins AI, Shan J, Thom DH, Subak LL, Brown JS, Van Den Eeden SK. Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. *J Urol.* 2008;179(2):651-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18082212>
20. Martínez B, Salinas AS, Giménez JM, Donate MJ, Pastor H, Virseda JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008;32(2):202-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062011000800004

21. Observatorio Nacional de la Incontinencia, ONI [Internet]. España: Observatorio Nacional de la Incontinencia [citado el 25 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/>

11. ANEXOS

- **Anexo 1: Solicitud de permiso para realizar intervención educativa y actividades de formación en el centro de salud Ofra-Miramar.**

Estimado Sr. Director: Juan Sebastián Melián Santana:

Me pongo en contacto con usted, como miembro del colectivo enfermero y de educadores sanitarios, para solicitar su autorización para realizar en el centro de salud que usted dirige, Ofra-Miramar, con dirección en Avda. Príncipes de España, 38010 Santa Cruz de Tenerife, una actividad formativa del tipo intervención educativa.

Dicha actividad abordará el problema de salud de la Incontinencia Urinaria. Se realizará durante el mes de marzo de 2017, de lunes a viernes, con dos sesiones (mañana y tarde), con motivo del día internacional de la incontinencia urinaria, 14 de marzo.

Se pretende impartir una charla, apoyada en presentación Power-Point y tríptico informativo; y la posterior realización de una encuesta de que nos permitirá conocer los conocimientos adquiridos, el grado de satisfacción y los cambios a realizar de cara a futuras intervenciones.

La actividad será guiada por un educador sanitario, en este caso una enfermera. Ella misma se encargará de dejar el aula formativa en las mismas condiciones que al inicio de la actividad.

Considerando que la intervención educativa es positiva para los pacientes, ya que se trata de un tema con déficit de información y formación; y que no se prevén problemas para el desarrollo de la misma, solicitamos que autorice la realización de dicha actividad en el centro de salud Ofra-Miramar en las fechas indicadas anteriormente.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN:

- **NOMBRE:** Eva Hernández Mengibar
- **DNI:** 79070632J
- **TELÉFONO:** 619875115
- **CORREO ELECTRÓNICO:** eva_hm1989@hotmail.com

TÍTULO DEL PROYECTO: Intervención educativa en materia de Incontinencia Urinaria. Detección y actuación.

• **Anexo 2: Tríptico informativo.**

INCONTINENCIA URINARIA

Quando se pierde el control de la micción, estamos ante el problema de la "incontinencia urinaria". Entre las causas se puede encontrar:

- Una contracción insuficiente de los músculos del esfínter
- Una contracción incontrolada o insuficiente de la vejiga
- La presencia de un obstáculo situado en la salida de la vejiga
- Una alteración mas o menos completa de la transmisión del reflejo nervioso entre la vejiga, la médula espinal y el cerebro

Detrás de todas estas alteraciones, puede haber diferentes factores de riesgo:

- Antecedentes: embarazos, partos traumáticos, intervenciones ginecológicas, cirugía de próstata, etc.
- Problemas médicos: Parkinson, patología de la médula espinal, diabetes, IC, ITU, estreñimiento, demencia, infartos cerebrales, hidrocefalia, etc.
- Consumo de medicamentos: diuréticos, hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos, anticolinérgicos, opiáceos, etc.
- Situación personal y social: imposibilidad para ir al baño, ausencia de cuidadores, etc.

TIPOS DE IU

- INCONTINENCIA DE URGENCIA:
- INCONTINENCIA DE ESFUERZO
- INCONTINENCIA MIXTA
- INCONTINENCIA DE REBOSAMIENTO

TRATAMIENTO

- Modificar y adecuar el entorno para facilitar el acceso al cuarto de baño
- Corregir los factores que la producen
- Técnicas de modificación de la conducta: Vaciar la vejiga en horarios concretos antes de tener deseo de orinar; ejercicios de musculatura de Kegel (detener el flujo de la orina, dos o tres paradas breves cada vez que orine, varias veces al día contraer los músculos de la vejiga y aguantar tres segundos, aumentar la duración de contracción hasta 10 segundos.
- Farmacológico/Quirúrgico
- Tratamientos paliativos: absorbentes (empapadores), bolsas de orina, colectores de orina

TIPOS DE IU

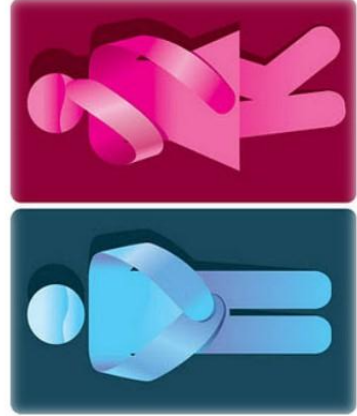
- INCONTINENCIA DE URGENCIA:
- INCONTINENCIA DE ESFUERZO
- INCONTINENCIA MIXTA
- INCONTINENCIA DE REBOSAMIENTO

TRATAMIENTO

- Modificar y adecuar el entorno para facilitar el acceso al cuarto de baño
- Corregir los factores que la producen
- Técnicas de modificación de la conducta: Vaciar la vejiga en horarios concretos antes de tener deseo de orinar; ejercicios de musculatura de Kegel (detener el flujo de la orina, dos o tres paradas breves cada vez que orine, varias veces al día contraer los músculos de la vejiga y aguantar tres segundos, aumentar la duración de contracción hasta 10 segundos.
- Farmacológico/Quirúrgico
- Tratamientos paliativos: absorbentes (empapadores), bolsas de orina, colectores de orina

RECOMENDACIONES

- Eliminar los obstáculos para llegar hasta el cuarto de baño o facilitar orinal o cuña sanitaria
- Beber de 1,2-2 litros al día y aumentar fibra para prevenir estreñimiento. Si la incontinencia es nocturna, disminuir líquidos a partir de la tarde
- Reducir el consumo de café, té, alcohol y otros excitantes
- Mantener la actividad diaria
- Cuidar nuestra higiene íntima para evitar infecciones
- Escoja los absorbentes que mejor se adecúen a sus necesidades
- Acuda a su profesional sanitario



¿CÓMO APARECE LA IU?

*Las pérdidas
involuntarias de
orina son causadas
por un mal
funcionamiento de la
vejiga y de la
m musculatura del suelo
pélvico o también por
un fallo en el control
por parte del sistema
nervioso*



Educador Sanitario

- **Anexo 3: Cuestionario de evaluación.**

Se pretende evaluar los conocimientos adquiridos en la exposición del tema. Conocer el grado de satisfacción con la misma y los posibles aspectos a mejorar de cara a intervenciones futuras. El cuestionario es totalmente anónimo.

1. Usted es (señale cuál): MUJER HOMBRE
2. Por favor, escriba su fecha de nacimiento:/...../.....
3. Marque el nivel de estudios alcanzados:
 - a) Enseñanza básica (educación primaria)
 - b) Enseñanza obligatoria (E.S.O)
 - c) Enseñanza secundaria postobligatoria (bachillerato)
 - d) Educación superior (ciclos formativos superiores, universidad...)
 - e) Otros. Indique cuál.....
4. Después de la intervención educativa, ¿sabe a dónde acudir en caso de padecer un problema de este tipo?
 - a) No
 - b) Más o menos
 - c) Si
 - d) En caso de contestar "Si", ¿a dónde?:
5. Le queda claro los tipos de Incontinencia Urinaria existentes y porqué suceden cada uno de ellos:
 - a) No
 - b) Más o menos
 - c) Si
6. Finaliza la intervención con una idea clara de las terapias y tratamientos posibles ante este tipo de afección:
 - a) No
 - b) Más o menos
 - c) Si
7. ¿Considera que existe falta de información por parte de los servicios sanitarios, y en concreto, en su centro de salud, con respecto a este tema?
 - a) No
 - b) Más o menos
 - c) Si

8. ¿Le gustaría que se realizaran más actividades de este tipo en su centro de salud?

- a) No
- b) Si
- c) Me es indiferente

9. En el caso de realizarse una futura intervención, ¿acudiría a la misma?

- a) No
- b) Si

Su opinión sobre la charla nos permitirá mejorar las actividades de formación de cara a futuras intervenciones. Indique la valoración que le merecen los siguientes aspectos:

1. Claridad y entendimiento de los conceptos impartidos:

- a) Muy alta
- b) Alta
- c) Normal
- d) Baja
- e) Muy baja

2. Selección de contenidos:

- a) Muy alta
- b) Alta
- c) Normal
- d) Baja
- e) Muy baja

3. Profundidad en el tratamiento de los contenidos:

- a) Muy alta
- b) Alta
- c) Normal
- d) Baja
- e) Muy baja

4. Calidad en la presentación de los contenidos:

- a) Muy alta
- b) Alta
- c) Normal
- d) Baja
- e) Muy baja

5. Capacidad del educador sanitario para explicar con claridad los conceptos y contenidos de la intervención:
 - a) Muy alta
 - b) Alta
 - c) Normal
 - d) Baja
 - e) Muy baja
6. Utilización de recursos:
 - a) Muy alta
 - b) Alta
 - c) Normal
 - d) Baja
 - e) Muy baja
7. El material del curso le ha resultado útil:
 - a) Muy alta
 - b) Alta
 - c) Normal
 - d) Baja
 - e) Muy baja
8. Satisfacción de las expectativas personales:
 - a) Muy alta
 - b) Alta
 - c) Normal
 - d) Baja
 - e) Muy baja
9. La duración de la intervención educativa ha sido:
 - a) Corta
 - b) Adecuada
 - c) Larga
10. Valoración del curso en conjunto:
 - a) Muy alta
 - b) Alta
 - c) Normal
 - d) Baja
 - e) Muy baja

10. Grado de dificultad a la hora de contestar este cuestionario:

- a) Muy alta
- b) Alta
- c) Normal
- d) Baja
- e) Muy baja

- **Anexo 4: Formulario de confidencialidad:**

Yo, Eva Hernández Mengíbar con DNI: 79070632J, enfermera con número de colegiado: 0956241 hago de su conocimiento que la responsable del Tratamiento de los datos personales y datos personales sensibles que son incorporados a nuestro estudio, como parte del contrato de Prestación de Programa de Intervención Educativa, celebrado por el equipo de Atención Primaria...

....., lo es la persona moral mencionada anteriormente y el Centro de Salud Ofra-Miramar, con domicilio ubicado en Avda. Príncipes de España, 38010 Santa Cruz de Tenerife. Teléfono: 922 67 51 14. Director: Juan Sebastián Melián Santana. Subdirector: Aida Baigurri López.

Así mismo hacemos de su conocimiento que toda la información que se recabe y sea almacenada en nuestra base de datos personales, cuenta con los medios de seguridad necesarios para no ser manipulada por personas ajenas a este proyecto y será manejada con absoluta confidencialidad, y tanto la obtención, uso, divulgación y almacenamiento, solo será realizado con el objeto y finalidad de brindarle una atención sanitaria adecuada, así como dar debido cumplimiento a las obligaciones derivadas del contrato de prestación de servicios en Atención Primaria, por lo que en virtud de lo anterior y a partir de que usted otorga a nuestra entidad el presente consentimiento, nos está autorizando para tener en nuestros registros físicos y electrónicos toda la información que nos haya sido facilitada por usted a través de cualquiera de los medios que le hayan sido requeridos a efecto de recabar sus datos personales.

En Santa Cruz de Tenerife, a dede

DNI:

Firma:

