

DICIEMBRE DE 2020

Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos

Cuarta edición



Aviso legal

Estas guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras, otros profesionales del equipo interprofesional, o las instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso escrito de RNAO. En todo el material copiado ha de aparecer la correspondiente citación o referencia de la siguiente manera:

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). A proactive approach to bladder and bowel management in adults. 4th ed. Toronto (ON): RNAO; 2020. [Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos. 4ª ed.].

Financiación

Este programa está financiado por el Gobierno de Ontario. Todo el trabajo producido por RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.

Declaraciones de conflicto de interés

En el contexto del desarrollo de las Guías de buenas prácticas (GBP) de RNAO, el término “conflicto de interés” hace referencia a aquellas situaciones en las que las relaciones económicas, profesionales, intelectuales, personales, institucionales o de otro tipo de un miembro del panel de expertos o del personal de RNAO pueden comprometer su capacidad de llevar a cabo de forma independiente el trabajo necesario para el desarrollo de esta Guía. Todos los miembros del panel de expertos de RNAO realizaron antes de su participación en el desarrollo de la guía declaraciones de conflicto de interés que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, mediante un formulario estándar. Cada miembro del panel actualizó esta declaración en cada reunión presencial para el desarrollo de la Guía y previo a su publicación. Todos y cada uno de los conflictos de interés declarados por los miembros del panel han sido revisados por el Equipo de Investigación y Desarrollo de las GBP de RNAO y por las copresidentas del panel de expertos. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Se puede consultar el “Resumen de las declaraciones de Conflicto de Interés” en

<https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Información de contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
500-4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9
Website: www.RNAO.ca/bpg



Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos

Cuarta edición

Saludo de Doris Grinspun, Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se complace en ofrecer la cuarta edición de la guía de buenas prácticas clínicas en enfermería (GBP) *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos*. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la atención que los profesionales de la salud ofrecen en su práctica clínica diaria.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra visión de las guías de buenas prácticas. En primer lugar y el más importante, al Gobierno de Ontario, que ha reconocido la capacidad de RNAO para liderar el desarrollo de este programa y que ofrece para ello su financiación. También queremos dar las gracias a las copresidentas del panel de expertos de RNAO, Kathleen Hunter (professor, University of Alberta) y Jennifer

Skelly (associate professor, McMaster University), por su inestimable experiencia y excelente gestión en la presente GBP. Nuestro reconocimiento al personal de RNAO Nafsin Nizum (líder de Desarrollo de la Guía), Greeshma Jacob (metodóloga del desarrollo de la Guía), Verity Scott y Glynis Gittens (coordinadoras de Proyecto), Megan Bamford (antigua directora asociada, desarrollo y evaluación de guías) y al resto del equipo de Investigación y Desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas por su intenso trabajo para la producción de la presente Guía. Por último, no podemos dejar de agradecer muy especialmente a los miembros del panel de expertos por dedicar generosamente su tiempo, conocimientos y puntos de vista para crear un recurso basado en la evidencia riguroso y sólido, que orientará la formación y la práctica de millones de profesionales sanitarios. ¡No podríamos haberlo conseguido sin vosotros!

El uso exitoso de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de educadores, profesionales clínicos, empleadores, legisladores, investigadores y financiadores. La comunidad enfermera y sanitaria en general, con su inquebrantable compromiso y búsqueda de la excelencia en los cuidados al paciente, ofrece sus conocimientos técnicos, así como innumerables horas de trabajo voluntario, esencial para el desarrollo de cada nueva Guía de buenas prácticas y las siguientes ediciones. Las instituciones han respondido con entusiasmo, convirtiéndose en Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (BPSO®), promocionando impulsores de buenas prácticas, implantando las guías y evaluando su impacto en los resultados de pacientes y organizaciones. Los gobiernos nacionales y extranjeros también se han unido a este esfuerzo. Juntos, estamos construyendo una cultura de práctica basada en la evidencia que nos beneficia a todos.

Le invitamos a que comparta esta guía con sus colegas enfermeros y de otras profesiones, con los asesores de los pacientes que colaboran con las instituciones y con los organismos gubernamentales con los que trabaje. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos debemos asegurarnos de que los usuarios reciban los mejores cuidados posibles cada vez que entren en contacto con nosotros: ¡hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de este importante esfuerzo!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O. ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

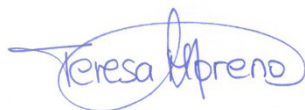
Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales

de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).



Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Instituto Carlos III de España.

Madrid, Diciembre 2020

Tabla de Contenidos

ANTECEDENTES	Cómo utilizar este documento	6
	Objetivos y ámbito de aplicación	7
	Interpretación de la Evidencia y Fuerza de las Recomendaciones	12
	Resumen de Recomendaciones	16
	Evaluación de la Guía	20
	Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO	27
	Panel de expertos de RNAO	29
	Agradecimiento a los colaboradores	30
	Antecedentes	35
RECOMENDACIONES	Recomendaciones para la incontinencia urinaria	38
	Recomendaciones para la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento	57
	Lagunas en la investigación e implicaciones futuras	78
	Estrategias de Implantación	81
REFERENCIAS	Referencias	83

Tabla de Contenidos

Anexo A: Glosario	91	ANEXOS
Anexo B: Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía	99	
Anexo C: Declaraciones para la formación	100	
Anexo D: Métodos de desarrollo de la Guía	106	
Anexo E: Diagramas PRISMA del proceso de búsqueda de Guías y revisiones sistemáticas	124	
Anexo F: Proceso de desarrollo de indicadores	132	
Anexo G: Algoritmo para la atención de la incontinencia urinaria	134	
Anexo H: Algoritmo para la atención del estreñimiento/la incontinencia intestinal	135	
Anexo I: Trastornos que pueden causar incontinencia urinaria	136	
Anexo J: Medicamentos que pueden causar incontinencia urinaria	138	
Anexo K: Ejemplo de diario miccional	140	
Anexo L: Cuestionarios validados para la valoración de la urgencia urinaria	141	
Anexo M: Protocolo de micción inducida	142	
Anexo N: Factores de riesgo de incontinencia intestinal	145	
Anexo O: Trastornos que pueden causar estreñimiento	147	
Anexo P: Medicamentos que pueden causar estreñimiento	149	
Anexo Q: Tabla de heces de Bristol	150	
Anexo R: Ejemplo de registro de evacuación intestinal	151	
Anexo S: Ejemplo de protocolos intestinales	153	
Anexo T: Descripción de la <i>Herramienta</i>	155	
Apoyos	156	APOYOS
Notas	159	NOTAS

Cómo utilizar este documento

Esta **Guía de buenas prácticas** (GBP)^{G*} es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para la **práctica basada en la evidencia**^G. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones de las **enfermeras**^G, el **equipo interprofesional**^G, formadores, las instituciones de servicios de salud, las instituciones académicas, y las **personas**^G y su **red de apoyo**^G. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades de centros sanitarios individuales, instituciones académicas y otros entornos de práctica, y de las preferencias de las personas (a partir de 18 años) que tienen **incontinencia urinaria**^G, **incontinencia intestinal**^G y/o **estreñimiento**^G. Este documento ofrece **recomendaciones**^G basadas en la evidencia y descripciones de: a) práctica y consideraciones sobre las políticas, (b) beneficios y daños; (c) valores y preferencias; y (d) consideraciones sobre la equidad en la salud.

Las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional, los formadores y los administradores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos y programas de formación que favorezcan la prestación de servicios. Las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional que proporcionan atención directa al paciente se beneficiarán de revisar las recomendaciones y las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones.

Si su institución adopta esta Guía, RNAO le recomienda que siga los siguientes pasos:

1. Evaluar sus políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos en relación con las declaraciones de **buenas prácticas**^G, las recomendaciones y las discusiones de apoyo a la evidencia en esta GBP.
2. Identificar las necesidades o lagunas que presentan tales políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos.
3. Anotar las recomendaciones que sean aplicables al entorno concreto y que puedan aplicarse para abordar las lagunas o necesidades de la institución.
4. Desarrollar un plan para implantar las recomendaciones, fomentar las buenas prácticas y evaluar los **resultados**^G.

Los recursos de implantación, incluida la *Herramienta de la RNAO de Implantación de guías de buenas prácticas – segunda edición* están disponibles en RNAO.ca. Puede encontrar una descripción de la Herramienta en el **Anexo T**. Para más información, véase Estrategias de Implantación (p. 81).

Todas las Guías de buenas prácticas de RNAO se pueden descargar en su sitio web RNAO.ca/bpg. Para localizar guías concretas se puede buscar por palabra clave o por tema.

Nos gustaría saber su opinión sobre esta GBP y cómo la ha implantado. Comparta su experiencia con nosotros en RNAO.ca/contact.

* A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice con el símbolo G^(G) pueden encontrarse en el Glosario, en el **Anexo A**.

Objetivos y ámbito de aplicación

Objetivos

Las Guías de buenas prácticas de RNAO son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones sobre temas específicos de tipo clínico, de entornos laborales saludables y del sistema de salud, para las enfermeras y miembros del equipo interprofesional en puestos de cuidado directo, así como para educadores, líderes, gestores, legisladores e investigadores, y para las personas que han vivido la experiencia, tanto en el sistema de salud como en instituciones académicas. Las GBP fomentan la coherencia y la excelencia en la atención clínica, las prácticas administrativas y las políticas sanitarias y la educación, lo que en última instancia conduce a resultados en salud óptimos para los pacientes, las comunidades y el sistema sanitario en su conjunto.

Esta GBP sustituye a las guías de buenas prácticas de RNAO *Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida* (2) y *Prevención del estreñimiento en personas mayores* (3), ambas actualizadas por última vez en 2011. Esta guía de buenas prácticas (GBP, o BPG por sus siglas en inglés) se centra en el manejo de la vejiga y el intestino en personas adultas (edad a partir de 18 años). En concreto, esta GBP ofrece recomendaciones basadas en la evidencia sobre estrategias efectivas para dar apoyo a adultos que sufren incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento, para mejorar la calidad de los cuidados y propiciar unos resultados en salud positivos. En esta GBP, los términos "adulto" y "persona" se usan indistintamente. Este GBP reconoce que las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento, así como sus redes de apoyo, son expertos en su propia salud y en cómo tomar decisiones; en caso de ser necesaria, la colaboración entre el equipo interprofesional, la persona que recibe la asistencia y su red de apoyo es por tanto fundamental para lograr unos mejores resultados en salud. Las recomendaciones se dirigen principalmente a miembros del equipo interprofesional no **especializados en continencia**^G.

En septiembre de 2018, RNAO convocó a un panel de expertos para determinar los objetivos de esta nueva edición de la GBP y para desarrollar **preguntas de recomendación**^G sobre las que fundamentar las **revisiones sistemáticas**^G. El panel de expertos de RNAO incluyó personas que habían vivido la experiencia, y su composición fue interprofesional, incluyendo individuos con conocimiento y experiencia en la práctica clínica, formación e investigación, procedentes de distintos entornos de atención sanitaria, instituciones universitarias, áreas de práctica clínica y sectores. Estos expertos compartieron sus puntos de vista sobre el apoyo y el cuidado de personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento en todo el proceso asistencial (p. ej., cuidados agudos, cuidados de larga duración, atención primaria y salud comunitaria, y rehabilitación).

El equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas de la RNAO y el panel de expertos llevaron a cabo una revisión y un análisis completos para determinar el alcance y la prioridad de las preguntas de recomendación para esta GBP (véase el **Anexo D**).

Ámbito de aplicación

Para determinar el ámbito de aplicación de la Guía, el equipo de desarrollo de RNAO siguió estos pasos:

- Revisar las Guías anteriores de RNAO, *Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida* (2) y *Prevención del estreñimiento en personas mayores* (3);
- efectuar una búsqueda de guías sobre este tema y un análisis de brechas;
- realizar 11 entrevistas telefónicas con informantes clave, **profesionales sanitarios**^G, educadores en enfermería, investigadores de enfermería y un defensor del paciente;

- desarrollar dos sesiones telefónicas de discusión en grupo con proveedores sanitarios, gestores de enfermería y educadores en enfermería; y
- consultar con el panel de expertos.

Esta GBP está destinada a enfermeras, miembros del equipo interprofesional y cuidadores presentes en todo el proceso asistencial (p. ej., cuidados agudos, cuidados de larga duración, atención primaria y salud comunitaria, y rehabilitación), y en todos los entornos de práctica (gestión, clínica, formación, políticas e investigación). Su uso también se orienta a organizaciones que cuentan entre sus empleados con enfermeras y miembros del equipo interprofesional, incluidas organizaciones de servicios sanitarios e instituciones académicas.

Conceptos clave empleados en esta Guía

Estreñimiento: La evacuación difícil y/o infrecuente de las heces (menos de tres deposiciones por semana) (4). El estreñimiento puede ser agudo o crónico (de más de tres meses de duración), y puede responder a diversos factores fisiológicos, mecánicos y médicos, incluido el uso de medicamentos (5). Sin embargo, el tipo más común es el estreñimiento funcional, para el que no se ha identificado una causa orgánica o médica subyacente (5).

Incontinencia intestinal: Pérdida involuntaria de heces líquidas o sólidas (6). La incontinencia intestinal puede estar causada por factores fisiológicos, mecánicos y médicos, que incluyen (pero no se limitan a) estreñimiento, lesiones musculares o debilidad muscular, lesiones nerviosas, enfermedades neurológicas, pérdida de elasticidad del recto, hemorroides o prolapso rectal (7).

Incontinencia urinaria: Pérdida involuntaria de orina causada por factores fisiológicos, mecánicos y médicos, incluyendo (pero no limitado a): debilidad de músculos pélvicos, diabetes, ciertos medicamentos, estreñimiento e infección de la vejiga (6, 8). Véase la p. 35 para consultar los tipos más frecuentes de incontinencia urinaria.

Especialista en continencia: A los efectos de esta BPG, un especialista en continencia se refiere a un proveedor de servicios sanitarios con conocimientos avanzados y experiencia en la evaluación y el tratamiento de personas que sufren incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento. Los especialistas en continencia incluyen: ginecólogos/uroginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, cirujanos colorrectales, enfermeras asesoras en materia de continencia, enfermeras estomaterapeutas (NSWOC, por sus siglas en inglés), fisioterapeutas de suelo pélvico y terapeutas ocupacionales.

Profesional sanitario: Referido tanto a los profesionales regulados (p. ej., enfermeras, médicos, nutricionistas, trabajadores sociales) como no regulados (p. ej., auxiliares personales) que forman parte del equipo interprofesional.

Profesional sanitario regulado: En Ontario, la ley sobre profesiones sanitarias reguladas, *Regulated Health Professions Act*, de 1991 (RHPA) ofrece un marco regulador de 23 profesiones sanitarias en el que se define el ámbito de práctica y la actuación controlada o autorizada propia de cada profesión que los profesionales están autorizados a ofrecer en la provisión de cuidados y servicios sanitarios (9).

Profesional sanitario no regulado: Desempeñan diversas funciones en áreas no cubiertas por la ley sobre profesiones sanitarias reguladas (*Regulated Health Professions Act*, RHPA). Son responsables ante quienes los han contratado, pero no ante ningún órgano profesional externo (p. ej., el Colegio de Enfermeras de Ontario). Desempeñan diversas funciones y realizan las tareas definidas por su correspondiente empleador y el entorno de su empleo. Los profesionales sanitarios no regulados solo están autorizados a realizar intervenciones controladas como se señala en la ley RHPA si el procedimiento se enmarca en las excepciones señaladas en dicha Ley (10).

Equipo interprofesional: Equipo constituido por individuos de diferentes profesiones (reguladas y no reguladas) que trabajan en colaboración con la persona afectada y la familia que ella ha elegido para ofrecer cuidados y servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de los distintos entornos sanitarios (11). Los miembros clave del equipo interprofesional que dan apoyo a las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento son entre otros: enfermeras (enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería, enfermeras especialistas, enfermeras asesoras en materia de continencia, enfermeras estomaterapeutas), médicos (de familia, uroginecólogos, urólogos, cirujanos colorrectales), profesionales de apoyo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y farmacéuticos. Es preciso destacar que la persona afectada y su red de apoyo ocupan siempre el centro como participantes activos del equipo. Si bien esta GBP puede aplicarse a diversos miembros del equipo interprofesional, las recomendaciones se dirigen principalmente a los proveedores sanitarios que se ocupan de la atención directa de las personas y no son especialistas en continencia.

Temas fuera del ámbito de esta Guía de Buenas Prácticas

Los siguientes trastornos y temas no entran dentro del ámbito recogido en esta GBP:

- inserción y cuidado de sondas urinarias;
- intervenciones farmacéuticas para la prevención y el manejo de la incontinencia urinaria e intestinal;
- procedimientos quirúrgicos para el manejo de la incontinencia urinaria, la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento; y
- poblaciones pediátricas (es decir, personas por debajo de 18 años de edad) que sufren incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Preguntas de recomendación

Las preguntas de recomendación son áreas prioritarias de atención identificadas por el panel de expertos que requieren una síntesis de la evidencia para responder. Estas preguntas de recomendación sirven de fundamento a las **preguntas de investigación PICO^G** (población, intervención, comparación, resultados) que guían las revisiones sistemáticas y, por tanto, sirven de base a las recomendaciones. Las siguientes son preguntas de recomendación y resultados prioritarios desarrollados por el panel de expertos que fundamentaron el desarrollo de la presente GBP. Se presentan los resultados por orden de importancia, según lo calificado por el panel de expertos.

Preguntas de recomendación para la incontinencia urinaria

- **Pregunta de recomendación 1:** ¿Se deben recomendar **estrategias de aseo^G** para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida y uso de productos para incontinencia.

- **Pregunta de recomendación 2:** ¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Resultados: Episodios de incontinencia y **limitaciones físicas^G**.

- **Pregunta de recomendación 3:** ¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Resultados: Calidad de vida, satisfacción del paciente y episodios de incontinencia.

Preguntas de recomendación para la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento

- **Pregunta de recomendación 4:** ¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?
Resultados: Episodios de incontinencia, estreñimiento y calidad de vida.
- **Pregunta de recomendación 5:** ¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?
Resultados: Frecuencia de movimiento intestinal, consistencia de las heces, uso de **laxantes**^G, episodios de incontinencia y calidad de vida.
- **Pregunta de recomendación 6:** ¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?
Resultados: Calidad de vida, acceso a cuidados, satisfacción del paciente, episodios de incontinencia y estreñimiento.
- **Pregunta de recomendación 7:** ¿Se debe recomendar un **protocolo intestinal**^G para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?
Resultados: Estreñimiento y uso de laxantes.

Nota: Estas preguntas de recomendación prioritarias son versiones condensadas de las preguntas de investigación PICO desarrolladas de forma más completa por el panel de expertos de RNAO para orientar las revisiones sistemáticas y el desarrollo de esta GBP. Para consultar las preguntas de investigación PICO y el proceso detallado de cómo se determinaron dichas preguntas prioritarias y los resultados, véase el **Anexo D**.

Recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas

Las recomendaciones de esta GBP se refieren a aspectos asistenciales únicos y coincidentes para personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento. Con relación a las personas que viven con incontinencia urinaria, las recomendaciones se centran en estrategias de aseo, ejercicio físico e implantación de un enfoque asistencial interprofesional en las instituciones sanitarias. En cuanto a las personas con incontinencia intestinal, las recomendaciones se centran en el consumo de fibra y la implantación de un enfoque asistencial interprofesional en las instituciones sanitarias. Para las personas que sufren estreñimiento, las recomendaciones tratan del fomento de un consumo adecuado de líquidos y fibra, la actividad física, la implantación de un protocolo intestinal y un enfoque asistencial interprofesional en las instituciones sanitarias.

Las recomendaciones basadas en la evidencia de esta GBP son aplicables en todos los entornos de práctica a los que tengan acceso personas que vivan con incontinencia urinaria, intestinal y/o estreñimiento (p. ej.; cuidados agudos, cuidados de larga duración, atención primaria y salud comunitaria, y rehabilitación).

En esta Guía, no se han identificado preguntas de recomendación que traten la necesidad de valoración de las personas que viven con incontinencia urinaria, intestinal y/o estreñimiento antes de desarrollar un plan de cuidados o efectuar intervenciones. Véanse las declaraciones sobre buenas prácticas para la valoración que enfermeras y miembros del equipo interprofesional pueden emplear en su práctica profesional. Se estima que las declaraciones de buenas prácticas son tan beneficiosas que no se justifica realizar una revisión sistemática para demostrar su eficacia. Las declaraciones resultantes no se basan en una revisión sistemática, y no reciben calificaciones sobre la certeza o la confianza de la evidencia en que se basan o sobre su fuerza (es decir, una calificación de condicional o fuerte) (12).

Teniendo en cuenta que se ha considerado que el ejercicio físico para el manejo de la incontinencia urinaria quedaba dentro de ámbito de esta Guía, el panel de expertos señaló que se debe incluir una recomendación sobre el **entrenamiento de los músculos del suelo pélvico**^G. Existen pautas actuales y evidencia sólida que apoyan el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria; así, esta GBP incluye una **recomendación adoptada**^G (13) extraída de la guía de alta calidad *Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women: Management [Incontinencia urinaria y prolapso de los órganos pélvicos: manejo]* del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), recientemente actualizada en junio de 2019 (14). Para consultar detalles sobre cómo se ha adoptado la recomendación para esta Guía, véase el **Anexo D**. Es importante señalar que esta recomendación está dirigida a los miembros del equipo interprofesional que tienen conocimientos y formación avanzados en el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.

Además, no se identificaron preguntas de recomendación que abordaran los principios básicos de educación y formación que es necesario incluir en los planes de estudio o la educación continua y que hay que incorporar al desarrollo profesional de las enfermeras o del equipo interprofesional para dar apoyo a las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento. Véase el **Anexo C** para consultar las **declaraciones para la formación**^G a las que pueden referirse tanto educadores como gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales para ayudar a incorporar esta GBP.

Véase el **Anexo G** y el **Anexo H** para consultar los algoritmos que representan las declaraciones de buenas prácticas y todas las recomendaciones recogidas en esta Guía para abordar la incontinencia urinaria, la incontinencia intestinal y el estreñimiento, respectivamente, que pueden ser de aplicación en entornos de práctica.

Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía de buenas prácticas

La implantación de esta guía puede apoyarse en otras GBP y recursos basados en la evidencia de RNAO. Véase el **Anexo B** para consultar las GBP de RNAO y otros recursos basados en la evidencia sobre los siguientes temas relacionados:

- aprendizaje centrado en el paciente;
- caídas;
- ciencia de implantación, marcos conceptuales de implantación y recursos;
- colaboración interprofesional; y
- cuidados centrados en la persona y la familia.

Interpretación de la evidencia y Declaraciones de recomendación

Las Guías de RNAO se desarrollan utilizando el método **GRADE^G** (**Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation** - Valoración, Desarrollo y Evaluación de la graduación de las recomendaciones) y el método **CERQual^G** (**Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research** - Confianza en la evidencia de las revisiones de la investigación cualitativa). Para más información sobre el proceso de desarrollo de la guía, incluido el uso de los métodos GRADE y GRADE- CERQual, véase el **Anexo D**.

Certeza de la evidencia

La certeza de la evidencia (es decir, el nivel de confianza que tenemos en que la estimación del efecto es verdadera) en la investigación cuantitativa se determina mediante los métodos GRADE (15). Tras sintetizar la evidencia de cada desenlace o resultado priorizado, se evalúa la certeza de la evidencia. La certeza global de la evidencia se determina entonces teniendo en cuenta la certeza de la evidencia para cada uno de los desenlaces priorizados para cada pregunta de recomendación. GRADE clasifica la certeza global de la evidencia como *alta*, *moderada*, *baja* o *muy baja* (véase la **Tabla 1** para consultar una definición de estas categorías).

Tabla 1: Certeza de la evidencia

CERTEZA DE LA EVIDENCIA	DEFINICIÓN
Alta	Confianza alta en que el efecto real se encuentra muy cercano al estimador del efecto.
Moderada	Confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el efecto real se encuentre cercano al estimador del efecto, pero existe la posibilidad de que existan diferencias sustanciales.
Baja	Confianza limitada en el estimador del efecto: el efecto real puede ser sustancialmente diferente al estimador del efecto.
Muy baja	Muy poca confianza en el estimador del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente del estimador del efecto.

Fuente: Reimpreso de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown; publisher unknown]; 2013 [cited 2018 Aug 31]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>. Reimpresión autorizada.

Confianza en la evidencia

La confianza en la evidencia en la **investigación cualitativa**^G (es decir, hasta qué punto la conclusión de la revisión constituye una representación razonable del fenómeno de interés) se determina mediante los métodos GRADE-CERQual (en adelante denominados CERQual) (16). Para la evidencia cualitativa, se juzga de forma global la confianza por hallazgo en relación con cada recomendación, según sea pertinente. CERQual categoriza la confianza en la evidencia como *alta*, *moderada*, *baja* o *muy baja*. Véase la **Tabla 2** para consultar una definición de estas categorías.

Tabla 2: Confianza en la evidencia

CERTEZA DE LA EVIDENCIA	DEFINICIÓN
Alta	Es muy probable que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés
Moderada	Es probable que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés.
Baja	Es posible que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés.
Muy baja	No está claro que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés.

Fuente: Reimpreso de: Lewin S, Booth A, Glenton C, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Reimpresión autorizada.

Nota: La certeza o la confianza en la evidencia asignada se puede encontrar directamente debajo de cada recomendación. Para más información sobre el proceso empleado para determinar la certeza o la confianza en la evidencia y las decisiones documentadas que han tomado las metodólogas de la Guía de RNAO, véase el **Anexo D**.

Fuerza de las recomendaciones

La fuerza de las recomendaciones se formula como *fuerte* o como *condicional* en base a la *certeza* y/o la *confianza en la evidencia* y a los siguientes criterios clave (véase la **Discusión de la evidencia** para consultar las definiciones):

- balance entre beneficios y daños,
- valores y preferencias, y
- equidad en salud.

Según Schunemann et al., “una recomendación fuerte refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención superan los efectos no deseables (recomendación fuerte *a favor* de la intervención), o que los efectos no deseables de una intervención superan los efectos deseables (recomendación fuerte *en contra* de la intervención” (15). En cambio, “una recomendación condicional refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención probablemente superan los efectos no deseables (recomendación condicional

a favor de la intervención), o que los efectos no deseables de una intervención probablemente superan los efectos deseables (recomendación condicional en contra de la intervención), aunque hay cierta incertidumbre” (15). La **Tabla 3** señala las implicaciones de las recomendaciones de tipo condicional y fuerte.

Tabla 3: Implicaciones de las recomendaciones fuertes y condicionales

RECOMENDACIÓN FUERTE	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> Los beneficios de una acción recomendada superan a los daños. Por lo tanto, la mayor parte de las personas deben ser objeto de dicha acción recomendada. 	<ul style="list-style-type: none"> Los beneficios de una acción recomendada posiblemente superen los daños. Por lo tanto, algunas personas deben ser objeto de dicha acción recomendada.
<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de las personas querría recibir la acción recomendada, y una pequeña parte no querría. 	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de las personas en esta situación querría recibir la acción recomendada sugerida, pero otros muchos no querrían.
<ul style="list-style-type: none"> Hay poca variabilidad en cuanto a los valores y preferencias de las personas en esta situación. Es preciso tener en cuenta las circunstancias, preferencias y valores de cada persona. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay una mayor variabilidad en cuanto a valores y preferencias, o hay incertidumbre sobre los valores y preferencias típicos entre las personas en esta situación. Es preciso tener en cuenta las circunstancias, preferencias y valores de cada persona con mayor cuidado que habitualmente.
<ul style="list-style-type: none"> La recomendación puede adaptarse como norma/política en la mayoría de las situaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Para elaborar las políticas, será necesario un importante debate y la participación de muchas partes interesadas. También es más probable que las políticas difieran entre distintas regiones.

Fuente: Reimpreso de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown; publisher unknown]; 2013 [cited 2018 Aug 31]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.

Nota: La fuerza de la recomendación se detalla directamente a continuación de la recomendación y en la tabla de **Resumen de recomendaciones**. Para más información sobre el proceso empleado por el panel de expertos para determinar la fuerza de cada recomendación, véase el **Anexo D**.

Discusión de la evidencia

La Discusión de la evidencia que sigue a cada una de las recomendaciones incluye las siguientes secciones.

1. **Beneficios y daños:** Identifica los resultados potenciales deseables y no deseables de los que informa la literatura cuando se emplea la práctica recomendada. Este apartado incluye únicamente investigación de las revisiones sistemáticas.
2. **Valores y preferencias:** Denota el valor o la importancia relativa de los resultados en salud con la adopción de una determinada actuación clínica, desde una perspectiva centrada en la persona. El contenido de esta sección puede incluir investigación de las revisiones sistemáticas, si procede, observaciones y/o consideraciones del panel de expertos.
3. **Equidad en la salud:** Identifica el impacto potencial que la práctica recomendada puede tener en la salud en distintas poblaciones o entornos y/o las barreras a la implantación de una práctica recomendada en un entorno concreto. El contenido de esta sección puede incluir investigación de las revisiones sistemáticas, si procede, observaciones y/o consideraciones del panel de expertos.
4. **Justificación de la Recomendación por el panel de expertos:** Expone las razones por las que el panel de expertos toma la decisión de calificar la recomendación como fuerte o condicional.
5. **Notas prácticas:** Recoge información práctica para enfermeras y miembros del equipo interprofesional. Esta sección puede incluir evidencia procedente de revisiones sistemáticas y/o de otras fuentes (p. ej., el panel de expertos).
6. **Recursos de apoyo:** Incluye una lista de recursos de interés (como sitios web, libros, organizaciones, etc.) que respaldan las recomendaciones. Se evaluó el contenido recogido en esta sección según cinco criterios: accesibilidad, credibilidad, calidad, relevancia y vigencia en el momento de la publicación (publicado en los últimos 10 años). Se pueden consultar más detalles de este proceso y de los cinco criterios en el **Anexo D**. La lista no es exhaustiva y la inclusión de un recurso en la misma no implica que cuente con el respaldo de RNAO. Es posible que algunas recomendaciones no cuenten con fuentes de apoyo.

Resumen de Recomendaciones

Esta GBP sustituye a las guías de buenas prácticas de RNAO *Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida* (2) y *Prevención del estreñimiento en personas mayores* (3), ambas actualizadas por última vez en 2011.

RECOMENDACIONES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

DECLARACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS

Declaración de buenas prácticas:

El panel de expertos recomienda que, antes de desarrollar un plan de cuidados o efectuar cualquier intervención, los profesionales sanitarios realicen una valoración inicial específica de la continencia en colaboración con la persona que sufre incontinencia urinaria.

Al ser una buena práctica, esta declaración no requiere aplicar el sistema GRADE. Para más información sobre esta declaración de buenas prácticas en esta GBP, véase la p. 38.

RECOMENDACIONES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

RECOMENDACIONES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Pregunta de recomendación 1: ¿Se deben recomendar estrategias de aseo para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida y uso de productos para incontinencia.</p>	
<p>Recomendación 1.1: El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios fomenten estrategias de aseo individualizadas dirigidas a las personas que tienen incontinencia urinaria.</p>	<p>Fuerte</p>
<p>Pregunta de recomendación 2: ¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Episodios de incontinencia y limitaciones físicas.</p>	
<p>Recomendación 2.1: El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios animen a las personas con incontinencia urinaria a practicar actividad física de baja intensidad, en la medida en que lo toleren.</p>	<p>Fuerte</p>

<p>Pregunta de recomendación para la recomendación adoptada: ¿Se debe recomendar el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico a mujeres que tengan incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Mejora de los síntomas, satisfacción del paciente, calidad de vida en lo relativo a salud, función sexual, efectos adversos y valoración anatómica del prolapso de órganos pélvicos.</p>	
<p>Recomendación adoptada:</p> <p>El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios ofrezcan a las mujeres que sufren incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta participar en una prueba de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con supervisión durante al menos tres meses, como medida de manejo de primera línea. Se debe realizar una valoración exhaustiva para determinar la aplicabilidad en estas mujeres del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.</p> <p><i>Esta recomendación se ha adoptado a partir de la guía Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women: Management [Incontinencia urinaria y prolapso de los órganos pélvicos: manejo] (14).</i></p>	<p>Fuerte</p>
<p>Pregunta de recomendación 3: ¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Calidad de vida, satisfacción del paciente y episodios de incontinencia.</p>	
<p>Recomendación 3.1:</p> <p>El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias implanten un enfoque interprofesional en la atención de las personas con incontinencia urinaria.</p>	<p>Condicional</p>

RECOMENDACIONES PARA LA INCONTINENCIA INTESTINAL Y/O EL ESTREÑIMIENTO

DECLARACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS

Declaración de buenas prácticas:

El panel de expertos recomienda que, antes de desarrollar un plan de cuidados o efectuar cualquier intervención, los profesionales sanitarios realicen una valoración inicial específica de la incontinencia en colaboración con la persona que sufre incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Al ser una buena práctica, esta declaración no requiere aplicar el sistema GRADE. Para más información sobre esta declaración de buenas prácticas en esta GBP, véase la p. 57.

RECOMENDACIONES PARA LA INCONTINENCIA INTESTINAL Y/O EL ESTREÑIMIENTO	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Pregunta de recomendación 4:</p> <p>¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?</p> <p>Resultados: Episodios de incontinencia, estreñimiento y calidad de vida.</p>	
<p>Recomendación 4.1:</p> <p>El panel de expertos recomienda que, como parte de un programa multicomponente más amplio, los profesionales sanitarios animen a las personas con estreñimiento a realizar actividad física de baja intensidad durante 30-60 minutos (en la medida en que lo toleren) al menos tres veces a la semana para ayudar en el manejo del estreñimiento.</p>	<p>Fuerte</p>
<p>Pregunta de recomendación 5:</p> <p>¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?</p> <p>Resultados: Frecuencia de movimiento intestinal, consistencia de las heces, uso de laxantes, episodios de incontinencia y calidad de vida.</p>	
<p>Recomendación 5.1:</p> <p>El panel de expertos sugiere que los profesionales sanitarios asesoren a las personas sobre una adecuada ingesta de fibra para prevenir y manejar el estreñimiento.</p>	<p>Condicional</p>
<p>Recomendación 5.2:</p> <p>El panel de expertos recomienda que, como parte de un programa multicomponente más amplio, los profesionales sanitarios asesoren a las personas con estreñimiento sobre una adecuada ingesta de líquidos para ayudar en el manejo del estreñimiento.</p>	<p>Fuerte</p>

<p>Recomendación 5.3:</p> <p>El panel de expertos sugiere que los profesionales sanitarios animen a usar suplementos de fibra de psilio a las personas con incontinencia intestinal en entorno comunitario.</p>	<p>Condicional</p>
<p>Pregunta de recomendación 6:</p> <p>¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?</p> <p>Resultados: Calidad de vida, acceso a cuidados, satisfacción del paciente, episodios de incontinencia y estreñimiento.</p>	
<p>Recomendación 6.1:</p> <p>El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias implanten un enfoque interprofesional en la atención de las personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento.</p>	<p>Condicional</p>
<p>Pregunta de recomendación 7:</p> <p>¿Se debe recomendar un protocolo intestinal para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?</p> <p>Resultados: Estreñimiento y uso de laxantes.</p>	
<p>Recomendación 7.1:</p> <p>El panel de expertos recomienda que las organizaciones sanitarias implanten un protocolo intestinal para el manejo del estreñimiento, que puede ser individualizado.</p>	<p>Fuerte</p>



Evaluación de la Guía

A medida que vaya implantando las recomendaciones de la presente Guía, por favor considere cómo va a monitorizar y evaluar su implantación e impacto.

El modelo Donabedian sirve de base para el desarrollo de medidas de evaluación de la calidad asistencial, que incluye tres categorías: estructura, proceso y resultado (Donabedian, 2005).

- La estructura describe los atributos del sistema sanitario o de la organización sanitaria para garantizar la calidad de los cuidados. Incluye recursos físicos, recursos humanos e información y recursos económicos.
- El proceso examina las actividades sanitarias que se prestan a, para y con personas o poblaciones como parte de unos cuidados de calidad.
- El resultado analiza el efecto de los cuidados de calidad en la salud de personas y poblaciones, personal sanitario, organizaciones sanitarias o sistemas de salud (Donabedian, 2005).

Para obtener más información se puede consultar la *Herramienta de RNAO de implantación de Guías de buenas prácticas, segunda edición* (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

Se han desarrollado las siguientes medidas para favorecer la evaluación y la mejora de la calidad, empleando los Indicadores de calidad enfermera para la elaboración de informes y la evaluación® (NQUIRE®). La **Tabla 4** recoge indicadores de proceso para evaluar las recomendaciones de la GBP relativas a la incontinencia urinaria. La **Tabla 5** recoge los indicadores de proceso para evaluar las recomendaciones de la GBP relativas a la incontinencia intestinal o el estreñimiento. La **Tabla 6** ofrece indicadores de resultado para valorar el impacto de la implantación de la GBP. Cada tabla también identifica si el indicador va en línea con otros indicadores en repositorios de datos y/o instrumentos externos. Si el indicador coincide exactamente con otros indicadores ya existentes de otros repositorios de datos/instrumentos externos, se señala que dicho indicador está totalmente en línea con el otro.

Es importante evaluar los cambios en la práctica basados en la evidencia cuando se implanta una Guía. Se seleccionan los indicadores que sean de mayor interés para el entorno de práctica. Los siguientes indicadores favorecerán la evaluación y la mejora de la calidad.

Table 4: Process Indicators for Evaluating Recommendations for Urinary Incontinence

RECOMENDACIÓN	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS
Declaración de buenas prácticas	<p>Porcentaje de personas con incontinencia urinaria que han recibido una valoración inicial de incontinencia urinaria específica al iniciar los cuidados</p> <p><i>Numerador: Número de personas con incontinencia urinaria que han recibido una valoración inicial de incontinencia urinaria específica al iniciar los cuidados</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con incontinencia urinaria</i></p>	Nuevo
Recomendación 1.1	<p>Porcentaje de personas con incontinencia urinaria con evidencia de que se les ofreció un programa de micción inducida individualizado tras una valoración de la incontinencia urinaria</p> <p><i>Numerador: Número de personas con incontinencia urinaria con evidencia de que se les ofreció un programa de micción inducida individualizado tras una valoración de la incontinencia urinaria</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con incontinencia urinaria con valoración de la incontinencia urinaria documentada</i></p>	<p>Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set (RAI-MDS) - Total</p> <p>Nursing Quality Indicators for Reporting® and Evaluation (NQuIRE®) - Parcial</p>

RECOMENDACIÓN	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS
<p>Recomendación 1.1</p>	<p>Porcentaje de personas con incontinencia urinaria con evidencia de que se les ofreció un entrenamiento vesical tras una valoración de la incontinencia urinaria</p> <p><i>Numerador: Número de personas con incontinencia urinaria con evidencia de que se les ofreció un entrenamiento vesical tras una valoración de la incontinencia urinaria</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con incontinencia urinaria con valoración de la incontinencia urinaria documentada</i></p>	<p>Nuevo</p>
<p>Recomendación 2.1</p>	<p>Porcentaje de personas con incontinencia urinaria que recibieron formación sobre cómo practicar actividad física de baja intensidad</p> <p><i>Numerador: Número de personas con incontinencia urinaria que recibieron formación sobre cómo practicar actividad física de baja intensidad</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con incontinencia urinaria con valoración de la incontinencia urinaria documentada</i></p>	<p>Nuevo</p>

Tabla 5: Indicadores de proceso para evaluar recomendaciones sobre incontinencia intestinal y/o estreñimiento

RECOMENDACIÓN	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS
Declaración de buenas prácticas	<p>Porcentaje de personas con estreñimiento y/o incontinencia intestinal que han recibido una valoración inicial específica al iniciar los cuidados</p> <p><i>Numerador: Número de personas con estreñimiento y/o incontinencia intestinal que han recibido una valoración inicial específica al iniciar los cuidados</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con estreñimiento y/o incontinencia intestinal</i></p>	Nuevo
Recomendación 4.1	<p>Porcentaje de personas con estreñimiento que recibieron formación sobre cómo practicar actividad física de baja intensidad tras una valoración de estreñimiento</p> <p><i>Numerador: Número de personas con estreñimiento que recibieron formación sobre cómo practicar actividad física de baja intensidad tras una valoración de estreñimiento</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con estreñimiento con una valoración de estreñimiento documentada</i></p>	Nuevo

RECOMENDACIÓN	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES EN REPOSITORIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS
<p>Recomendación 5.2</p>	<p>Porcentaje de personas con estreñimiento que recibieron formación sobre una adecuada ingesta de líquidos tras una valoración de estreñimiento</p> <p><i>Numerador: Número de personas con estreñimiento que recibieron formación sobre una adecuada ingesta de líquidos tras una valoración de estreñimiento</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con estreñimiento con una valoración de estreñimiento documentada</i></p>	<p>Nuevo</p>
<p>Recomendación 7.1</p>	<p>Porcentaje de personas con estreñimiento que recibieron atención según un protocolo intestinal individualizado tras una valoración de estreñimiento</p> <p><i>Numerador: Número de personas con estreñimiento que recibieron atención según un protocolo intestinal individualizado tras una valoración de estreñimiento</i></p> <p><i>Denominador: Número total de personas con estreñimiento con una valoración de estreñimiento documentada</i></p>	<p>NQUIRE® - Parcial</p>

Tabla 6: Indicadores de resultado

INDICADORES DE RESULTADO	INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS
<p>Porcentaje de personas cuya incontinencia urinaria empeoró en la valoración final en comparación con su valoración anterior</p> <p>Numerador: <i>Número de personas con incontinencia urinaria cuya incontinencia urinaria empeoró en la valoración final en comparación con su valoración inicial durante el periodo de medición</i></p> <p>Denominador: <i>Número total de personas con incontinencia urinaria con valoración inicial y final de incontinencia urinaria documentadas</i></p>	<p>FRAI-MDS -Total</p> <p>NQuIRE® - Total</p> <p>Partial Health Quality Ontario (HQO) – Parcial - Retirado</p> <p>Canadian Institute for Health Information (CIHI) - Total</p>
<p>Porcentaje de personas sin evacuación intestinal en los últimos tres días</p> <p>Numerador: <i>Porcentaje de personas sin evacuación intestinal en los últimos tres días</i></p> <p>Denominador: <i>Número total de personas</i></p>	<p>RAI-MDS - Parcial</p>
<p>Porcentaje de personas que recibieron tratamiento farmacológico para el manejo del estreñimiento tanto en el momento de su ingreso/asistencia como durante el periodo de medición tras una valoración de estreñimiento</p> <p>Numerador: <i>Número de personas que recibieron tratamiento farmacológico para el manejo del estreñimiento tanto en el momento de su ingreso/asistencia como durante el periodo de medición tras una valoración de estreñimiento</i></p> <p>Denominador: <i>Número total de personas con estreñimiento con una valoración de estreñimiento documentada</i></p>	<p>NQuIRE® - Total</p>

Otros recursos de RNAO para la evaluación y el seguimiento de las Guías de Buenas Prácticas, incluyen:

- *Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation*® (NQuIRE®), (Indicadores de calidad enfermera para la elaboración de informes y la evaluación), un sistema único de datos de enfermería que se encuentra en el *International Affairs and Best Practice Guideline Centre* y permite a los Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (BPSO®) medir el impacto de la implantación de las Guías de buenas prácticas en centros BPSO de todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE recopila, compara y reporta datos de proceso y medidas de resultado sensibles para la enfermería basados en las guías. Las definiciones de las medidas NQuIRE se ajustan a los datos administrativos disponibles y a los repositorios existentes, siempre en la medida de lo posible, respetando el principio de «recogida única, uso múltiple». Al completar otros sistemas de medida del rendimiento ya establecidos y emergentes, NQuIRE trata de aplicar medidas fiables y válidas, reducir al mínimo la carga de la presentación de informes y armonizar las medidas de evaluación para que sea posible realizar análisis comparativos. El sistema de datos internacional NQuIRE se lanzó en agosto de 2012 para crear y mantener culturas de práctica basada en la evidencia, optimizar la seguridad del paciente, mejorar los resultados del paciente e involucrar al personal en la identificación de las relaciones entre la práctica y los resultados con el fin de promover la calidad y abogar por recursos y políticas favorables a los cambios en las buenas prácticas (19). Para más información puede visitar RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- **Los conjuntos de normas de buenas prácticas**^{TM G} integrados en las historias clínicas electrónicas ofrecen un mecanismo de obtención electrónica de datos sobre indicadores de proceso. La capacidad de vincular las medidas de estructura y de proceso con medidas de resultados concretos del paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las Guías de buenas prácticas sobre resultados en salud concretos. Para más información puede visitar <http://RNAO.ca/ehealth/bpgordersets>.

Equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO

Nafsin Nizum, RN, MN

Guideline Development Lead

Senior Manager, Guideline Development & Research
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Greeshma Jacob, RN, MScN

Guideline Development Methodologist

International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Megan Bamford, RN, MScN

Former Associate Director, Guideline Development
and Evaluation

International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Verity Scott, BSc

Guideline Development Project Coordinator
(September 2019–August 2020)

International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Glynis Gittens, BA (Hons)

Guideline Development Project Coordinator
(September 2018–August 2019, September
2020–December 2020)

International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Christina Medeiros, RN, BScN, BPHE, BEd, MN,

PhD Candidate

Senior Manager, Evaluation & Monitoring
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Stephanie Voong, RN, MHI

Quality Improvement Specialist

International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Freda Poirier, RN, BScN, GNC(C)

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Saima Shaikh, RN

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Heather Woodbeck, RN, HBScN, MHSA

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Shanoja Naik, PhD, MPhil, MSc, BEd, BSc

Data Scientist/Statistician

International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O. ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Agradecimientos

Revisión externa realizada por:

Nancy Santesso, RD, MLIS, PhD

Assistant Professor

Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University

Deputy Director, Cochrane Canada

Hamilton, ON

Búsqueda sistemática realizada por:

UHN HealthSearch



Panel de expertos de RNAO

Kathleen Hunter, PhD, RN, NP, GNC(C), NCA

Expert Panel Co-Chair

Professor

University of Alberta

Edmonton, AB

Jennifer Skelly, RN, MHSc, MSc, PhD

Expert Panel Co-Chair

Associate Professor, McMaster University

Director, Nurse Continence Advisor Program,

McMaster University School of Nursing

Hamilton, ON

Katharine Burt, RN, BScN, MSc

National Clinical Manager

Essity Canada

Minden, ON

Jacqueline Cahill, BSc

Executive Director

The Canadian Continence Foundation

Peterborough, ON

Sinéad Dufour, PT, PhD

Director of Pelvic Health, The World of

My Baby (WOMB)

Assistant Clinical Professor, McMaster University

Hamilton, ON

Derick Fage

Ambassador

The Canadian Continence Foundation

Ottawa, ON

Niki Grady, BScN, NSWOC, MCISc-Wh, NCA

Clinical Educator/NSWOC/Academic Advisor

Victorian Order of Nurses

Windsor, ON

Linda Hewitt, PSW

Personal Support Worker

F.J. Davey Home

Sault Ste. Marie, ON

Kimberly LeBlanc, PhD, RN, NSWOC, WOCC(C), FCAN

Chair, Wound Ostomy Continence Institute

Association of Nurses Specialized in

Wound Ostomy Continence

Advanced Practice & Certified Enterostomal Therapy

Nurse, KDS Professional Consulting

Ottawa, ON

Andrea McWatters, RPN

Clinical RPN

William A. George Extended Care

Sioux Lookout, ON

Mary Nelson, BScPhm, RPh

Clinical Pharmacist

Burlington Family Health Team

Burlington, ON

Melissa Northwood, RN, PhD, GNC(C), NCA

Assistant Professor, School of Nursing

McMaster University

Hamilton, ON

Laura Robbs, RN, BScN, MN, NSWOC, WOCC(C), NCA

Clinical Nurse Specialist

Urology Resource Center, Burlington Urology

Academic Advisor, WOC Academy

Etobicoke, ON

Agradecimientos

La RNAO quiere agradecer a la Dra. Donna Federkow por su contribución en priorizar las preguntas de recomendación y los resultados en salud de esta GBP.

Agradecimiento a los colaboradores

Como parte del desarrollo de las guías de buenas prácticas, RNAO recabó los puntos de vista de diversos participantes de un amplio rango de organizaciones sanitarias, instituciones académicas, áreas de práctica y sectores. Entre los participantes se incluyeron enfermeras, otros miembros del equipo interprofesional, educadores, individuos con experiencia directa y administradores con conocimientos en la materia. Se solicitó su aportación a distintas **partes interesadas**^G que representan diversas perspectivas (**Anexo D**). Los revisores de las partes interesadas han dado su consentimiento para publicar sus nombres e información relevante en esta GBP. RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución a la revisión de la Guía.

Maria Alejandro, RPN

Staff Nurse
St. Joseph's Health Centre
Toronto, ON

Leyya Ali, RPh, CDE, BCGP

Pharmacist
Metro Ontario Pharmacies
Burlington, ON

Denise Armstrong, PSW

Personal Support Worker
Personal Attendant Care Inc.
Durham, ON

Laurel Augruso, RD

Clinical Registered Dietitian
Pioneer Ridge Long-Term Care Home
Thunder Bay, ON

Donna Bliss, PhD, RN, FGSA, FAAN

Professor
University of Minnesota School of Nursing
Minneapolis, MN

Ashley Brown, RPN

Behavioural Supports Ontario Chatham-Kent LTC
Lead Team
Leamington Mennonite Home
Chatham, ON

Jennifer Burke, RN, BA, BScN, MN

Clinical Nurse Educator Medicine Program
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, ON

Will Byker, RN

Registered Nurse
University Health Network, Toronto General Hospital
Toronto, ON

Jean Clark, RN, CIC

Manager Clinical Support
Revera
Ridgetown, ON

Idevania Costa, RN, NSWOC, MN, PhD

Assistant Professor
School of Nursing, Lakehead University
Thunder Bay, ON

Keri Coulson, RN, BN, WOCC(C)

Nurse Specialized in Wound, Ostomy & Continence
Nova Scotia Health Authority
Truro, NS

Lindsay Couture, PSW

Owner, Oakwood Home Healthcare
President's Council Member, OPSWA
Ajax, ON

Jennifer Cowan, RN(EC), MScN, PHC-NP, NSWOC (c)

Primary Health Care Nurse Practitioner
Brockton Area and Kincardine Family Health Team
Chesley/Paisley, ON

Allison D'Hondt, RN, MSc, GNC(C), IIWCC

Clinical Nurse Specialist
Hamilton Health Sciences
Hamilton, ON

Lucy Doan, MN, PHC-NP

Nurse Practitioner Fellow
University Health Network
Toronto, ON

Xinman Dou, RN, MScN, PhD

Director
Lanzhou University Second Hospital
Lanzhou, China

Ericha Duke, RN

Staff Nurse
Bruyere Continuing Care
Ottawa, ON

Spencer Erb, RN

St Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

**Erin Ferguson, RN, MScN, BScN, GNC(C),
CHPCN(C)**

Registered Nurse
Sudbury, ON

Amy Firlotte, PSW

Personal Care Attendant
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Oshawa, ON

Catherine Galbraith, RN, BScN

Registered Nurse
Peterborough, ON

Shirley Georgas

Individual with lived experience
Edmonton, AB

Erin Gisborne, RN

Clinical Nurse Educator
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, ON

Mary "Kristi" Gow, RN

Clinical Resource Nurse
Bay Haven Care Community
Collingwood, ON

Kathy Greig, RPN, GNC(C)

Staff Nurse
Scarborough Health Network
Toronto, ON

Aleksandra Grzeszczuk, RN, BScN, GNC(C)

Director of Care
Tullamore Care Community
Brampton, ON

Jennifer Harris

Individual with lived experience
Ottawa, ON

Morgan Hoffarth, RN, MScN

Coordinator
St. Joseph's Health Care London
London, ON

Patricia Howlett, RN

Director of Clinical Support LTC
Medline | Medical Mart
Cambridge, ON

Peggy Hughes, BScN, RN, MN

Professional Practice Lead
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

ShannonKift, RN, BScN

Research Nurse
Lakeridge Health
Oshawa, ON

Kanika Kohli, BScN, RN, MN

Victorian Order of Nurses
Stratford, ON

Jennifer Kyere, MPT

Physiotherapist/Assistant Clinical Services Manager for Seniors Health
William Osler Health Services
Brampton, ON

Vickie Lacroix, BScN, RN, ICMC

Nurse Educator
Montfort Hospital
Ottawa, ON

Lisa Lallion, RN, MN, CMSN(C)

Care Coordinator
Central Local Health Integrated Network
Toronto, ON

Madeline Logan-John-Baptiste, BScN, MBA, CHE

Manager of Patient Flow and Nursing Resource Team
Mackenzie Health
Richmond Hill, ON

Vanessa Maradiaga Rivas, RN, BScN

Registered Nurse
Revera
Hannon, ON

Laura Martin Losada, RN, MScN, PhD (c)

Clinical Nurse
Hospital de Guadarrama
Guadarrama, Madrid, Spain

Yaisa McCarthy, MSN, BScN, RN

Nurse Manager
City of Toronto
Toronto, ON

Jessica Menard, RN

Nurse Consultant, Supportive and Palliative Care
The Ottawa Hospital
Ottawa, ON

Lauren Minielly, BScN

Registered Nurse
St. Joseph's Hospice
Sarnia, ON

Susan Ng, RN, MN, CHPCN(C)

Clinical Nurse Consultant
Hospice Palliative Care Teams
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Charity Okpara, RN, MScN

Staff RN
North York General Hospital
Toronto, ON

Jennifer Oteng, RN, BScN, MN, GNC(C), NCA

Central Region Representative
Canadian Nurse Continence Advisor Association
Hamilton, ON

Valentina Popov, RN

Registered Visiting Nurse, Palliative Care
Saint Elizabeth Health Care
Toronto, ON

Jenna Puk, RN, BScN, BSc (Hons)

Registered Nurse
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, ON

Nitha Reno, RN, MScN, GNC(C), CHPCN(C)

Clinical Practice Leader
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby, ON

Myat Sandar, RN, BScN

Registered Nurse
The Ottawa Hospital
Ottawa, ON

Rebecca Schmidtke, RN

Registered Nurse
Queensway Carleton Hospital
Ottawa, ON

Siyu (Susan) Shen, RPh

Pharmacist
Trillium Health Partners
Burlington, ON

Calvina Shum, RN, BScN

Registered Nurse
Michael Garron Hospital
Toronto, ON

Sara Stahl, BScN, RN, IHWCC

Registered Nurse—Nursing Clinical Coordinator
Prince Albert, SK

Amy Stewart, RN, NSWOC

Nurse Specialized in Wound, Ostomy & Continence
SE Health
Kingston, ON

Susanne Swayze, RPN

Staff Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

Carnelle Symes, MScN, BScN, BA, RN, CCNE

Nursing Instructor
Red Deer College
Red Deer, ON

Denise Taylor, PT, BScPT, MPH

Physiotherapy Professional Practice Leader
St. Joseph's Care Group
Thunder Bay, ON

Carolyn Thomas, RN

Director of Nursing
Wentworth Lodge
Hamilton, ON

Robert Vukovich, PharmD, RPh

Clinical Consultant Pharmacist
Centric Health Corporation
Burlington, ON

Michelle Young, RN, NSWOC (student)

Registered Nurse
Parkwood Institute
London, ON

Miembros del Equipo de Traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Responsable de la Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Laura Albornos Muñoz, BS, MSc, PhD (cand.)

Coordinadora Técnica
Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Traducción

Marta López González

Coordinadora de Traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid,
CES Felipe II.

Revisores de la guía actualizada

Laura Martín Losada, RN, MScN, PhD (cand.)

Hospital de Guadarrama
Madrid, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Antecedentes

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina (6). La incontinencia urinaria puede tener su causa en factores fisiológicos, mecánicos y médicos, entre otros (pero no limitados a) debilidad de los músculos pélvicos, diabetes, ciertos medicamentos, estreñimiento e infección urinaria (8). Aproximadamente 3,3 millones de canadienses se ven afectados por la incontinencia urinaria, y se espera que aumente este número por la mayor proporción de población mayor de 65 años (20). Cabe destacar que la incontinencia urinaria no forma parte normal del envejecimiento, pero los cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento natural pueden contribuir a la incontinencia (20). Por ejemplo, la disminución de estrógenos en las mujeres a medida que se hacen mayores puede provocar incontinencia (20).

La incontinencia urinaria es más común en las mujeres, con una tasa de incidencia de entre el 10 y el 58 por ciento, en comparación con la tasa de incidencia entre los hombres, del 3 al 11 por ciento (21). Una causa frecuente de incontinencia urinaria en las mujeres es el adelgazamiento y la sequedad de la piel de la vagina o la uretra, especialmente después de la menopausia (8). Entre los hombres, algunas causas frecuentes de incontinencia urinaria son un agrandamiento de la próstata o una operación de la misma, que hace que los nervios y músculos de la vejiga, la uretra o el esfínter sean vulnerables al daño (8, 22). Según el Canadian Institute for Health Information [Instituto Canadiense de Información sanitaria], el 79 por ciento de los residentes en Ontario en centros de larga estancia experimentan incontinencia urinaria (23).

A continuación, se describen los tipos más comunes de incontinencia urinaria: incontinencia por esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia mixta e incontinencia funcional. Además, hay otros tipos de incontinencia. Asimismo, las indicaciones clínicas que quedan fuera de los tipos comunes de incontinencia justifican la derivación a un especialista en continencia para su posterior valoración y tratamiento.

Incontinencia por esfuerzo: La pérdida involuntaria de orina debido a un aumento repentino de presión intraabdominal por un esfuerzo físico, como toser, estornudar, reírse, incorporarse de una silla, levantar objetos o hacer ejercicio (6, 8).

Incontinencia de urgencia: La pérdida involuntaria de orina que se produce cuando existe una necesidad repentina y urgente de orinar, la vejiga se contrae y se vacía de forma involuntaria (6, 8).

Incontinencia mixta: La pérdida involuntaria de orina asociada a la urgencia y el esfuerzo físico (p. ej., toser o estornudar) (6).

Incontinencia funcional: Tipo de incontinencia urinaria que se produce en momentos en los que alguien que tiene un control urinario normal puede tener problemas para llegar al aseo por sufrir un trastorno que les dificulta desplazarse (como tener menor movilidad). También puede denominarse "incontinencia por discapacidad" (6, 8).

Vivir con incontinencia urinaria puede influir negativamente en distintos aspectos de la calidad de vida de la persona en términos de salud. Las implicaciones físicas pueden incluir, por ejemplo, tener más predisposición a lesiones cutáneas (como dermatitis por humedad asociada a la incontinencia) y caídas derivadas de la urgencia por llegar al aseo (21, 24). La incontinencia urinaria también puede influir negativamente en la salud psicológica y las relaciones sociales de la persona. Puede sentir tristeza, rabia, vergüenza o depresión a raíz de la incontinencia, que pueden reducir su autoestima y llevarlo a evitar las reuniones e interacciones sociales (21). Además, las inquietudes relacionadas con la incontinencia urinaria pueden tener un efecto negativo en el funcionamiento sexual y la intimidad (25).

Incontinencia intestinal

La incontinencia intestinal es la pérdida involuntaria de sustancia fecal (26). La incontinencia intestinal puede estar causada por diversos trastornos médicos que incluyen (pero no se limitan a) el estreñimiento, las lesiones musculares o la debilidad muscular, las lesiones nerviosas, las enfermedades neurológicas, la pérdida de elasticidad del recto, las hemorroides o el prolapso rectal (7). Se estima que un 1% de las personas por debajo de 65 años de edad (y del 4% a 7% por encima de dicha edad) sufren incontinencia intestinal (27). En Canadá, diversos estudios han demostrado que la prevalencia de la incontinencia intestinal varía del 2% en entornos comunitarios al 8% entre las mujeres en el posparto (28, 29). Según el *Canadian Institute for Health Information*, el 60% de los residentes en Ontario en residencias de larga estancia experimentan incontinencia intestinal (23).

Hay distintos subtipos de incontinencia intestinal:

Incontinencia intestinal pasiva: La "pérdida involuntaria de sustancia fecal sin preaviso. Una pequeña cantidad de excrementos o escapes entre las nalgas o en una pequeña compresa o la ropa interior son síntomas de incontinencia intestinal pasiva menor. La incontinencia intestinal pasiva con frecuencia está relacionada con una disfunción del esfínter interno del ano, en tanto que la incontinencia intestinal de urgencia suele estar a menudo relacionada con una disfunción del esfínter externo del ano" (26).

Incontinencia intestinal de urgencia: La "incapacidad para posponer la defecación lo suficiente, una vez que se percibe la urgencia, para llegar al aseo. No obstante, dado que la distancia al aseo es variable, se trata de un trastorno contradictorio e incontrolado" (26).

Incontinencia intestinal funcional: La pérdida involuntaria de sustancia fecal "debido a limitaciones en la movilidad, en la manipulación de la ropa o en la capacidad de ir al inodoro o a la tardanza de la ayuda para ir al aseo" (26).

La incontinencia intestinal puede provocar malestar emocional y social, como miedo, vergüenza, aislamiento social, rabia o depresión, así como pérdida de autoestima (7). La calidad de vida puede verse afectada por alteraciones en las actividades diarias, como no poder hacer ejercicio, trabajar o asistir al colegio o a reuniones sociales (7).

Estreñimiento

El estreñimiento se caracteriza por la evacuación difícil o infrecuente de las heces (menos de tres deposiciones por semana) (4). La prevalencia del estreñimiento es variable, del 2% al 35% de las personas (4); puede llegar incluso al 74% en adultos de edad avanzada que viven en entornos de cuidados a largo plazo (30). Las mujeres tienen entre el doble y el triple de probabilidades de sufrir estreñimiento que los hombres (30).

El estreñimiento puede ser agudo o crónico (de duración mayor a tres meses), y puede desarrollarse como resultado de efectos secundarios de una medicación y/o de trastornos neurológicos o sistémicos (5). Sin embargo, el tipo más frecuente de estreñimiento es el estreñimiento funcional, en el que no hay causa subyacente (5). La prevención y el manejo de del estreñimiento son esenciales, ya que este trastorno puede afectar a la salud y el bienestar en general, y ser causa de dolor, aislamiento social y ansiedad (32).

Impacto económico de la incontinencia urinaria e intestinal

Aparte de su impacto físico, psicológico y social, la incontinencia urinaria y la incontinencia intestinal suponen para los canadienses más de 8.500 millones de dólares anuales (33). Una persona que sufra incontinencia gasta, de media, entre 1.400 y 2.100 dólares canadienses al año en productos para la incontinencia (33). Además, los empresarios canadienses tienen más de 11,5 días de trabajo perdido por persona y más de 2.000 millones de dólares canadienses de pérdida de productividad debido a la incontinencia urinaria e intestinal entre los trabajadores (33). La incontinencia urinaria también constituye un predictor clave de que los adultos mayores pasen de una vida independiente en el seno

de la comunidad a un centro de cuidados a largo plazo (33). La incontinencia aumenta el riesgo de hospitalización un 30%, lo que supone un gasto añadido para el sistema sanitario (33).

Alivio del estigma asociado a la incontinencia urinaria e intestinal

La incontinencia urinaria y la incontinencia intestinal son un tabú, y a menudo llevan asociado un enorme estigma (34, 35). El miedo y la vergüenza que producen hacen que muchas personas sufran en silencio estos problemas y no busquen ayuda (33, 34). Solo una cuarta parte de los hombres y mujeres que sufren incontinencia buscan ayuda de un profesional sanitario; suelen avergonzarse de consultar a un profesional sanitario o asumen que es una parte normal del envejecimiento (33). Un estudio halló que más de la mitad de residentes que sufrían incontinencia intestinal en centros residenciales de larga estancia no buscaban ayuda porque sentían vergüenza o tenían pocas esperanzas de poder hacer algo (34). De hecho, aquellos que sí buscaron asistencia esperaron seis meses para pedirla (34).

Es importante abordar el problema de la incontinencia y eliminar finalmente la vergüenza y el estigma asociados para que las personas puedan recibir un diagnóstico y un tratamiento oportunos. En particular, el conocimiento y la toma de conciencia sobre la incontinencia urinaria e intestinal entre los profesionales sanitarios puede romper las barreras que impiden a las personas buscar y recibir atención.

Fomento de los cuidados de calidad para la incontinencia urinaria, la incontinencia intestinal y el estreñimiento

La incontinencia urinaria, la incontinencia intestinal y el estreñimiento están interrelacionados, ya que pueden tener un impacto mutuo. El estreñimiento es un factor de riesgo predisponente tanto para la incontinencia urinaria como para la intestinal (7, 8). Además, la incontinencia urinaria y la intestinal pueden coexistir: este hecho se conoce como "incontinencia doble" y se asocia con un mayor efecto negativo en la salud relacionado con la calidad de vida (36). La incontinencia doble varía entre el 1,7% al 24% de las mujeres en ámbito comunitario, y puede alcanzar hasta el 69,2% de los residentes en centros de cuidados a largo plazo (36). Asimismo, la incontinencia intestinal y el estreñimiento también pueden aparecer juntos: las personas con estreñimiento tienen más probabilidades de desarrollar incontinencia intestinal (37). Por ello, es imprescindible prevenir y manejar de forma temprana estos trastornos para evitar un impacto en cascada sobre la salud.

Es preciso contar con un enfoque integral para promover la **continencia**^G y la calidad de los cuidados de aquellas personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento. Se necesita que los profesionales sanitarios cuenten con mayor concienciación y conocimiento para aliviar el estigma asociado a la incontinencia urinaria e intestinal, reduciendo aún más su impacto en la salud psicológica y el funcionamiento social de quienes viven con estos trastornos. En el plano organizativo, es fundamental contar con políticas, recursos y formación adecuados para sustentar el conocimiento y las destrezas de los profesionales sanitarios con el fin de que puedan valorar y manejar la incontinencia urinaria, la incontinencia intestinal y el estreñimiento. Finalmente, es esencial que los cambios que se produzcan en la práctica estén basados en la evidencia, centrados en el paciente y destinados a reducir el uso de productos para incontinencia, facilitando un bienestar óptimo.

Conclusión

Esta GBP ofrece recomendaciones de buenas prácticas basadas en la evidencia y recursos que ayudarán a las organizaciones sanitarias y al equipo interprofesional a dar apoyo a las personas de 18 años o más que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento en diversos entornos de atención médica (por ejemplo, de agudos, de cuidados a largo plazo, entornos comunitarios y de atención primaria o de rehabilitación). En general, esta Guía pretende mejorar la calidad asistencial, aliviar el estigma y promover de forma proactiva unos resultados en salud positivos para las personas que viven con incontinencia urinaria, intestinal y/o estreñimiento.

Recomendaciones para la incontinencia urinaria

DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS:

El panel de expertos recomienda que, antes de desarrollar un plan de cuidados o efectuar cualquier intervención, los profesionales sanitarios realicen una valoración inicial específica de la continencia en colaboración con la persona que sufre incontinencia urinaria.

Se trata de una buena práctica, por lo que no requiere aplicar el sistema GRADE (12). Realizar una valoración inicial antes de desarrollar un plan de cuidados o de implantar cualquier intervención es un estándar de práctica profesional (38). Por ello, realizar una valoración inicial centrada en las personas que viven con incontinencia urinaria es una buena práctica clínica y un requisito previo para desarrollar un plan de cuidados y aplicar intervenciones enfermeras o de otro tipo. Esta declaración de buenas prácticas es aplicable a todos los entornos de práctica en los que las personas con incontinencia urinaria accedan a servicios, como cuidados de agudos, de larga duración, atención primaria y comunitaria o rehabilitación.

Los profesionales sanitarios pueden contribuir a la detección adecuada de este trastorno cuando preguntan directamente de forma habitual sobre la incontinencia urinaria. Identificar el tipo de incontinencia que sufre la persona (es decir, incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia mixta o incontinencia funcional) y las posibles causas subyacentes o los factores que contribuyen a ello puede orientar el plan de cuidados y ayudar a identificar las intervenciones apropiadas (39). Además, la valoración inicial puede identificar las conclusiones que han de reportarse al miembro del equipo interprofesional pertinente y/o a un especialista en continencia para una evaluación en mayor profundidad.

Una valoración inicial de la incontinencia urinaria puede guiarse por los siguientes componentes, adaptados de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) y sustentados por el panel de expertos (39):

1. Obtener la historia clínica para determinar adecuadamente el tipo de incontinencia urinaria y las posibles causas subyacentes.
2. Obtener un registro de evacuaciones para evaluar la frecuencia de la incontinencia y el volumen de orina evacuado.
3. Valorar la urgencia urinaria mediante cuestionarios validados.
4. Emplear un análisis de orina con tira reactiva como instrumento de cribado para evaluar **glucosuria^G**, **hematuria^G**, **proteínuria^G** y **piuria^G**, de acuerdo con las políticas y los procedimientos locales.
5. Medir el volumen residual postmiccional (VRP) a los pocos minutos de la micción, ya sea calculando el volumen de la vejiga con un ecógrafo portátil o mediante un sondaje intermitente (a menos que se indique lo contrario).

Véase la **Tabla 7** en “Notas de práctica” (a continuación) para obtener más detalles del panel de expertos sobre cada uno de estos componentes.



Precaución: No se debe recurrir al análisis de orina con tira reactiva para diagnosticar una infección del tracto urinario (ITU).

La declaración del panel de expertos citada es coherente con la siguiente recomendación de *Choosing Wisely Canada*: "no utilice una tira de orina ni envíe muestras de orina para su cultivo a menos que haya síntomas del tracto urinario" (1). La recomendación indica que las pruebas con tira reactiva solo deben emplearse cuando existan síntomas de ITU, como molestias urinarias, frecuencia o urgencia, dolor suprapúbico, dolor en el costado o fiebre. Las pruebas a menudo muestran bacterias en la orina sin localizar los síntomas del tracto genitourinario. Por ello, el exceso de pruebas y el tratamiento de la bacteriuria asintomática con antibióticos puede conducir a un mayor riesgo de diarrea e infección por *Clostridium difficile*. El uso excesivo de antibióticos contribuye a incrementar la resistencia antimicrobiana.

Véase <https://choosingwiselycanada.org/nursing/> para consultar la recomendación de la campaña Choosing Wisely Canada y la evidencia asociada.



Tabla 7: Notas prácticas del panel de expertos

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN	DETALLES DE LA VALORACIÓN
<p>Obtener una historia de incontinencia urinaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para obtener la historia clínica general se puede averiguar, entre otros, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> □ Identificar factores, incluidas comorbilidades, para determinar posibles causas subyacentes de incontinencia urinaria. □ Para consultar una lista de factores (incluidas comorbilidades) que pueden causar o contribuir a la incontinencia urinaria, véase el Anexo I. □ Realizar una revisión de la medicación prescrita y sin receta y de los suplementos que tome la persona para evaluar si contribuyen a la incontinencia urinaria. Realizar la revisión de la medicación junto con quien prescribió los medicamentos y/o con un farmacéutico. Para ver una lista de medicamentos que pueden contribuir a la incontinencia urinaria, véase el Anexo J. □ Valorar el estado funcional y cognitivo de las personas que sufren incontinencia urinaria. ■ El contenido de la historia clínica general puede incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> □ Tipo y cantidad de líquido ingerido diariamente, incluidos cafeína y alcohol. □ Tipo, aparición y duración de los síntomas. □ Uso diario de productos para incontinencia (es decir, protectores para adultos). □ Valoración de la piel perineal para determinar el efecto de la incontinencia urinaria en los aspectos físicos de la calidad de vida. □ Grado de molestia producida por la incontinencia urinaria y el impacto en los aspectos social, psicológico y sexual para la calidad de vida de la persona. □ Identificación de barreras u obstáculos para el aseo. □ Valoración de cualquier señal de alerta roja y/o amarilla asociada a la incontinencia urinaria. <ul style="list-style-type: none"> ● Las señales de "alerta roja" son indicadores clínicos de alto riesgo que requieren que se informe al miembro apropiado del equipo interprofesional y/o a un especialista en continencia. Algunos ejemplos son: <ul style="list-style-type: none"> ○ dolor al orinar; ○ sangre en la orina; o ○ sensación de presión en la vagina. ● Las señales de "alerta amarilla" son indicadores clínicos que requieren una valoración continua (es decir, seguimiento) y deben derivarse al miembro pertinente del equipo interprofesional y/o a un especialista en continencia. Por ejemplo, puede existir incontinencia urinaria potencialmente producida por delirio, infección, uso de medicamentos, movilidad reducida o retención fecal. <p>Nota: Los profesionales sanitarios pueden preguntar a la red de apoyo de la persona para recabar datos para la valoración si la persona no es capaz de ofrecer estos detalles.</p>

RECOMENDACIONES

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN	DETALLES DE LA VALORACIÓN
<p>Obtener un registro de micción</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se puede usar un diario miccional de tres días para recoger datos precisos sobre: <ul style="list-style-type: none"> □ frecuencia, cantidad y gravedad de la incontinencia; y □ uso de productos para incontinencia. ■ Registrar todas las micciones durante tres días consecutivos, empezando con la primera micción del primer día y terminando cuando comienza el cuarto día. ■ Antes de empezar a usar estrategias de aseo, identificar el patrón de incontinencia de la persona con un diario miccional de tres días. ■ Para consultar un ejemplo de diario miccional, véase el Anexo K.
<p>Valorar la incontinencia urinaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se puede consultar una lista de escalas y cuestionarios validados para valorar la incontinencia urinaria en el Anexo L. ■ Para quienes sea posible, pueden optar por completar un cuestionario de los síntomas y los efectos de la incontinencia en su calidad de vida.
<p>Usar un análisis de orina con tira reactiva como instrumento de cribado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ No se debe recurrir al análisis de orina con tira reactiva para diagnosticar una infección del tracto urinario (ITU); no obstante, se puede usar para determinar si es necesario efectuar una valoración en más profundidad, especialmente cuando se sospecha que se presenta de nuevo la incontinencia urinaria. ■ Los análisis de orina con tira reactiva solo deben usarse de acuerdo con las políticas y los procedimientos del entorno local.
<p>Medir el volumen residual posmiccional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Está indicado medir este valor para conocer el grado de vaciado de la vejiga (por ejemplo, un residuo inferior a 50-100 ml es normal evacuando un volumen de 100 ml o mayor). ■ Los cuidadores directos refieren una medida del volumen vaciado antes de medir el volumen residual posmiccional. ■ Para realizar una medida del volumen residual posmiccional, debe haber una prescripción realizada por un médico o una enfermera especializada.

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN	DETALLES DE LA VALORACIÓN
<p>Resultados informados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La valoración integral⁶ de incontinencia urinaria debe ser realizada por una persona especializada en continencia. ■ En función de las necesidades individuales de la persona, se pueden dar resultados a: <ul style="list-style-type: none"> □ Un miembro del equipo interprofesional que puede derivar a la persona a un especialista en continencia tras la valoración inicial (según sea necesario). Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ● médicos de familia; ● enfermeras; y ● nutricionistas. □ Especialistas en continencia, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> ● ginecólogos/uroginecólogos; ● urólogos; ● enfermeras asesoras en materia de continencia; ● enfermeras estomaterapeutas; y ● fisioterapeutas de suelo pélvico. ■ La derivación a otro profesional puede individualizarse, según las necesidades y los deseos de la persona y su red de apoyo.

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Identifying continence issues. In: Victoria State Government [Internet]. Victoria (AU): Victoria State Government; c2017-2020. Available from: https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/continence/continence-identifying</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que contiene información para identificar problemas de continencia en adultos mayores. ■ Incluye preguntas de cribado para el primer ingreso, la valoración de factores contribuyentes, detalles sobre la elaboración del historial, etc.
<p>LeBlanc K, Christensen D, Robbs L, Johnston V, Cleland B, Flett N. Best practice recommendations for the prevention and management of incontinence-associated dermatitis. <i>Wound Care Can.</i> 2010; 8(3): 6-23.</p> <p>The journal article is available from: https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/2010-vol-8-no-3/376-wcc-2010-v8n3-best-practice-english/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Artículo de una revista de acceso abierto que incluye una herramienta de valoración perineal validada de cuatro elementos que evalúa los riesgos que contribuyen a la dermatitis asociada a la incontinencia (véase la Tabla 2).
<p>Locate a Professional. In: The Canadian Continence Foundation [Internet]. Peterborough (ON): The Canadian Continence Foundation; c2020. Available from: https://www.canadiancontinence.ca/EN/locate-a-professional.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que identifica diversos tipos de especialistas en continencia (y sus respectivas funciones) para cuidar a personas con incontinencia urinaria. ■ Ayuda a las personas residentes en Canadá a localizar al especialista más adecuado en su ciudad.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2016. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/DDD_BPG.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía de buenas prácticas sobre delirio, demencia y depresión en personas mayores que incluye diversos recursos para realizar una valoración cognitiva. ■ Véase el Anexo H sobre herramientas de cribado y valoración para personas con delirio y demencia.
<p>Senior friendly care learning series. In: Regional Geriatric Program of Toronto [Internet]. Toronto (ON): Regional Geriatric Program of Toronto; c2020. Available from https://www.rgptoronto.ca/resources/senior-friendly-care-learning-series/?_search=Urinary%20incontinence</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye recursos para profesionales clínicos sobre la fisiología de la vejiga, los medicamentos que contribuyen a la incontinencia urinaria, un folleto para el paciente y el cuidador, y mucho más.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 1:

¿Se deben recomendar estrategias de aseo para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida y uso de productos para incontinencia.

RECOMENDACIÓN 1.1:

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios fomenten estrategias de aseo individualizadas dirigidas a las personas que tienen incontinencia urinaria.

Fuerza de la Recomendación: Fuerte

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

A efectos de esta recomendación, una estrategia de aseo se refiere a un tipo de terapia conductual y de apoyo destinada a mejorar el control de la vejiga. En los distintos estudios, las estrategias de aseo incluyen **micción inducida**^G (40) y **entrenamiento vesical**^G (41, 42). La micción inducida consiste en utilizar indicaciones verbales y físicas para que las personas reparen en la necesidad de ir al inodoro y, si procede, animarlas a ir al baño mediante un refuerzo positivo (40). Un estudio aplicó la micción inducida con personas mayores, incluidas personas con problemas cognitivos, en centros de cuidados de larga estancia (40). El entrenamiento vesical supone ciertas modificaciones (p. ej., eliminar alimentos irritantes para la vejiga de la dieta, manejar la ingesta de líquidos, controlar el peso, regular el intestino y dejar de fumar) y el uso de técnicas de relajación y distracción para controlar la frecuencia y urgencia urinarias (42). Los dos estudios que fomentaron el entrenamiento vesical incluyeron a personas con incontinencia urinaria en un entorno comunitario (41, 42).

La investigación sugiere que las estrategias de aseo, como la micción inducida y entrenamiento vesical, pueden reducir los episodios de incontinencia y el uso de productos para la incontinencia; también pueden mejorar la calidad de vida de las personas que viven con incontinencia urinaria (40-42). En la literatura no se refirieron daños derivados de las estrategias de aseo. La evidencia presentaba una certeza baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios, el uso de diferentes herramientas para medir los resultados entre los estudios y el pequeño número de participantes en los estudios.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (estrategias de aseo) en los resultados prioritarios (episodios de incontinencia, calidad de vida y uso de productos para incontinencia), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

En "Notas prácticas" se describen algunos componentes de la intervención recogidos en la literatura.

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las personas que viven con incontinencia urinaria con respecto a las estrategias de aseo.

Equidad en salud

La aplicación satisfactoria de las estrategias de aseo individualizadas en todos los entornos puede verse limitada por la falta de personal y los problemas de carga de trabajo, que pueden ser más acusados en determinados sectores. El panel de expertos destacó la importancia de desglosar estas barreras para implantar la práctica recomendada, mejorando así los resultados de las personas que viven con incontinencia urinaria.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

Animar a las personas con incontinencia urinaria a aplicar estrategias de aseo puede reportar ciertos beneficios. No se registraron daños asociados. No obstante, el nivel de certeza de esta evidencia fue bajo. El panel de expertos destacó que alentar las estrategias de aseo puede reducir los episodios de incontinencia y el uso de productos para incontinencia, y puede mejorar la calidad de vida, todos ellos resultados que las personas con incontinencia aprecian mucho. A pesar de la baja certeza de la evidencia, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era fuerte.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- No todas las estrategias de aseo son adecuadas (o resultan realistas) para todas las personas con incontinencia urinaria. Los profesionales sanitarios deben evaluar con cuidado la edad de la persona, sus limitaciones físicas y su estado cognitivo (p. ej., demencia u otros problemas de comportamiento) y fomentar estrategias individualizadas para ellos. Véase la **Declaración de buenas prácticas** sobre la valoración de la incontinencia urinaria (en p. 38).
- Según la edad de la persona, sus limitaciones físicas y su estado cognitivo, fomentar una estrategia de aseo individualizada como enfoque inicial antes de recurrir a productos para incontinencia.

La declaración del panel de expertos citada es coherente con la siguiente recomendación de *Choosing Wisely Canada*: "no usar sistemáticamente productos para la incontinencia (como pañales o compresas) para adultos mayores" (1). La recomendación y la evidencia asociada indican que, el uso rutinario de productos de contención para incontinencia se asocia a resultados adversos, como menor autoestima y calidad de vida percibida y mayores índices de dermatitis, lesiones por presión e infecciones del tracto urinario. En el caso de las personas de edad avanzada, debe realizarse una valoración exhaustiva para determinar el riesgo de tales resultados antes de iniciar o continuar con el uso de dichos productos.

Véase <https://choosingwiselycanada.org/nursing/> para consultar la recomendación de la campaña *Choosing Wisely Canada* y la evidencia asociada.

Tabla 8: Notas prácticas de la evidencia

INTERVENCIÓN CLAVE	DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA
<p>Estrategias de aseo para personas con incontinencia urinaria</p>	<p>Micción inducida</p> <p>Lai and Wan, 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aplicación en residentes de centros de cuidados a partir de 65 años, incluidas personas con trastornos cognitivos. ■ Periodo de intervención de seis meses. ■ Se induce la micción cada 2-2,5 horas, desde las 7 h hasta las 19 h, siete días a la semana (40). ■ Véase el Anexo M para consultar un ejemplo de protocolo de micción inducida.
	<p>Entrenamiento vesical</p> <p>Rizvi et al., 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Todas las participantes eran mujeres de entre 22 y 65 años que vivían en entorno comunitario. ■ El entrenamiento incluía técnicas para suprimir la urgencia, autocontrol (diario miccional), modificaciones del estilo de vida (por ejemplo, eliminar elementos irritantes para la vejiga de la dieta, gestionar la ingesta de líquidos, controlar el peso, regular el intestino y dejar de fumar) y micción programada (42). <p>Lee et al., 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los participantes eran tanto hombres como mujeres a partir de 40 años que vivían en entorno comunitario y que sufrían vejiga hiperactiva idiopática. ■ El programa de entrenamiento de la vejiga duraba 30 minutos y se componía de: <ul style="list-style-type: none"> □ Educación sobre la frecuencia y la cantidad normales durante el día. □ Vídeos sobre la fisiología normal de la micción. □ Educación sobre la retención de la orina hasta cumplir un objetivo. □ Educación sobre cómo entrenar la vejiga, como: <ul style="list-style-type: none"> ● abstenerse de ir al baño después de sentir la necesidad de orinar; ● detener la actividad y el pensamiento un momento para dejar de pensar en miccionar; y ● realizar ejercicios de suelo pélvico cinco o seis veces al día. □ Comentarios y resolución de problemas con una enfermera especializada (41).

RECOMENDACIONES

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Continence and using the toilet. In: Dementia Support Australia [Internet]. [place unknown]: Dementia Support Australia; c2020. Available from: https://dementia.com.au/resources/library/care-support-guides/continence-and-using-the-toilet.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye información sobre las dificultades que afrontan las personas con demencia ante el aseo y aporta ideas para dar apoyo.
<p>Cottenden A, Fader M, Beeckman D, Buckley B, Kitson-Reynolds E, Moore K, et al. Management using continence products. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence 6th edition. Bristol, UK: International Continence Society; 2017. Available from: https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicibook</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye información detallada sobre productos absorbentes para hombre y para mujer. ■ Ofrece información sobre categorías de productos absorbentes, materiales, etc.
<p>Improving continence care for people with dementia living at home [Internet]. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2014. Available from: https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports (halfway down the page)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informe que explora las necesidades de personas con demencia en entorno domiciliario con problemas de incontinencia. ■ Recurso dirigido a personas con demencia, cuidadores, profesionales sanitarios y de servicios, y responsables políticos. ■ Incluye consideraciones sobre el uso de la micción inducida en personas con demencia.
<p>Treating Incontinence. In: Canadian Continence Foundation [Internet]. Peterborough (ON): Canadian Continence Foundation; c2020. Available from: https://www.canadiancontinence.ca/EN/treatment.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que ofrece una visión general sobre el tratamiento y soluciones u opciones de gestión para la incontinencia urinaria, como el reentrenamiento de la vejiga. ■ Recoge numerosas fichas informativas descargables.
<p>Toileting and incontinence. In: Alzheimer Society Canada [Internet]. 2019 Nov 11. Toronto (ON): Alzheimer Society of Canada; c2020. Available from: https://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/Day-to-day-living/Personal-care/Toileting-and-incontinence</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye estrategias de aseo y consejos para reducir la incontinencia para personas con demencia.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 2:

¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Resultados: Episodios de incontinencia y limitaciones físicas.

RECOMENDACIÓN 2.1:

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios animen a las personas con incontinencia urinaria a practicar actividad física de baja intensidad, en la medida en que lo toleren.

Fuerza de la Recomendación: Fuerte

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Confianza en la evidencia: No Aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

A efectos de esta recomendación, la actividad física de baja intensidad se refiere al movimiento corporal ligero, no extenuante y repetitivo, como caminar, ejercicio aeróbico de baja intensidad y entrenamiento de resistencia ligero. En los estudios, la actividad física de baja intensidad incluía, por ejemplo, yoga durante seis semanas (43) y estiramientos, además de bicicleta estática, ejercicios en la cinta de correr y entrenamiento de resistencia durante 2 semanas (44).

La investigación sugiere que la actividad física de baja intensidad puede reducir los episodios de incontinencia y las limitaciones físicas, en especial en mujeres; por ejemplo, mejorar el nivel de actividades físicas o funcionales como caminar o subir (43, 44). La literatura no trata la actividad física de baja intensidad en hombres. No obstante, el panel de expertos se mostró de acuerdo en que fisiológicamente los hombres también ven reducirse los episodios de incontinencia y las limitaciones físicas. En la literatura, no se observaron daños derivados de la actividad física de baja intensidad. La evidencia ofrecía una confianza baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios y el pequeño número de participantes en los mismos.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (actividad física de baja intensidad) en los resultados prioritarios (episodios de incontinencia y limitaciones físicas), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Esta pregunta de recomendación se planteó para excluir recomendaciones relativas a los ejercicios para los músculos del suelo pélvico. Véase la **Recomendación adoptada** (p. 51) para más indicaciones sobre los ejercicios para los músculos del suelo pélvico.

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las mujeres que viven con incontinencia urinaria con respecto a la actividad física de baja intensidad.

Equidad en salud

En la revisión sistemática no se ha identificado evidencia que valorase directamente el impacto de la actividad física en la equidad en la salud. Es necesario contar con más investigación sobre este tema.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

La actividad física de baja intensidad puede ser beneficiosa. No se observaron daños para las mujeres. No obstante, el nivel de certeza de esta evidencia fue bajo. El panel de expertos determinó que las personas valorarían la mejora de los resultados (episodios de incontinencia y limitaciones físicas), y que la integración de la actividad física de baja intensidad en la propia vida ofrece mejoras en diversos aspectos de la salud. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era fuerte.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- La actividad física de baja intensidad debe ser individualizada y adecuada a la edad de la persona, su capacidad física y el estado de salud asociado. Véase la **Declaración de buenas prácticas** sobre la valoración de la incontinencia urinaria (en p. 38).

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Diabetes Canada. Benefits of physical activity [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; c2020. Available from: https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/benefits-of-physical-activity.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso telemático sobre actividad física para personas con diabetes. ■ Incluye información sobre los beneficios de la actividad física e identifica barreras para el ejercicio y consejos para superar dichas barreras.
<p>Diabetes Canada. Introductory resistance program [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; c2020. Available from: https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/introductory-resistance-program.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso telemático sobre guías para introducir el entrenamiento de resistencia para personas con diabetes. ■ Incluye información sobre los beneficios relacionados del entrenamiento de resistencia, consideraciones sobre seguridad y consejos sobre cómo realizar el entrenamiento.
<p>Diabetes Canada. Maintaining aerobic exercise [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; c2020. Available from: https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/maintaining-aerobic-exercise.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso telemático sobre el desarrollo de ejercicios aeróbicos para personas con diabetes. ■ Incluye información sobre los beneficios de la actividad física y para entender la intensidad de la actividad aeróbica.
<p>Walking. In: NHS Health Scotland [Internet]. [place unknown]: NHS Health Scotland; c2020. Available from https://www.nhsinform.scot/healthy-living/keeping-active/activities/walking</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye información sobre los beneficios para la salud física y mental derivados de caminar.
<p>Older adults: Sit up, get dressed, keep moving. In: NHS University Hospitals of North Midlands [Internet]. [place unknown]: UHNM NHS Trust; c2020. Available from: https://www.uhnm.nhs.uk/our-services/older-adults/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye información sobre cómo la actividad puede prevenir el síndrome del desacondicionamiento físico, que puede contribuir al estreñimiento y la incontinencia. ■ Incluye folletos descargables con instrucciones claras sobre cómo realizar los ejercicios en la cama y en la silla.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN ADOPTADA:

¿Se debe recomendar el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico a mujeres que tengan incontinencia urinaria?

Resultados: Mejora de los síntomas, satisfacción del paciente, calidad de vida en lo relativo a salud, función sexual, efectos adversos, valoración anatómica del prolapso de órganos pélvicos.

RECOMENDACIÓN ADOPTADA:

El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios ofrezcan a las mujeres que sufren incontinencia urinaria por esfuerzo o mixta participar en una prueba de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con supervisión durante al menos tres meses, como medida de manejo de primera línea. Se debe realizar una valoración exhaustiva para determinar la aplicabilidad en estas mujeres del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.

Fuerza de la Recomendación: Fuerte

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja a baja

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico es un programa de ejercicios dirigido a mejorar deficiencias concretas de la estructura o la función de los músculos del suelo pélvico (45). Se basa en la valoración de la capacidad de la mujer de contraer los músculos del suelo pélvico (45). El panel de expertos consideró que existen directrices actuales y evidencia sustancial favorable al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico para las mujeres que sufren incontinencia urinaria. En consecuencia, el panel de expertos ha adoptado una recomendación fiable de una guía existente de alta calidad (13). La guía *Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women: Management [Incontinencia urinaria y prolapso de los órganos pélvicos: manejo]* de NICE, ha sido recientemente actualizada, en junio de 2019, y aborda el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico para mujeres con incontinencia urinaria (14).

La evidencia de la revisión sistemática realizada por NICE para la guía de 2019 era favorable al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en comparación con otras opciones de **manejo conservador**^G (p. ej., asesoramiento sobre el estilo de vida y uso de un pesario vaginal) o sin tratamiento conservador (14). La evidencia demuestra que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico puede mejorar los síntomas del prolapso de **órganos pélvicos**^G, la satisfacción de la paciente, la calidad de vida relacionada con la salud y la mejora de los estadios 1-2 del prolapso (14). Un estudio refirió sangrado vaginal anormal y alta a los 12 meses cuando el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con pesario vaginal se comparaba con el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico por sí solo, pero la diferencia no fue clínicamente importante (14). La evidencia presentaba certeza de baja a muy baja debido a las limitaciones que hubo por la forma en que se realizaron los estudios y las grandes incertidumbres en torno a la magnitud de los efectos (14).



Precaución: El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico puede no ser adecuado para mujeres mayores frágiles o quienes sufren trastornos cognitivos. Además, el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico debe ser supervisado y guiado por un profesional sanitario con los conocimientos y la capacitación adecuados, como enfermeras asesoras en materia de continencia o un fisioterapeuta de suelo pélvico.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (entrenamiento de los músculos del suelo pélvico) en los resultados prioritarios (mejora de los síntomas, satisfacción del paciente, calidad de vida relacionada con la salud, función sexual, eventos adversos y evaluación anatómica del prolapso de órganos pélvicos), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/evidence/evidence-review-h-lifestyle-and-conservative-management-options-for-pelvic-organ-prolapse-pdf-6725287413>

Valores y preferencias

No hubo evidencia en la guía NICE referida a los valores y las preferencias de mujeres con incontinencia urinaria en relación con el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (14).

Equidad en salud

El panel de expertos reconoce que puede haber limitaciones para acceder a profesionales sanitarios adecuados para supervisar y guiar el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, especialmente para quienes viven en zonas remotas o quienes no cuentan con seguro sanitario. Cabe destacar que son numerosos los profesionales sanitarios que pueden facilitar el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (es decir, no se limita a fisioterapeutas especializados en suelo pélvico), siempre que dicho profesional cuente con los conocimientos y la capacitación adecuados.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico puede ser beneficioso. No se observaron daños para las mujeres. Sin embargo, la certeza de esta evidencia fue de baja a muy baja. El panel de expertos determinó que, cuando se aplica el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico de forma adecuada, sus beneficios superarían los daños y las personas valorarían las mejoras en los resultados.

El panel de expertos incorporó un añadido a la recomendación original de NICE: dado que la audiencia objetivo del profesional sanitario es más amplio en esta GBP que en la guía original NICE, el panel de expertos recomienda realizar primero una valoración integral (14). La valoración integral sería realizada por un profesional sanitario con los conocimientos y las habilidades apropiadas para evaluar la capacidad funcional de la persona para realizar el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, como una enfermera asesora en materia de continencia o un fisioterapeuta de suelo pélvico. Además, se deben considerar medidas no invasivas y conservadoras antes de recurrir a la medicación o a la cirugía (en función de la gravedad del caso). Por tanto, el panel de expertos coincidió con la fuerza de la recomendación señalada por el panel de expertos de NICE, que fue fuerte (14).

Notas prácticas

Del panel de expertos

- En la práctica, el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico supervisado se ha aplicado para suprimir la urgencia tanto en hombres como en mujeres, y en hombres tras una cirugía de próstata. Es necesario contar con más investigación sobre este tema.

Otras recomendaciones de NICE que pueden respaldar la aplicación de la recomendación son:

- El programa de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico debe comprender al menos ocho contracciones, realizadas tres veces al día (14).
- No usar la perineometría o la electromiografía del suelo pélvico como biorretroalimentación (*biofeedback*) como parte rutinaria del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (14).
- Continuar con el programa de ejercicios si el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico es beneficioso (14).

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Find a health care professional. In: Pelvic Health Solutions [Internet]. [place unknown]: Pelvic Health Solutions; c2010–2020. Available from: https://pelvichealthsolutions.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none">■ Sitio web que contiene una lista de fisioterapeutas (incluidos fisioterapeutas de suelo pélvico) en Ontario y en todo Canadá.■ El listado recoge el nombre de los fisioterapeutas y el nombre de su empresa, la dirección, los datos de contacto y la formación especializada que ha realizado.



PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 3:

¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Resultados: Calidad de vida, satisfacción del paciente y episodios de incontinencia.

RECOMENDACIÓN 3.1:

El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias implanten un enfoque interprofesional en la atención de las personas con incontinencia urinaria.

Fuerza de la Recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

A efectos de esta recomendación, un enfoque interprofesional se refiere a un enfoque coordinado en los cuidados para la continencia por parte de un equipo de profesionales sanitarios (que supone entre otros informar y/o derivar a especialistas en continencia), basado en las necesidades individuales de cuidado. La investigación sugiere que implantar un enfoque interprofesional en el seno de las organizaciones sanitarias puede mejorar la calidad de vida (46) y la satisfacción del paciente (46, 47), y reducir los episodios de incontinencia en personas que viven con incontinencia urinaria (47). Un estudio examinó los efectos del tratamiento que recibieron personas con incontinencia urinaria en una clínica de atención pélvica interprofesional en un centro hospitalario (47). El segundo estudio refirió los efectos de un enfoque multidisciplinar en cuanto al sobrepeso de las mujeres derivadas a una clínica para la incontinencia en un centro hospitalario (46). En la literatura no se refirieron daños derivados de la aplicación de un enfoque interprofesional. La evidencia presentaba una certeza baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios y el uso de diferentes herramientas para medir los resultados entre los distintos estudios.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (un enfoque interprofesional) en los resultados prioritarios (calidad de vida, satisfacción del paciente y episodios de incontinencia), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

En "Notas prácticas" se describen algunos componentes de la intervención recogidos en la literatura.

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las personas que viven con incontinencia urinaria con respecto a la aplicación de un enfoque interprofesional dentro de las organizaciones sanitarias.

Equidad en salud

Para algunas personas con incontinencia urinaria, el acceso a un equipo interprofesional de expertos puede ser limitado en función de dónde residan y del entorno de servicios sanitarios en el que viven o reciben atención.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

El panel de expertos determinó que se puede gestionar adecuadamente a la mayor parte de las personas con incontinencia urinaria si se tiene acceso a un especialista en continencia que conozca el trastorno y pueda ofrecer orientación adecuada para su manejo. Algunas personas pueden precisar un equipo de expertos que trabajen juntos, pero no todas las personas requieren este nivel de cuidados. Además, la evidencia general de un enfoque interprofesional presentaba una baja certeza. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la solidez de la Recomendación era condicional.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- Los miembros del equipo interprofesional pueden ser enfermeras (enfermeras tituladas, enfermeras especializadas, enfermeras asesoras en materia de continencia, enfermeras especializadas en heridas, ostomía y continencia), médicos (médicos de familia, uroginecólogos, urólogos, cirujanos colorrectales), asistentes personales de apoyo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y farmacéuticos.
- Es preciso adoptar un enfoque interprofesional individualizado basado en las necesidades asistenciales de cada persona. Los centros de atención primaria abordan el inicio del manejo basado en la evidencia y tienen recursos para referir a la persona a especialistas en continencia u otros servicios de atención para la continencia (p. ej., centros especializados), según sea necesario.

Tabla 9: Notas prácticas de la evidencia

INTERVENCIÓN CLAVE	DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA
<p>Enfoque interprofesional para la atención de la incontinencia urinaria</p>	<p>Fjerbaek et al., 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El equipo interprofesional incluía: <ul style="list-style-type: none"> □ un nutricionista clínico y fisioterapeutas ginecológicos. ■ Se aplicaron intervenciones en mujeres con sobrepeso con incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta, derivadas al centro de incontinencia en un departamento ginecológico hospitalario (46). ■ El enfoque asistencial interprofesional comprendía lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> □ Cuatro sesiones individuales de asesoramiento sobre nutrición (en las semanas 1, 4, 8 y 12) y una sesión de grupo (en la semana 6) dirigidas por un nutricionista clínico; □ Un programa de ejercicio consistente en dos sesiones de entrenamiento a la semana durante 12 semanas, dirigido por fisioterapeutas ginecológicos experimentados. Cada sesión duraba 1 hora e incluía calentamiento, entrenamiento aeróbico a intervalos, entrenamiento de fuerza progresivo y estiramientos o relajación; □ Una lección en grupo sobre la anatomía y la función del suelo pélvico y un programa de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico que incluía el uso de conos vaginales para realizar en casa. Las sesiones corrían a cargo de fisioterapeutas (46). <p>Vrijens et al., 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El equipo interprofesional incluía: <ul style="list-style-type: none"> □ urólogo, ginecólogo, cirujano colorrectal, sexólogo, psiquiatra, fisioterapeuta y enfermera especializada en incontinencia. ■ El enfoque asistencial interprofesional comprendía lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> □ sistema de cribado tras la derivación; □ categorización de las reclamaciones de los pacientes; □ consulta con uno o varios especialistas pertinentes del equipo interdisciplinar, según lo demandado; y □ discusión de problemas complejos en reuniones semanales interdisciplinarias (47).

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Locate a Professional. In: The Canadian Continence Foundation [Internet]. Peterborough (ON): The Canadian Continence Foundation; c2020. Available from: https://www.canadiancontinence.ca/EN/locate-a-professional.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que identifica diversos tipos de especialistas en continencia (y sus respectivas funciones) para cuidar a personas con incontinencia urinaria. ■ Ayuda a las personas residentes en Canadá a localizar al especialista más adecuado en su ciudad.

Recomendaciones para la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento

DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS:

El panel de expertos recomienda que, antes de desarrollar un plan de cuidados o efectuar cualquier intervención, los profesionales sanitarios realicen una valoración inicial específica de la continencia en colaboración con la persona que sufre incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Se trata de una buena práctica, por lo que no requiere aplicar el sistema GRADE (12). Realizar una valoración inicial antes de desarrollar un plan de cuidados o de implantar cualquier intervención es un estándar de práctica profesional (38). Realizar una valoración inicial centrada en las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento es una buena práctica clínica y un requisito previo para desarrollar un plan de cuidados y aplicar intervenciones enfermeras o de otro tipo. Esta declaración de buenas prácticas es aplicable a todos los entornos de práctica en los que las personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento accedan a servicios, como cuidados de agudos, de larga duración, atención primaria y comunitaria o rehabilitación.

Los profesionales sanitarios pueden contribuir a la detección adecuada de este trastorno cuando preguntan directamente de forma habitual sobre la incontinencia intestinal. Identificar el tipo de incontinencia intestinal y las posibles causas subyacentes puede orientar el plan de cuidados y ayudar a identificar las intervenciones adecuadas (26). Además, la valoración inicial puede identificar las conclusiones que han de reportarse al miembro del equipo interprofesional pertinente y/o a un especialista en continencia para una evaluación en mayor profundidad.

Incontinencia intestinal

La *International Continence Society* [Sociedad Internacional de Continencia] identifica la edad, las heces blandas, los trastornos relacionados con el intestino (p. ej., antes de una cirugía rectal), los problemas de movilidad, los problemas funcionales, la demencia, las enfermedades neurológicas (como accidente cerebrovascular o lesión de la médula espinal) y otros problemas médicos como factores de riesgo primarios de incontinencia intestinal, especialmente en personas mayores (26). Las personas que viven con incontinencia intestinal pueden ser reacias a informar de sus síntomas a un profesional sanitario debido al estigma asociado (26).

La *International Continence Society* señala que los proveedores sanitarios deben realizar una valoración inicial de incontinencia intestinal para:

1. Comprender los subtipos de incontinencia intestinal que hay (es decir, incontinencia intestinal pasiva, incontinencia intestinal de urgencia o incontinencia intestinal funcional).
2. Identificar una lista de factores de riesgo de incontinencia intestinal (26).

Para la valoración inicial de incontinencia intestinal puede ser necesario recabar una historia de los siguientes aspectos (como señala la *International Continence Society*):

1. Hábitos intestinales diarios, incluyendo frecuencia y consistencia de las heces, aparición, duración y gravedad de los síntomas, para entender de qué tipo de incontinencia intestinal se trata.
2. Información sobre el momento de incontinencia intestinal (p. ej., tras defecar o durante la noche) para evaluar si la incontinencia intestinal se asocia a movimientos intestinales.

3. Historia nutricional, para descartar posibles causas subyacentes.
4. Medicación, para evaluar su efecto respecto a la incontinencia intestinal.
5. Comorbilidades, para determinar posibles causas subyacentes.
6. Historia obstétrica, para descartar incontinencia intestinal asociada al uso de fórceps, peso al nacer de más de 4 kg o desgarro de cuarto grado.
7. Cirugías previas (p. ej., cirugía por fisura anal o cirugía de **fístula**^G), radiación pélvica u otros problemas de suelo pélvico (p. ej., incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos) que puedan contribuir a la incontinencia intestinal.
8. Impacto de la incontinencia intestinal en la calidad de vida (26).

Estreñimiento

El estreñimiento es una queja frecuente en personas de todas las edades, y su gravedad varía de una persona a otra. Los factores contribuyentes al desarrollo de estreñimiento pueden ser, entre otros: dietas bajas en fibra, ingesta inadecuada de líquidos, disminución de la movilidad, efectos secundarios de la medicación, cirugías y otros trastornos médicos agudos o crónicos (48).

Identificar el patrón de función intestinal y las posibles causas subyacentes pueden orientar el plan de cuidados y ayudar a identificar las intervenciones adecuadas (26). Además, la valoración inicial puede identificar las conclusiones que han de reportarse al miembro del equipo interprofesional pertinente y/o a un especialista en continencia para una evaluación en mayor profundidad.

Bardsley indica que una valoración inicial de estreñimiento puede guiarse por los siguientes pasos:

1. Obtener una historia basal del patrón intestinal de la persona: tipo y cantidad de las heces, frecuencia y momento de los movimientos intestinales, y cualquier esfuerzo con los movimientos intestinales.
2. Valorar la consistencia de las heces usando la Tabla de heces de Bristol.
3. Recabar una historia de siete días de ingesta de líquidos y fibra.
4. Realizar una revisión de las medicaciones para evaluar su efecto respecto al estreñimiento.
5. Examinar las comorbilidades que puedan causar o contribuir al estreñimiento.
6. Valorar el estado funcional y cognitivo de la persona.
7. Realizar un examen rectal digital para determinar la **impactación fecal**^G (48).

Véase la **Table 10** en “Notas prácticas” para obtener más detalles del panel de expertos sobre los componentes de la valoración de incontinencia intestinal y estreñimiento.

Notas prácticas

Tabla 10: Notas prácticas del panel de expertos

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN	DETALLES DE LA VALORACIÓN
<p>Obtener una historia de incontinencia intestinal y/o estreñimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para obtener la historia clínica general se puede averiguar, entre otros, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> □ Identificar factores, incluidas comorbilidades, para determinar posibles causas subyacentes de incontinencia intestinal y/o estreñimiento. <ul style="list-style-type: none"> ● Para consultar una lista de factores de riesgo de incontinencia intestinal, véase el Anexo N. ● Para ver una lista de trastornos que pueden causar estreñimiento, véase el Anexo O. □ Realizar una revisión de la medicación tanto prescrita como sin receta y de los suplementos que tome la persona para evaluar si contribuyen a la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento. Realizar la revisión de la medicación junto con quien prescribió los medicamentos y/o con un farmacéutico. <ul style="list-style-type: none"> ● Para ver una lista de medicamentos que pueden contribuir a la incontinencia intestinal, véase el Anexo N. ● Para ver una lista de trastornos que pueden causar estreñimiento, véase el Anexo P. □ Valorar el estado funcional y cognitivo de las personas que sufren incontinencia intestinal. ■ El contenido de la historia clínica general puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> □ Historia nutricional: ingesta diaria de fibra y líquidos, incluidos cafeína y alcohol. □ Aparición, duración y gravedad de los síntomas. □ Frecuencia de movimiento intestinal. □ Consistencia de las heces. <ul style="list-style-type: none"> ● Para ver un ejemplo de la Tabla de heces de Bristol para medir la consistencia de las heces, véase el Anexo Q. ● Para consultar un ejemplo de registro de evacuación intestinal, véase el Anexo R. □ Cirugías anorrectales previas. □ Valoración de la piel perianal para determinar el efecto de la incontinencia intestinal en los aspectos físicos de la calidad de vida. □ Nivel de molestia e impacto en la calidad de vida (aspectos social, psicológico y sexual) debido a la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento. □ Valoración de señales de alerta roja y/o amarilla asociados a la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento.

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN	DETALLES DE LA VALORACIÓN
<p>Obtener una historia de incontinencia intestinal y/o estreñimiento (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Las señales de "alerta roja" son indicadores clínicos de alto riesgo que requieren que se informe al miembro apropiado del equipo interprofesional y/o a un especialista en continencia. Entre otros, algunos ejemplos de señal de alerta roja son el dolor o el sangrado con los movimientos intestinales. ● Las señales de "alerta amarilla" son indicadores clínicos que requieren una valoración continua (es decir, seguimiento) y deben referirse al miembro pertinente del equipo interprofesional y/o a un especialista en continencia. Entre otros, algunos ejemplos de señal de alerta amarilla son: <ul style="list-style-type: none"> ○ incontinencia intestinal potencialmente causada por delirio, infección, efectos secundarios de la medicación, diarrea, impactación fecal o acceso inadecuado a un aseo; y ○ estreñimiento potencialmente causado por una inadecuada ingesta de líquidos/fibra, movilidad reducida o efectos secundarios de la medicación. <p>Nota: Los profesionales sanitarios pueden preguntar a la red de apoyo de la persona con el fin de recabar datos para la valoración si la persona no es capaz de ofrecer estos detalles.</p>
<p>Resultados informados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un especialista en continencia debe realizar una evaluación exhaustiva de la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento, lo que incluye realizar un examen rectal digital para determinar el tono del esfínter anal, si existe fisura anal, rectocele o hemorroides. ■ En función de las necesidades individuales de la persona, se pueden dar resultados a: <ul style="list-style-type: none"> □ Un miembro del equipo interprofesional, que puede derivar a la persona a un especialista en continencia tras la valoración inicial (según sea necesario). Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ● médicos de familia; ● enfermeras; ● fisioterapeutas; y ● nutricionistas. □ Especialistas en continencia, como: <ul style="list-style-type: none"> ● ginecólogos/uroginecólogos; ● gastroenterólogos; ● cirujanos colorrectales; ● enfermeras asesoras en materia de continencia; ● enfermeras estomaterapeutas; o ● terapeutas ocupacionales; ● fisioterapeutas especializados en suelo pélvico. ■ La derivación a otro profesional puede individualizarse, según las necesidades y los deseos de la persona y su red de apoyo.

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Identifying continence issues. In: Victoria State Government [Internet]. Victoria (AU): Victoria State Government; c2017-2020. Available from: https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/continence/continence-identifying</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que contiene información para identificar problemas de continencia en adultos mayores. ■ Incluye preguntas de cribado al ingreso, la valoración de factores contribuyentes, detalles sobre la elaboración del historial, etc.
<p>LeBlanc K, Christensen D, Robbs L, Johnston V, Cleland B, Flett N. Recomendaciones de buenas prácticas para la prevención y el manejo de dermatitis asociada a la incontinencia. <i>Wound Care Can.</i> 2010; 8(3): 6-23.</p> <p>The journal article is available from: https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/2010-vol-8-no-3/376-wcc-2010-v8n3-best-practice-english/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un artículo de acceso abierto, que incluye una herramienta de evaluación perineal validada de cuatro elementos que valora los riesgos que contribuyen a la dermatitis asociada a la incontinencia (véase Tabla 2).
<p>Locate a Professional. In: The Canadian Continence Foundation [Internet]. Peterborough (ON): The Canadian Continence Foundation; c2020. Available from: https://www.canadiancontinence.ca/EN/locate-a-professional.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que recoge diversos tipos de especialistas en continencia (y sus respectivas funciones) para cuidar de personas con estreñimiento o incontinencia intestinal. ■ Ayuda a las personas residentes en Canadá a localizar al especialista más adecuado en su ciudad.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 4:

¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Episodios de incontinencia, estreñimiento y calidad de vida.

RECOMENDACIÓN 4.1:

El panel de expertos recomienda que, como parte de un programa multicomponente más amplio, los profesionales sanitarios animen a las personas con estreñimiento a realizar actividad física de baja intensidad durante 30-60 minutos (en la medida en que lo toleren) al menos tres veces a la semana para ayudar en el manejo del estreñimiento.

Fuerza de la Recomendación: Fuerte

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

Esta recomendación solo se refiere a actividad física de baja intensidad para el manejo del estreñimiento; no se ha hallado en la literatura información sobre la actividad física de baja intensidad para el manejo de la incontinencia intestinal. A efectos de esta recomendación, la actividad física de baja intensidad se refiere al movimiento corporal ligero, no extenuante y repetitivo, como caminar, hacer ejercicio aeróbico de baja intensidad y practicar deporte como forma de ocio. La actividad física de baja intensidad incluida en algunos estudios se refería a caminar de manera informal, movilización física, entrenamiento de resistencia, usar cinta para caminar e ir aumentando la velocidad durante unos 30-60 minutos, al menos tres veces a la semana (4, 31, 49). Además de la actividad física, los profesionales sanitarios en los estudios también fomentaban una adecuada ingesta de fibra, una dieta baja en calorías (para mujeres con obesidad en un estudio), la adecuada ingesta de líquidos y posiciones en cuclillas adecuadas para defecar (4, 31, 49).

La evidencia demuestra que la actividad física de baja intensidad realizada como parte de un programa multicomponente más amplio puede disminuir el estreñimiento y mejorar la calidad de vida (4, 31, 49). No se refirieron daños en la literatura relativos a la actividad física de baja intensidad u otros aspectos del programa multicomponente. La evidencia fue de baja certeza debido a las limitaciones en la realización de los estudios.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (actividad física de baja intensidad como parte de un programa multicomponente más amplio) en los resultados prioritarios (estreñimiento y calidad de vida), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las personas que viven con estreñimiento con respecto a la actividad física de baja intensidad.

Equidad en salud

En la revisión sistemática no se ha hallado evidencia que valorase directamente el impacto de la actividad física en la equidad en la salud. Es necesario contar con más investigación sobre este tema.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

La actividad física de baja intensidad puede ser beneficiosa. No se registraron daños asociados. No obstante, el nivel de certeza de esta evidencia fue bajo. El panel de expertos determinó que las personas valorarían la mejora de resultados y la integración de la actividad física de baja intensidad en la vida cotidiana como positiva en varios aspectos de la salud. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era fuerte.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- La actividad física de baja intensidad debe ser individualizada y adecuada a la edad de la persona, su capacidad física y los trastornos subyacentes. Véase la **Declaración de buenas prácticas** sobre la valoración de la incontinencia intestinal y el estreñimiento en esta GBP (en p. 57).
- La actividad física de baja intensidad también puede ayudar a prevenir el estreñimiento.
- La actividad física de baja intensidad por sí sola puede no prevenir o ayudar a manejar el estreñimiento. También es importante que los profesionales sanitarios fomenten una adecuada ingesta de líquido y fibra entre las personas que sufren estreñimiento. Véase la **Recomendación 5.1** para consultar detalles sobre el consumo de fibra y la **Recomendación 5.2** sobre la ingesta de líquidos.

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Diabetes Canada. Benefits of physical activity [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; c2020. Available from: https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/benefits-of-physical-activity.pdf?ext=.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso telemático sobre actividad física para personas con diabetes. ■ Incluye información sobre los beneficios de la actividad física e identifica barreras para el ejercicio y consejos para superar dichas barreras.
Diabetes Canada. Introductory resistance program [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; c2020. Available from: https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/introductory-resistance-program.pdf?ext=.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso telemático sobre guías para la introducción del entrenamiento de resistencia para personas con diabetes. ■ Incluye información sobre los beneficios relacionados del entrenamiento de resistencia, consideraciones para la seguridad y consejos sobre cómo realizar el entrenamiento.
Diabetes Canada. Maintaining aerobic exercise [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; c2020. Available from: https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/maintaining-aerobic-exercise.pdf?ext=.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso telemático sobre el desarrollo de ejercicios aeróbicos para personas con diabetes. ■ Incluye información sobre los beneficios de la actividad física y para entender la intensidad de la actividad aeróbica.
Walking. In: NHS Health Scotland [Internet]. [place unknown]: NHS Health Scotland; c2020. Available from https://www.nhsinform.scot/healthy-living/keeping-active/activities/walking	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye información sobre los beneficios para la salud física y mental derivados de caminar.
Older adults: Sit up, get dressed, keep moving. In: NHS University Hospitals of North Midlands [Internet]. [place unknown]: UHNM NHS Trust; c2020. Available from: https://www.uhnm.nhs.uk/our-services/older-adults/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye información sobre cómo la actividad puede prevenir el síndrome del desacondicionamiento físico, que puede contribuir al estreñimiento y la incontinencia. ■ Incluye folletos descargables con instrucciones claras sobre cómo realizar los ejercicios en la cama y en la silla.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 5:

¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Frecuencia de movimientos intestinales, consistencia de las heces, calidad de vida y uso de laxantes.

RECOMENDACIÓN 5.1:

El panel de expertos sugiere que los profesionales sanitarios asesoren a las personas sobre una adecuada ingesta de fibra para prevenir y manejar el estreñimiento.

Fuerza de la Recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

Doce estudios exploraron el efecto de la fibra para la prevención y el manejo del estreñimiento tanto en personas sanas (que no experimentaban estreñimiento) como en personas con estreñimiento (50-61). El tipo y la cantidad de fibra fue variable entre los distintos estudios. En nueve estudios, se ingería fibra en forma de suplementos (inulina, extracto de salvado de trigo, povidex, fibra de maíz soluble, goma guar hidrolizada, **fibra de psilio**^G y polisacáridos de alto volumen específico). Tres estudios incluyeron fibra alimentaria; dos estudios incluyeron ingesta de linaza y un estudio incluyó ciruelas pasas (52, 60, 61). Cinco estudios solicitaban a los participantes consumir fibra con una cantidad prescrita de agua/líquido (51, 52, 59-61), en tanto que un estudio animaba a aumentar la ingesta de líquido a lo largo del día (54). El intervalo de tiempo de la ingesta de fibra entre los estudios osciló entre 10 días y 12 semanas.

En general, la evidencia demuestra que la adecuada ingesta de fibra puede mejorar la frecuencia de movimientos intestinales, la consistencia de las heces y la calidad de vida, y que puede disminuir el uso de laxantes (50-61). Cabe destacar que en uno de los cuatro estudios que describieron la frecuencia de movimientos intestinales se observó que se tendía a reducir la frecuencia de las deposiciones tras la ingesta de suplementos de fibra (51).

Tres estudios refirieron eventos adversos asociados al consumo de suplementos de fibra, incluidos dolor de cabeza y síntomas gastrointestinales (como distensión abdominal, calambres abdominales, diarrea, flatulencia, hinchazón y regurgitación ácida) (50, 53, 57). Sin embargo, ninguno de estos eventos llevó a interrumpir la fibra. La evidencia presentaba una certeza baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios, el uso de diferentes herramientas para medir los resultados entre los estudios y el pequeño número de participantes en los estudios.



Precaución: Es necesario recabar una historia clínica y realizar una revisión de la medicación antes de asesorar a personas adultas sobre ingesta de fibra. Por ejemplo, la fibra de psilio no está recomendada para personas con estreñimiento inducido por opioides, ya que puede producir obstrucción intestinal.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (adecuada ingesta de fibra) en los resultados prioritarios (frecuencia de movimientos intestinales, consistencia de las heces, calidad de vida y uso de laxantes), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Se pueden encontrar más detalles sobre los tipos de suplementos de fibra y otras consideraciones para el consumo de fibra dietética (es decir, fibra que se encuentra naturalmente en los alimentos) en "Notas prácticas".

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las personas que viven con estreñimiento con respecto a la adecuada ingesta de fibra.

Equidad en salud

El panel de expertos destacó que los suplementos de fibra pueden ser costosos; por tanto, pueden no ser accesibles para todas las personas que sufren estreñimiento.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

La adecuada ingesta de fibra puede ser beneficiosa. También puede haber algunos efectos adversos. El nivel de certeza de esta evidencia fue bajo. Además, no todas las personas con estreñimiento pueden tolerar el consumo de suplementos de fibra debido a sus efectos adversos. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la solidez de la Recomendación era condicional.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- La adecuada ingesta de fibra por sí sola puede no prevenir o ayudar a manejar el estreñimiento. También es importante que los profesionales sanitarios fomenten una adecuada ingesta de líquidos y actividad física en personas con estreñimiento. Véase la **Recomendación 4.1** sobre la actividad física y la **Recomendación 5.2** sobre la ingesta de líquidos.
- Aunque la evidencia se refería primordialmente a los suplementos de fibra, se debe animar a estas personas a incorporar alimentos ricos en fibra a su dieta. Teniendo en cuenta la literatura emergente que implica al microbioma intestinal como un componente crítico para la salud (y la aceptación actual de que la fibra de origen vegetal parece ser una importante fuente de nutrientes para una óptima diversidad de la microbiota y su función asociada), el panel de expertos sugiere las fibras de origen vegetal (62). La sección de "Recursos de apoyo" para esta recomendación recoge una lista de fibras de origen vegetal.
- Para obtener orientación sobre la cantidad recomendada de ingesta de fibra, véase *Food Sources of Fibre [Fuentes alimentarias de fibra]* de *Dietitians of Canada* (en "Recursos de apoyo," a continuación).
- Se debe remitir a estas personas a un nutricionista titulado para que les ayude a incorporar la fibra a su dieta con el fin de prevenir y controlar el estreñimiento.

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Focus on Fibre. In: UnlockFood.ca [Internet]. Updated 2018 Oct 31. [place unknown]: Dieticians of Canada; c2020. Available from: https://www.unlockfood.ca/en/Articles/Fibre/Focus-on-Fibre.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web con información sobre la cantidad recomendada de fibra en función del sexo y el grupo de edad, y sobre cómo incorporar más fibra a la dieta.
Continece Foundation of Australia. Bristol stool chart [Internet]. Surrey Hills [AU]: Continece Foundation of Australia; c2019. Available from: https://www.continece.org.au/pages/bristol-stool-chart.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gráfico que recoge siete categorías de heces. ■ El sitio web también ofrece información sobre signos de un intestino sano. ■ También se puede encontrar en el Anexo Q.
Find a Dietitian. In: Dieticians of Canada [Internet]. [place unknown]: Dietitians of Canada; c2020. Available from: https://members.dietitians.ca/DCMember/FindDietitianVF?language=en_US	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web para encontrar un nutricionista que ofrezca asesoramiento personalizado en nutrición y soluciones prácticas.
Daily Food and Activity Diary. In: National Heart, Lung, and Blood Institute [Internet]. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute; [date unknown]. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/eat/diary.htm	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diario de alimentos y actividades que permite hacer un seguimiento de la ingesta de alimentos y actividades para ayudar a perder peso o a mantener un peso y unos niveles de actividad saludables.
Food sources of fibre. In: Dieticians of Canada [Internet]. [place unknown]: Dietitians of Canada; c2016. Available from: https://www.kfhn.ca/default/assets/File/Food%20sources%20of%20soluble%20fibre.pdf?muraadminpreview&muraadminpreview&mobileformat=false	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ficha informativa sobre distintas formas de fibra. ■ Incluye información sobre la ingesta diaria de fibra por grupos de edad.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 5:

¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Consistencia de las heces y uso de laxantes.

RECOMENDACIÓN 5.2:

El panel de expertos recomienda que, como parte de un programa multicomponente más amplio, los profesionales sanitarios asesoren a las personas con estreñimiento sobre una adecuada ingesta de líquidos para ayudar en el manejo del estreñimiento.

Fuerza de la Recomendación: Fuerte

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

Esta recomendación solo se refiere a la ingesta de líquido para el manejo del estreñimiento; no se ha hallado en la literatura información sobre la ingesta de líquido para el manejo de la incontinencia intestinal. La evidencia demuestra que un adecuado consumo de líquidos como parte de un programa multicomponente más amplio puede mejorar la consistencia de las heces y disminuir el uso de laxantes en personas con estreñimiento (4, 30). Aparte de la ingesta de líquidos, los profesionales sanitarios en los estudios también aconsejaron a las personas sobre el consumo diario de fibra alimentaria y una dieta equilibrada, ejercicio, posturas óptimas para defecar e indicaciones sobre un correcto uso de laxantes (4, 30). En un estudio se señaló como adecuado consumo de líquidos una cantidad de entre 1500 a 2000 ml (4); en otro estudio no se especificó (30).

En la literatura no se observaron daños relativos al consumo de líquidos. La evidencia ofrecía una confianza muy baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios y el pequeño número de participantes en los mismos.



Precaución: El asesoramiento sobre la correcta ingesta de líquidos debe ser individualizado para los adultos que tienen restricciones de líquidos (p. ej., adultos con enfermedad renal o insuficiencia cardíaca) o para quienes tienen otros trastornos de salud relevantes.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (ingesta adecuada de líquidos como parte de un programa multicomponente más amplio) en los resultados prioritarios (consistencia de las heces y uso de laxantes), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Véanse las "Notas prácticas" para consultar consideraciones concretas sobre la adecuada ingesta de líquidos

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las personas que viven con estreñimiento con respecto a la adecuada ingesta de líquidos.

Equidad en salud

El agua es un recurso líquido accesible y asequible. No obstante, cabe destacar que muchas comunidades indígenas en Canadá aún carecen de acceso a agua potable, lo que supone una limitación crítica para lograr la equidad en la salud.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

El consumo adecuado de líquidos tiene muchos beneficios asociados. No se registraron daños asociados. Sin embargo, la certeza de esta evidencia fue muy baja. El panel de expertos determinó que se trata de una intervención económica que fácilmente puede incorporarse a la vida cotidiana de las personas con acceso a agua potable. Además, los beneficios de la ingesta adecuada de líquidos superan los posibles daños para la mayoría de las personas, y éstas valorarían la mejora de los resultados. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era fuerte.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- El adecuado consumo de líquido también puede ayudar a prevenir el estreñimiento.
- Se debe remitir a estas personas a un nutricionista titulado para que les ayude a incorporar la ingesta de líquidos a su dieta con el fin de prevenir y controlar el estreñimiento.

De la evidencia

- Un estudio definió el adecuado consumo de líquidos diario entre 1500 y 2000 ml (4). Esta evidencia coincide con las recomendaciones de *Dietitians of Canada* (63). El panel de expertos coincide en recomendar esta cantidad como consumo diario de líquido adecuado.

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Facts on Fluids – How to Stay Hydrated [Internet]. [place unknown]: Dietitians of Canada; c2020. Available from: https://www.unlockfood.ca/en/articles/water/facts-on-fluids-how-to-stay-hydrated.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pautas para el consumo de agua para hombres y mujeres. ■ Aborda tipos de líquidos, signos y síntomas de deshidratación y estrategias para mantenerse hidratado.
Patient Fluid Intake and Output Sheet [Internet]. [place unknown]: Humber River Hospital; c2014. Available from: http://hrrcatalog.hrrh.on.ca/InmagicGenie/DocumentFolder/002093_fluid%20balance%20sheet.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Documento para que los pacientes lleven un control de la ingesta y la eliminación de líquidos. ■ Incluye una guía de referencia sobre los tipos de líquidos más comunes y la cantidad de líquido de cada elemento.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 5:

¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Consistencia de las heces, episodios de incontinencia y calidad de vida.

RECOMENDACIÓN 5.3:

El panel de expertos sugiere que los profesionales sanitarios animen a usar suplementos de fibra de psilio a las personas con incontinencia intestinal en entorno comunitario.

Fuerza de la Recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Moderada

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

El psilio es un suplemento de fibra alimentaria que tiene gran capacidad de retención de agua. De este modo las heces obtienen un efecto de normalización: se pueden ablandar las heces duras en el estreñimiento o aportar consistencia a las heces sueltas/líquidas en caso de diarrea (64). La investigación sugiere que los suplementos de fibra de psilio probablemente mejoran la consistencia de las heces y reducen los episodios de incontinencia en las personas que viven en entorno comunitario con problemas de incontinencia intestinal (65, 66).

Dos estudios se han referido a la calidad de vida como resultado en salud. Un estudio halló que los suplementos de fibra de psilio pueden mejorar la calidad de vida (66), pero el segundo estudio no halló diferencias en la calidad de vida entre los grupos de intervención y de comparación (65). En la literatura no se señalaron daños para los resultados de calidad de vida, consistencia de las heces o episodios de incontinencia. Un estudio halló que los suplementos de fibra de psilio pueden incrementar los síntomas gastrointestinales adversos, como calambres abdominales, pero refirió que no hubo síntomas o fueron leves la mayoría de los días (65). El segundo estudio informó de diarrea como efecto adverso (66).

La evidencia presentaba una certeza moderada debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios, el uso de diferentes herramientas para medir los resultados entre los estudios, la inconsistencia entre los estudios y el pequeño número de participantes en los estudios.



Precaución: El panel de expertos advierte que la fibra de psilio puede producir daños potenciales (como estreñimiento o impactación fecal) si se emplea con personas que carecen de movilidad o que no tienen una hidratación adecuada. Por lo tanto, los suplementos de fibra de psilio no están indicados para personas en cama o para adultos mayores en centros de cuidados a largo plazo. Por ello, la recomendación se aplica a las personas que viven en la comunidad.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (suplementos de fibra de psilio) en los resultados prioritarios (consistencia de las heces, episodios de incontinencia y calidad de vida), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

En "Notas prácticas" se describen algunos componentes de la intervención recogidos en la literatura.

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las personas que viven con incontinencia intestinal con respecto a los suplementos de fibra de psilio.

Equidad en salud

El panel de expertos destacó que el coste de los suplementos de fibra de psilio puede no estar cubierto en los planes de seguros de todas las personas que sufren incontinencia intestinal. Por ello, estas personas pueden tener dificultades para acceder a dichos suplementos de fibra de psilio debido a su coste.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

Los suplementos de fibra de psilio pueden presentar beneficios: se puede mejorar la consistencia de las heces y la calidad de vida, y se pueden reducir los episodios de incontinencia intestinal. La evidencia general fue de certeza moderada. No obstante, los suplementos de fibra de psilio se asociaron a efectos secundarios, como calambres abdominales y diarrea en personas que vivían en un entorno comunitario con incontinencia intestinal. El panel de expertos destacó que la fibra de psilio puede producir daños potenciales (como estreñimiento o impactación fecal) si se emplea con personas que carecen de movilidad o que no tienen una hidratación adecuada. Teniendo en cuenta los efectos secundarios y los potenciales daños, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- Antes de ofrecer suplementos de fibra de psilio, los profesionales sanitarios deben completar una valoración para identificar la causa de la incontinencia intestinal en personas que viven en entorno comunitario.
- Se debe promover el consumo de fuentes de fibra alimentaria antes de considerar el posible uso de suplementos de fibra de psilio.
- La dosificación del psilio tiene que ser gradual (p. ej., empezar con una cucharilla e incrementar según la tolerancia).

Tabla 11: Notas prácticas de la evidencia

INTERVENCIÓN CLAVE	DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA
<p>Consumo adecuado de fibra de psilio</p>	<p>Cantidad de fibra de psilio suplementada</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bliss et al. (2014) utilizaron 14,6 g de psilio/día durante 32 días, tras un periodo de adaptación de 14 días (65). <ul style="list-style-type: none"> □ Los participantes tenían ≥ 18 años, vivían en entorno comunitario y sufrieron incontinencia intestinal al menos dos veces en un periodo de dos semanas. □ Las personas con dificultades de deglución, problemas de malabsorción o alergia a la fibra, o aquellas que usaban laxantes con regularidad o eran alimentadas por sonda, no se incluyeron en el estudio (65). ■ Markland et al. (2105) emplearon 3,4 mg de psilio/día durante cuatro semanas (66). <ul style="list-style-type: none"> □ Los participantes tenían una media de edad de $60,7 \pm 10,1$ años. □ Las comorbilidades específicas incluían diabetes mellitus, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad hepática, colecistectomía, cirugía previa de hemorroides e intolerancia a la lactosa (66).

RECOMENDACIONES



PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 6:

¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Calidad de vida, acceso a cuidados, satisfacción del paciente, episodios de incontinencia y estreñimiento

RECOMENDACIÓN 6.1:

El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias implanten un enfoque interprofesional en la atención de las personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Fuerza de la Recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Confianza en la evidencia: Baja

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

Las conclusiones de la investigación cuantitativa señalan que implantar un enfoque interprofesional en el seno de las organizaciones sanitarias puede mejorar la calidad de vida y la satisfacción del paciente, y reducir los episodios de incontinencia en personas que viven con incontinencia intestinal (47). También puede reducir la incidencia de estreñimiento en personas que sufren estreñimiento (68). La evidencia cuantitativa ofrecía una certeza baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios y el pequeño número de participantes en los mismos.

Un estudio cualitativo referido al acceso a servicios para la incontinencia y la satisfacción del paciente halló que las personas con incontinencia intestinal generalmente percibían como positivo el acceso a unos cuidados integrados, y que podría ser una buena opción a explorar en el futuro (69). La evidencia cualitativa ofrecía una confianza baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizó el estudio y el pequeño número de participantes en el mismo.

No se refirieron daños en la literatura para los resultados de acceso a cuidados, satisfacción del paciente, episodios de incontinencia y estreñimiento. Sin embargo, un estudio informó de una tendencia a la disminución en uno de los cuatro dominios (por ejemplo, afrontamiento/comportamiento) de la calidad de vida cuando se comparó una vía de valoración y tratamiento rápidos integrados con una vía de atención estándar.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (enfoque interprofesional) en los resultados prioritarios (calidad de vida, satisfacción del paciente, episodios de incontinencia y estreñimiento), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Los componentes específicos de la intervención señalados en la literatura (y las consideraciones adicionales del panel de expertos) se describen en las "Notas prácticas" de esta recomendación.

Valores y preferencias

La evidencia indica que las personas que viven con incontinencia intestinal atribuyen gran valor a tener acceso directo a servicios interprofesionales de atención a la incontinencia en su entorno comunitario. Las personas se mostraron satisfechas con el proceso de derivación, con la rapidez de acceso a los servicios y consultas con el equipo de incontinencia, y con el adecuado manejo de sus síntomas (69).

Las personas con incontinencia intestinal que utilizaron vías asistenciales tradicionales plantearon la cuestión de que los médicos de familia no conocen los servicios para la incontinencia existentes en la comunidad. También sufrieron retrasos en la derivación a los servicios de incontinencia adecuados y percibieron que dichos servicios estaban "escondidos" (69).

Equidad en salud

Para algunas personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento, el acceso a un equipo interprofesional de expertos puede ser limitado en función de dónde residan y del entorno de servicios sanitarios en el que viven o reciben atención.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

El panel de expertos determinó que se puede gestionar adecuadamente a la mayor parte de las personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento con el acceso a un especialista en continencia que conozca el trastorno y pueda ofrecer orientación adecuada para su manejo. Algunas personas pueden precisar un equipo de expertos que trabajen juntos, pero no todas las personas requieren este nivel de cuidados. Además, la evidencia general de un enfoque interprofesional presentaba una baja certeza. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la solidez de la recomendación era condicional.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- Los miembros del equipo interprofesional pueden ser enfermeras (enfermeras tituladas, enfermeras especializadas, enfermeras asesoras en materia de continencia, enfermeras especializadas en heridas, ostomía y continencia), médicos (médicos de familia, uroginecólogos, urólogos, cirujanos colorrectales), asistentes personales de apoyo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y farmacéuticos.
- Es preciso adoptar un enfoque interprofesional individualizado basado en las necesidades asistenciales de cada persona. Los centros de atención primaria abordan el inicio del manejo basado en la evidencia y tienen recursos para referir a la persona a especialistas en continencia u otros servicios de atención para la continencia (p. ej., centros especializados), según sea necesario.

Tabla 12: Notas prácticas de la evidencia

INTERVENCIÓN CLAVE	DETALLES DE LA EVIDENCIA
<p>Enfoque asistencial interprofesional para la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento</p>	<p>Hussain, Lim and Stojkovic, 2017 & Rimmer et al., 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Uso de vías clínicas con derivación y consulta a un equipo de incontinencia para casos de incontinencia intestinal (67, 69). ■ Las vías clínicas incluían un equipo interprofesional de profesionales sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> □ Vía clínica IRAT (<i>Integrated Rapid Assessment and Treatment</i>): equipo de cirujanos, fisioterapeuta de suelo pélvico, enfermera especializada en fisiología anorrectal y un investigador independiente (67). □ Vía clínica ICP (<i>Integrated Care Pathway</i>): enfermera especializada en función intestinal, equipo de incontinencia comunitario y consultor cirujano colorrectal dentro de un servicio de disfunción del suelo pélvico (69). <p>Osuafor et al., 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Proyectos de mejora de la calidad planificados y llevados a cabo por un equipo interprofesional para prevenir y gestionar el estreñimiento (68). Incluidos: <ul style="list-style-type: none"> □ Controles de estreñimiento en las unidades clínicas. □ Reuniones del equipo interprofesional para desarrollar un algoritmo para prevenir, detectar y tratar el estreñimiento. □ Equipo interprofesional formado por una enfermera clínica de la unidad, otras enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas y médicos (68).

Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Locate a Professional. In: The Canadian Continence Foundation [Internet]. Peterborough (ON): The Canadian Continence Foundation; 2020. Available from: https://www.canadiancontinence.ca/EN/locate-a-professional.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que recoge diversos tipos de especialistas en continencia (y sus respectivas funciones) para cuidar de personas con estreñimiento o incontinencia intestinal. ■ Ayuda a las personas residentes en Canadá a localizar al especialista más adecuado en su ciudad.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 7:

¿Se debe recomendar un protocolo intestinal para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Estreñimiento y uso de laxantes.

RECOMENDACIÓN 7.1:

El panel de expertos recomienda que las organizaciones sanitarias implanten un protocolo intestinal para el manejo del estreñimiento, que puede ser individualizado.

Fuerza de la Recomendación: Fuerte

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Confianza en la evidencia: No aplicable

Discusión de la evidencia:

Beneficios y daños

Esta recomendación solo se refiere al protocolo intestinal para el manejo del estreñimiento; no se ha hallado en la literatura información sobre ningún protocolo intestinal para el manejo de la incontinencia intestinal. A efectos de esta recomendación, un protocolo intestinal es una descripción paso a paso de estrategias para manejar el estreñimiento.

La evidencia demuestra que las personas que sufren estreñimiento pueden beneficiarse de la implantación de un protocolo intestinal, que puede reducir el estreñimiento y el uso de laxantes (32, 68, 70). Los estudios examinaron los efectos de aplicar protocolos intestinales en diversos entornos de atención geriátrica (p. ej., cuidados a largo plazo y rehabilitación geriátrica). En la literatura no se refirieron daños derivados del protocolo intestinal. La evidencia ofrecía una confianza muy baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios y el pequeño número de participantes en los mismos.

Para información más detallada sobre el impacto de la intervención (protocolo intestinal) en los resultados prioritarios (estreñimiento y uso de laxantes), véanse los perfiles de evidencia disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

En las "Notas prácticas" de esta recomendación se describen los componentes específicos de los distintos protocolos intestinales de los estudios y cualquier consideración adicional del panel de expertos. En el **Anexo S** se pueden encontrar ejemplos de protocolos intestinales.

Valores y preferencias

La revisión sistemática no ha identificado evidencia referida a los valores y preferencias de las personas que viven con estreñimiento con respecto a los protocolos intestinales.

Justificación de la Recomendación por el panel de expertos

Los protocolos intestinales pueden aportar beneficios. No se registraron daños asociados. Sin embargo, la certeza de esta evidencia fue muy baja. El panel de expertos determinó que las personas valorarían positivamente la mejora en los resultados y que los beneficios superaban cualquier posible daño, especialmente cuando dichos protocolos intestinales estuvieran individualizados según las necesidades del paciente. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era fuerte.

Notas prácticas

Del panel de expertos

- A la hora de implantar un protocolo intestinal en una institución, dicho protocolo debe ser individualizado según las necesidades, las preferencias y el historial de salud de la persona.
- Aunque los entornos de estudio eran específicos de pacientes residentes geriátricos (p. ej., centros de cuidados a largo plazo y rehabilitación geriátrica), los protocolos intestinales son aplicables a otros entornos sanitarios, como los entornos comunitarios o de agudos.

Tabla 13: Notas prácticas de la evidencia

INTERVENCIÓN CLAVE	DETALLES DE LA EVIDENCIA
Componentes de un protocolo intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las intervenciones específicas en cada protocolo intestinal variaron según los estudios. Sin embargo, había algunos puntos en común entre los protocolos, como: <ul style="list-style-type: none"> □ fomento del consumo de fibra y líquidos (32, 68, 70); □ educación para la salud respecto al ejercicio/la movilidad (32, 68, 70); □ revisión de la medicación, seguida de una valoración física (32, 68, 70); □ medicación de alivio (32, 68, 70); y □ si aun así no hay movimiento intestinal, los protocolos sugieren contactar con un médico (68, 70).
Desarrollo de un protocolo intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ■ El desarrollo de un protocolo intestinal corre a cargo de un equipo interprofesional en dos de tres estudios (68, 70), demostrando así la importancia de la toma de decisiones dirigidas por diversidad de profesionales sanitarios. ■ En un estudio, el grupo de trabajo incluyó un médico, un farmacéutico, una enfermera, un investigador, un nutricionista y un miembro de alta dirección (70). En el otro estudio, el grupo de trabajo se compuso de una responsable enfermera clínica, otras enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas y médicos (68).

Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

El equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO identificaron diversas áreas prioritarias de futura investigación (señaladas en la **Tabla 14** y la **Tabla 15**). Los estudios realizados en estas áreas proporcionarían más evidencia para favorecer un apoyo equitativo y de alta calidad para personas con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento. La lista no es exhaustiva; es posible que sea necesario ampliar las áreas de investigación.

Tabla 14: Áreas prioritarias de investigación por pregunta de recomendación

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 1</p> <p>¿Se deben recomendar estrategias de aseo para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida y uso de productos para incontinencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explorar el impacto de las estrategias de aseo en personas con demencia u otros problemas de comportamiento. ■ Impacto de la aplicación individualizada de las estrategias de aseo sobre la carga del cuidador. ■ Efectividad de las estrategias de aseo para prevenir erosiones cutáneas en personas con incontinencia urinaria.
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 2</p> <p>¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Episodios de incontinencia y limitaciones físicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudios que comparan el estilo de vida sedentario versus paseos, y su impacto en los resultados de incontinencia urinaria. ■ Efectividad del ejercicio de baja intensidad en varones con incontinencia urinaria. ■ Impacto del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en varones con incontinencia urinaria. ■ Efectividad del ejercicio de baja intensidad respecto a la incontinencia urinaria en personas mayores. ■ Impacto de la actividad física en las tasas de movilidad y caídas en personas con incontinencia urinaria.
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 3</p> <p>¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Calidad de vida, satisfacción del paciente y episodios de incontinencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impacto de la implantación de un enfoque interprofesional en la calidad de vida y el acceso a cuidados de personas con incontinencia urinaria. ■ Beneficios de tener acceso a un equipo interprofesional (en el mismo lugar) versus derivación oportuna a un especialista en continencia con conocimientos sobre el manejo de esta situación. ■ Explorar los beneficios de ofrecer consultas virtuales a cargo de expertos en continencia.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 4</p> <p>¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?</p> <p>Resultados: Episodios de incontinencia, estreñimiento y calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efectividad de la actividad física de baja intensidad en varones con estreñimiento. ■ Impacto de la actividad física en tasas de caídas y movilidad en personas con estreñimiento. ■ Impacto de la actividad física en los resultados en salud de personas con incontinencia intestinal.
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 5</p> <p>¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?</p> <p>Resultados: Frecuencia de movimiento intestinal, consistencia de las heces, uso de laxantes, episodios de incontinencia y calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efectividad de la fibra alimentaria (como trigo, fruta y verdura) para el estreñimiento. ■ Explorar los efectos secundarios de la fibra de psilio para el estreñimiento y la impactación fecal. ■ Impacto del uso de fibra de psilio en personas encamadas y personas en centros de cuidados a largo plazo. ■ Efectividad de la fibra de psilio cuando se utiliza junto con otras estrategias, como hidratación adecuada y aumento de la movilidad. ■ Impacto del consumo de fibra y/o líquido en los resultados en salud de personas con incontinencia intestinal.
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 6</p> <p>¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?</p> <p>Resultados: Episodios de incontinencia y limitaciones físicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beneficios de tener acceso a un equipo interprofesional (en el mismo lugar) versus derivación oportuna a un especialista en continencia con conocimientos sobre el manejo de esta situación. ■ Explorar los beneficios de ofrecer consultas virtuales a cargo de expertos en continencia.
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 7</p> <p>¿Se debe recomendar un protocolo intestinal para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?</p> <p>Resultados: Estreñimiento y uso de laxantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impacto del protocolo intestinal en personas con incontinencia intestinal. ■ Efectividad de un protocolo intestinal en varios entornos sanitarios, como de agudos o entorno comunitario.

Tabla 15: Áreas de investigación prioritarias para el panel de expertos

- ¿Debería recomendarse la educación sobre la incontinencia con seguimiento para mejorar los resultados de las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento?
- ¿Se deben recomendar preguntas de cribado estandarizadas para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento?
- ¿Debería recomendarse la retirada de prescripción de fármacos que afectan a la función vesical e intestinal para mejorar los resultados en personas con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento?



Estrategias de implantación

La implantación de las guías en el punto asistencial es una tarea exigente y polifacética, ya que los cambios en la práctica requieren algo más que sensibilización y difusión de las guías: las guías deben adaptarse a las necesidades de cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa para garantizar que las recomendaciones se ajustan a cada contexto local (71). Para ello, la *Herramienta de Implantación de guías de buenas prácticas de la RNAO (2012)* ofrece un proceso basado en la evidencia. Puede descargarla en www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition.

La *Herramienta* se fundamenta en nueva evidencia indicativa de que la correcta asimilación de las buenas prácticas en el ámbito sanitario es más probable cuando:

- los responsables de todos los niveles se comprometen con la implantación de las guías;
- las guías que han de implantarse se seleccionan mediante un proceso sistemático y participativo;
- se identifica a las partes para quienes las guías son de interés, y se logra que se impliquen en su implantación;
- se evalúa la disposición del entorno para la implantación de las guías;
- se adapta la guía al contexto local;
- se consideran y abordan los factores facilitadores y las barreras para el uso de la guía;
- se desarrollan intervenciones destinadas a promover el uso de la guía;
- se monitoriza y se da soporte al uso sostenido de la guía de forma sistemática;
- se evalúa el impacto de la guía como parte del proceso; y
- existen recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* emplea el marco "Del conocimiento a la acción" (119) para demostrar los pasos que son necesarios para la investigación y la síntesis del conocimiento (72). También guía la adaptación del nuevo conocimiento al contexto local, así como su implantación. Este marco de trabajo recomienda identificar y usar herramientas (como las GBP) para identificar las lagunas en el conocimiento e iniciar el proceso de adaptación del nuevo conocimiento a los entornos locales.

RNAO está comprometida a maximizar el despliegue y la implantación de nuestras GBP. Para ello, empleamos enfoques coordinados de difusión e implantación de las Guías que incluyen estrategias diversas, como:

1. La red impulsora Nursing Best Practice Champion Network®, que desarrolla la capacidad de enfermeras individuales para fomentar la sensibilización, el compromiso y la adopción de las GBP.
2. Los Conjuntos de normas de guías de buenas prácticas que recogen información sobre intervenciones clara, concisa y aplicable, extraída de las recomendaciones para la práctica y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas, y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones.
3. La designación de instituciones como Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (BPSO®, Best Practice Spotlight Organization®), que fomenta la implantación de las buenas prácticas en las instituciones y en el sistema sanitario. Las instituciones reconocidas como BPSO® se centran en desarrollar una cultura basada en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y mantener diversas GBP de RNAO.

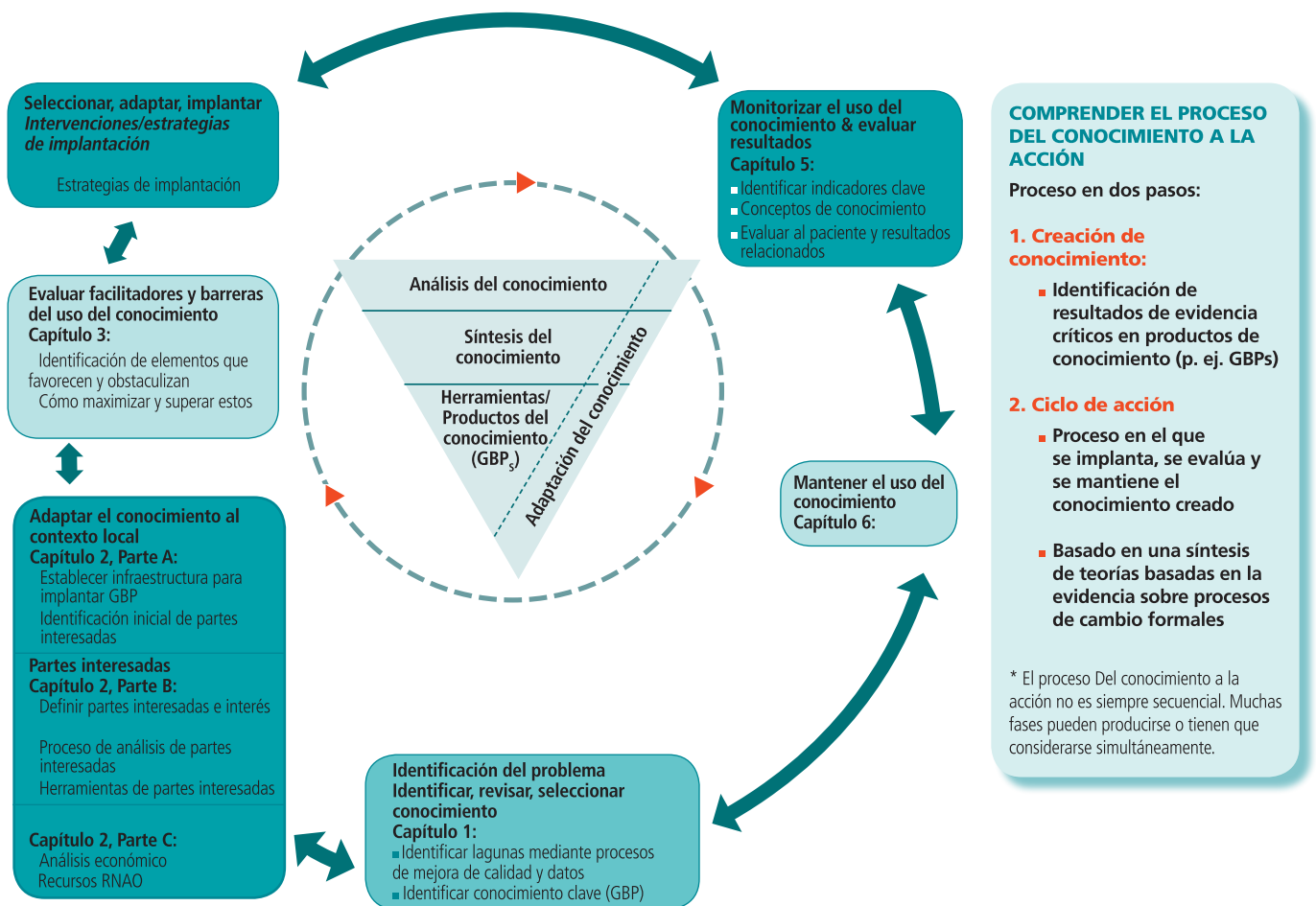
Además, ofrecemos anualmente oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades sobre guías concretas y sobre cómo implantarlas.

Se puede consultar información sobre estrategias de implantación (en inglés) en:

- Red de Impulsores de RNAO, Best Practice Champions Network®: <https://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- Conjuntos de normas de guías de buenas prácticas de RNAO (BPG Order Sets): <http://RNAO.ca/ehealth/bpgordersets>
- BPSO® de RNAO: <https://RNAO.ca/bpg/bpso>
- Oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades (institutos) y otras vías de desarrollo profesional: <https://RNAO.ca/events>

Figura 1: Marco del Conocimiento a la Acción

MARCO REVISADO DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN



Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Straus S, Tetroe J, Graham ID, editors. Knowledge translation in health care. Oxford (UK): Wiley-Blackwell; 2009.

La *Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica de la RNAO (2012)* está en revisión. Se espera la próxima edición en 2021.

Referencias

1. Canadian Nurses Association. Nine things nurses and patients should question [Internet]. [place unknown]: Choosing Wisely Canada; [updated 2019 Oct]. Available from: <https://choosingwiselycanada.org/nursing/>
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting continence using prompted voiding [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2011. Available from: <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-continence-using-prompted-voiding>.
3. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Prevention of constipation in the older adult population [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2011. Available from: https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/Prevention_of_Constipation_in_the_Older_Adult_Population.pdf.
4. Ayaz S, Hisar F. The efficacy of education programme for preventing constipation in women. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(3):275-82.
5. Gray J. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol*. 2011;25(Suppl B):7B-10B.
6. International Continence Society. ICS glossary International Continence Society; 2020 [Available from: <https://www.ics.org/glossary>]
7. Symptoms & Causes of Fecal Incontinence. In: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disorders [Internet]. 2017 Jul [place unknown]: National Institutes of Health; c2020. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/bowel-control-problems-fecal-incontinence/symptoms-causes>
8. The College of Family Physicians of Canada (CFPC). Urinary incontinence. Embarrassing but treatable [Internet]. [place unknown]: CFPC; 2015. Available from: https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Patients/UrinaryIncontinence_EN.pdf
9. College of Nurses of Ontario. RHPA: scope of practice, controlled acts model [Internet]. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2018. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41052_rhpscope.pdf
10. College of Nurses of Ontario. Working with unregulated care providers [Internet]. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2013. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014_workingucp.pdf
11. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013.
12. Guyatt G, Schunemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):597-600.
13. Schünemann HJ, Wierioch W, Brozek J, et al. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:101-10.
14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Internet]. London (UK): NICE; 2019 Apr 2 [updated 2019 Jun 24]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/Recommendations#non-surgical-management-of-urinary-incontinence>

15. Schunemann HJ, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
16. Lewin S, Booth A, Glenton C, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):2.
17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly.* 2005;83(4):691-729.
18. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: implementation of best practice guidelines [Internet]. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2012. Available from: <https://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition>
19. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh.* 2012;25(2):26-37.
20. What is Urinary Incontinence? In: The Canadian Continence Foundation [Internet]. Peterborough (ON): Canadian Continence Foundation; 2020. Available from: <https://www.canadiancontinence.ca/EN/what-is-urinary-incontinence.php>
21. Charalambous S, Trantafylidis A. Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelvipereineology.* 2009;28:51-3.
22. Urinary Incontinence After Prostate Surgery: Everything You Need To Know. In: National Association for Continence BHealth Blog [Internet]. 25 Jun 2019. [place unknown]: National Association for Continence (US); c2018. Available from: <https://www.nafc.org/bhealth-blog/urinary-incontinence-after-prostate-surgery-everything-you-need-to-know>
23. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Continuing Care Reporting System: Profile of residents in residential and hospital-based continuing care, 2018-2019. Ottawa; 2020.
24. Voegeli D. Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. *Br J Community Nurs.* 2013;18(1):6, 8, 10-2.
25. Hayder D. The effects of urinary incontinence on sexuality: seeking an intimate partnership. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012;39(5):539-44.
26. Bliss DJ, Mimura T, Berghmans B, et al. Assessment and conservative management of fecal incontinence and quality of life in adults. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. *Incontinence* [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
27. Rizk DEE. Fecal incontinence [Internet]. [place unknown]: Canadian Continence; 2010. Available from: <https://www.canadiancontinence.ca/pdfs/Faecal-Incontinence-2010-01-19.pdf>
28. Ilnyckyj A. Prevalence of idiopathic fecal incontinence in a community-based sample. *Can J Gastroenterol.* 2010; 24(4):251-4.
29. Tin RYT, Schulz J, Gunn B, et al. The prevalence of anal incontinence in post-partum women following obstetrical anal sphincter injury. *Int Urogynecol J.* 2010;21:927-32.

30. Nour-Eldein H, Salama HM, Abdulmajeed AA, et al. The effect of lifestyle modification on severity of constipation and quality of life of elders in nursing homes at Ismailia city, Egypt. *J Family Community Med.* 2014;21(2):100-6.
31. Tantawy SA, Kamel DM, Abdelbasset WK, et al. Effects of a proposed physical activity and diet control to manage constipation in middle-aged obese women. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2017;10:513-9.
32. Davignon A, Sham R, Lappen D, et al. Implementation and evaluation of a natural bowel care protocol in long-term care. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association.* 2016;38(4):7-15.
33. The Cameron Institute. The impact of incontinence in Canada: a briefing document for policy makers [Internet]. [place unknown]: The Canadian Continence Foundation; 2014. Available from: <https://www.canadiancontinence.ca/pdfs/en-impact-of-incontinence-in-canada-2014.pdf>
34. Taylor DW, Cahill JJ, Rizk DEE. Denial, shame and acceptance: generating base-line knowledge and understanding of fecal incontinence amongst long-term care residents and care providers. *Public Health Research.* 2014;4(1):13-8.
35. Garcia JA, Crocker J, Wyman JF. Breaking the cycle of stigmatization managing the stigma of incontinence in social interactions. *J Wound, Ostomy, Continence Nurs.* 2005;32(1):38-52.
36. Yuaso D, Santos J, Castro R, et al. Female double incontinence: prevalence, incidence, and risk factors from the SABE (Health, Wellbeing and Aging) study. *Int Urogynecol J.* 2018;29(2):265-72.
37. Meinds R, van Meegdenburg MM, Trzpis M, et al. On the prevalence of constipation and fecal incontinence, and their co-occurrence, in the Netherlands. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(4):475-83.
38. College of Nurses of Ontario. Professional standards, revised 2002 [Internet]. Toronto, (ON): College of Nurses of Ontario; 2002. Available from: http://cno.org/globalassets/docs/prac/41006_profstds.pdf
39. Diaz DC, Robinson D, Bosch R, et al. Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. *Incontinence* [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
40. Lai CKY, Wan X. Using prompted voiding to manage urinary incontinence in nursing homes: can it be sustained? *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(6):509-14.
41. Lee HE, Cho SY, Lee S, et al. Short-term effects of a systematized bladder training program for idiopathic overactive bladder: a prospective study. *Int Neurourol J.* 2013;17(1):11-7.
42. Rizvi RM, Chughtai NG, Kapadia N. Effects of bladder training and pelvic floor muscle training in female patients with overactive bladder syndrome: a randomized controlled trial. *Urol Int.* 2018;100(4):420-7.
43. Huang AJ, Jenny HE, Chesney MA, et al. A group-based yoga therapy intervention for urinary incontinence in women: a pilot randomized trial. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2014;20(3):147-54.
44. Ko IG, Lim MH, Choi PB, et al. Effect of long-term exercise on voiding functions in obese elderly women. *Int Neurourol J.* 2013;17(3):130-8.

45. Bo K, Frawley H, Haylen BT, et al. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non-pharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2016;28(2):191-213.
46. Fjerbæk A, Søndergaard L, Andreasen J, Glavind K. Treatment of urinary incontinence in overweight women by a multidisciplinary lifestyle intervention. *Archives Gyn & Obs.* 2020;301(2):525-32.
47. Vrijens DM, Spakman JI, van Koeveeringe GA, Berghmans B. Patient-reported outcome after treatment of urinary incontinence in a multidisciplinary pelvic care clinic. *Int J Urol.* 2015;22(11):1051-7.
48. Bardsley A. Assessment and treatment options for patients with constipation. *Br J Nurs.* 2017;26(6):312-8.
49. Gao R, Tao Y, Zhou C, Li J, Wang X, Chen L, et al. Exercise therapy in patients with constipation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scan J of Gastr.* 2019;54(2):169-77.
50. Micka A, Siepelmeyer A, Holz A, et al. Effect of consumption of chicory inulin on bowel function in healthy subjects with constipation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Food Sci Nutr.* 2017;68(1):82-9.
51. Duncan PI, Enters-Weijnen CF, Emami N, et al. Short-term daily intake of polydextrose fiber does not shorten intestinal transit time in constipated adults: a randomized controlled trial. *Nutrients.* 2018;10(7). pii:E920.
52. Soltanian N, Janghorbani M. Effect of flaxseed or psyllium vs. placebo on management of constipation, weight, glycemia, and lipids: a randomized trial in constipated patients with type 2 diabetes. *Clin Nutr ESPEN.* 2019;29:41-8.
53. Francois I, Lescroart O, Veraverbeke WS, et al. Tolerance and the effect of high doses of wheat bran extract, containing arabinoxylan-oligosaccharides, and oligofructose on faecal output: a double-blind, randomised, placebo-controlled, cross-over trial. *J Nutr Sci.* 2014;3:e49.
54. Brotherton CS, Taylor AG, Bourguignon C, et al. A high-fiber diet may improve bowel function and health-related quality of life in patients with Crohn disease. *Gastroenterol Nurs.* 2014;37(3):206-16.
55. Timm DA, Thomas W, Boileau TW, et al. Polydextrose and soluble corn fiber increase five-day fecal wet weight in healthy men and women. *J Nutr.* 2013;143(4):473-8.
56. Collado Yurrita L, San Mauro Martín I, Ciudad-Cabañas MJ, et al. Effectiveness of inulin intake on indicators of chronic constipation; a meta-analysis of controlled randomized clinical trials. *Nutr Hosp.* 2014;30(2):244-52.
57. Polymeros D, Beintaris I, Gaglia A, et al. Partially hydrolyzed guar gum accelerates colonic transit time and improves symptoms in adults with chronic constipation. *Dig Dis Sci.* 2014;59(9):2207-14.
58. Lawton CL, Walton J, Hoyland A, et al. Short term (14 days) consumption of insoluble wheat bran fibre-containing breakfast cereals improves subjective digestive feelings, general wellbeing and bowel function in a dose dependent manner. *Nutrients.* 2013;5(4):1436-55.
59. Cong L, Ma JT, Jin ZJ, et al. Efficacy and safety of high specific volume polysaccharide—a new type of dietary fiber for treatment of functional constipation and IBS-C. *J Nutr Sci Vitaminol.* 2015;61(4):326-31.
60. Soltanian N JM. A randomized trial of the effects of flaxseed to manage constipation, weight, glycemia, and lipids in constipated patients with type 2 diabetes. *Nutrition & metabolism.* 2018;15(1).

61. Lever E, Scott, SM, Louis, P, et al. The effect of prunes on stool output, gut transit time and gastrointestinal microbiota: a randomised controlled trial. *Clin Nutr.* 2019; 38(1): 165-173.
62. Sawicki CM, Livingston KA, Obin M, et al. Dietary fiber and the human gut microbiota: application of evidence mapping methodology. *Nutrients.* 2017;9(2):125.
63. Facts on Fluids – How to Stay Hydrated. In: UnlockFood.ca [Internet]. [place unknown]: Dieticians of Canada; c2020. Available from: <https://www.unlockfood.ca/en/articles/water/facts-on-fluids-how-to-stay-hydrated.aspx>
64. Lambeau KV, McRorie JW Jr. Fiber supplements and clinically proven health benefits: how to recognize and recommend an effective fiber therapy. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017;29(4):216-23.
65. Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, et al. Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial. *Res Nurs Health.* 2014;37(5):367-78.
66. Markland AD, Burgio KL, Whitehead WE, et al. Loperamide versus psyllium fiber for treatment of fecal incontinence: the fecal incontinence prescription (Rx) management (FIRM) randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 2015;58(10):983-93.
67. Hussain ZI, Lim M, Stojkovic S. Role of clinical pathway in improving the quality of care for patients with faecal incontinence: a randomised trial. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2017;8(1):81-9.
68. Osuafor CN, Enduluri SL, Travers E, et al. Preventing and managing constipation in older inpatients. *Int J Health Care Qual Assur.* 2018;31(5):415-9.
69. Rimmer CJ, Gill KA, Greenfield S, et al. The design and initial patient evaluation of an integrated care pathway for faecal incontinence: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:444.
70. Klein J, Holowaty S. Managing constipation: implementing a protocol in a geriatric rehabilitation setting. *J Gerontol Nurs.* 2014;40(8):18-27.
71. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice.* Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2013. p. 110-20.
72. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Adapting knowledge to local context. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care.* Oxford (UK): Wiley-Blackwell; 2009. p. 151-9.
73. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et al. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31-68.*
74. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895.
75. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies.* 2016;11:305-21.

76. Dumoulin C, Adewuyi T, Booth J, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. Incontinence [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. p. 1443-60. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
77. Alzheimer Europe. Improving continence care for people with dementia living at home. 2014.
78. Dijkers M. Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development. *KT Update*. 2013;1(5):1-9.
79. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):Manuscript 4.
80. Obokhare I. Fecal impaction: a cause for concern? *Clin Colon Rectal Surg*. 2012;25(1):53-8.
81. Fistula. In: NCI Dictionary of Cancer Terms [Internet]. [place unknown]: National Institutes of Health; c2020. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/fistula>
82. Jewell T. What causes glycosuria and how is it treated? In: healthline [Internet]. 2017 Aug 22. [place unknown]: Healthline Media; c2005–2020. Available from: <https://www.healthline.com/health/glycosuria>
83. Glossary. In: Cochrane Community [Internet]. [place unknown]: The Cochrane Collaboration; c2020. Available from: <https://community.cochrane.org/glossary>
84. Pelvic organ prolapse. In: Office on Women's Health [Internet]. Washington (DC): Office on Women's Health; c2020. Available from: <https://www.womenshealth.gov/a-z-topics/pelvic-organ-prolapse>
85. Hebbar S, Pandey H, Chawla A. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *Int J Res Med Sci*. 2015;3(3):531-8.
86. Medicine JH. Proteinuria 2020.
87. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):40-51.
88. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm*. 2014;67(6):436-40.
89. Rockers PC, Røttingen JA, Shemilt I, et al. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*. 2015;119(4):511-21.
90. Baker C, Ogden SJ, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *J Nurs Adm*. 1999;29(3):11-20.
91. Community Living British Columbia. Support networks: a guide for self advocates [Internet]. Vancouver (BC): Community Living British Columbia; 2010. Available from: <https://www.communitylivingbc.ca/wp-content/uploads/2018/02/Support-Networks-A-Guide-for-Self-Advocates.pdf>
92. Canadian Nurses Association. Advanced practice nursing: a pan-Canadian framework [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nurses Association; 2019. Available from: <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf?la=en&hash=E1387634D492FD2B003964E3CD4188971305469E>.

93. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Diaz OLG, et al. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 218-38.
94. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35:e1-e7.
95. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017;7(17):1-13.
96. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. 2014;21(2):114-22.
97. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1983-93.
98. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(3):345-58.
99. Grinspun D, McConnell H, Virani T, et al. Forging the way with implementation science. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 96-116.
100. Thompson L. Accreditation Canada - NQuIRE International Advisory Council (IAC) Meeting. Toronto (ON), 2018 Apr.
101. What is Accreditation. In: Accreditation Canada [Internet]. [place unknown]: Accreditation Canada; c2020. Available from: <https://accreditation.ca/accreditation/>
102. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future [Internet]. [place unknown]: Wisconsin Nurses Association; c2016. Available from: <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
103. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Educator's resource: integration of best practice guidelines [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2005. Available from: https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/Educators_Resource_-_Integration_of_Best_Practice_Guidelines.pdf
104. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Practice education in nursing Toronto (ON): RNAO; 2016. Available from: https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf
105. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-42.
106. Mission and Values. In: RNAO.org [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; [date unknown]. Available from: <https://RNAO.ca/about/mission>
107. RoB 2: a revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials. In: Cochrane Methods Bias [Internet]. [place unknown]: The Cochrane Collaboration; c2020. Available from: <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>

108. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
109. Whiting P, Savovi J, Higgins JPT, et al. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225-34.
110. CASP Checklists. In: CASP [Internet]. Oxford (UK): Critical Appraisal Skills Programme; c2018. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
111. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652):1049-51.
112. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-6.
113. Welch A, Akl E, Guyatt G, et al. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol*. 2017;90:59-67.
114. Laxative Use: What to know. In: Cornell Health [Internet]. [Ithaca, NY]: Cornell Health; 2019. Available from: <https://health.cornell.edu/sites/health/files/pdf-library/LaxativeUse.pdf>

Anexo A: Glosario

CERQual: Enfoque metodológico (*Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research*) para valorar la confianza que se puede depositar en las conclusiones de un conjunto de evidencia cualitativa sobre un determinado resultado o desenlace de interés. La valoración ofrece una forma transparente de decidir si la conclusión de la revisión representa el fenómeno estudiado de forma razonable, lo que puede ayudar al panel de expertos a formular recomendaciones sobre salud (74).

Véase Criterios CERQual.

Conjunto de normas enfermeras (*order sets*): Proporcionan información sobre intervenciones clara, concisa y aplicable, extraída de las recomendaciones para la práctica y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas, y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones.

Consenso: Proceso orientado a la consecución del acuerdo dentro de un grupo o equipo en el marco de un método Delphi o método Delphi modificado (75). El consenso que se necesitó para determinar la fuerza de las recomendaciones de esta Guía fue del 70 por ciento de acuerdo de los miembros del panel.

Continencia: A efectos de esta GBP, se refiere a no tener ninguna pérdida involuntaria de orina o heces (con o sin ayuda de otras personas o el uso de dispositivos, ayudas o estrategias) (77).

Criterios CERQual: Cuando se usa CERQual, existen cuatro componentes que contribuyen a la valoración de la confianza en la evidencia para cada hallazgo individual:

1. Limitaciones metodológicas, que consideran aspectos del diseño del estudio primario o los problemas en la forma en que se lleva a cabo.
2. Relevancia, por la cual se evalúa en conjunto cada estudio primario que apoya una conclusión y se toma una decisión con respecto a la aplicabilidad de dichas conclusiones en la población, el fenómeno y el entorno descritos en la pregunta de la investigación.
3. Coherencia, por la cual se valora si los estudios primarios ofrecen datos suficientes y una explicación convincente de los hallazgos de la revisión.
4. Adecuación de los datos, mediante la cual se realiza una evaluación general sobre la riqueza y la cantidad de datos que apoyan la conclusión de la revisión y el fenómeno de interés (74).

Véase CERQual.

Declaración de buenas prácticas: Se dirige principalmente a las enfermeras y a los equipos interprofesionales que prestan cuidados a las personas y a sus familias en todo el espectro asistencial, incluyendo sin limitación: atención primaria, de agudos, atención domiciliaria y cuidados a largo plazo. Se refiere a una práctica ya aceptada como asesoramiento beneficioso o práctico.

En el caso de esta GBP, se estima que las declaraciones de buenas prácticas son tan beneficiosas que no se justifica realizar una revisión sistemática para demostrar su eficacia. Estas declaraciones no se basan en una revisión sistemática y no reciben una calificación de certeza o confianza en la evidencia, o de fuerza (condicional o fuerte) (12)

Declaraciones para la formación: Planteamientos institucionales para impartir formación en organizaciones sanitarias e instituciones académicas de modo que promuevan la práctica basada en la evidencia. Las declaraciones para la formación se basan en un análisis de las recomendaciones de formación en distintas GBP sobre diversos temas clínicos y poblaciones. Las declaraciones para la formación pueden aplicarse a todas las guías de buenas prácticas y pueden adaptarse al contexto dentro de las organizaciones sanitarias y las instituciones académicas para fomentar la implantación de las recomendaciones clínicas.

Disminución de la calificación: En GRADE y GRADE-CERQual, cuando hay limitaciones en los estudios individuales que potencialmente sesgan los resultados, disminuye la certeza de la evidencia (78). Por ejemplo, un conjunto de pruebas cuantitativas para un resultado o desenlace prioritario puede comenzar con un alto grado de certeza, pero debido a serias limitaciones en uno o más de los cinco criterios GRADE se rebajará su clasificación en uno o dos niveles (78).

Enfermera: Se refiere a enfermeras universitarias (RN), enfermeras con formación profesional (RPN, en Ontario), enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada y especialistas clínicas (9).

Ensayo controlado aleatorizado: Experimento en el que el investigador asigna una intervención, exposición o tratamiento a los participantes, que se asignan al azar al grupo experimental (el que recibe la intervención) y al de comparación (tratamiento convencional) o al grupo de control (sin intervención o placebo) (83).

Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico: Programa de ejercicios dirigido a mejorar deficiencias concretas de la estructura o la función de los músculos del suelo pélvico (45). Se basa en la valoración de la capacidad de la persona de contraer los músculos del suelo pélvico.

Entrenamiento vesical: El entrenamiento de la vejiga supone ciertas modificaciones (p. ej., eliminar alimentos irritantes para la vejiga de la dieta, manejar la ingesta de líquidos, controlar el peso, regular el intestino y dejar de fumar) y el uso de técnicas de relajación y distracción para controlar la frecuencia y la urgencia urinaria (42).

Equipo interprofesional: Equipo constituido por individuos de diferentes profesiones (reguladas y no reguladas) que trabajan juntos para ofrecer cuidados y servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de los distintos entornos sanitarios (11). Son miembros clave del equipo interprofesional que dan apoyo a las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento, como: enfermeras (enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería, enfermeras especializadas, enfermeras asesoras en materia de continencia, enfermeras estomaterapeutas), médicos (de familia, uroginecólogos, urólogos, cirujanos colorrectales), profesionales de apoyo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y farmacéuticos. Es preciso destacar que la persona afectada y su red de apoyo ocupan siempre el centro como participantes activos del equipo.

Especialista en continencia: En esta GBP, un especialista en continencia se refiere a un proveedor de servicios sanitarios que tiene conocimientos avanzados y experiencia en la evaluación y el manejo de personas que sufren incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento. Los profesionales especializados incluyen ginecólogos/uroginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, cirujanos colorrectales, enfermeras asesoras en materia de continencia, enfermeras estomaterapeutas, fisioterapeutas de suelo pélvico y terapeutas ocupacionales.

Estrategias de aseo: A efectos de esta recomendación, una estrategia de aseo se refiere a un tipo de terapia conductual y de apoyo destinada a mejorar el control de la vejiga.

Estreñimiento: La evacuación difícil /o infrecuente de las heces (menos de tres deposiciones por semana) (4). El estreñimiento puede ser agudo o crónico (de más de tres meses de duración), y puede responder a diversos factores fisiológicos, mecánicos y médicos, incluido el uso de medicamentos (5). Sin embargo, el tipo más común es el estreñimiento funcional, para el que no existe una causa orgánica o médica subyacente (5).

Estudio cuasi experimental: Estudios que estiman efectos causales mediante la observación de la exposición de interés, pero los experimentos no están directamente controlados por el investigador y carece de aleatorización (p.ej., diseños antes-después) (89).

Fibra de psilio: Un suplemento de fibra dietética que tiene una alta capacidad de retención de agua para proporcionar un efecto normalizador de las heces. Se pueden ablandar las heces duras en el estreñimiento o aportar consistencia a las heces sueltas/líquidas en caso de diarrea (64).

Fístula: "Abertura o paso anormal entre dos órganos o entre un órgano y la superficie del cuerpo" (81).

Glucosuria: Se produce cuando se excreta glucosa (azúcar) en la orina (82).

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation): El sistema GRADE (*Valoración, Desarrollo y Evaluación de la graduación de las recomendaciones*) es un planteamiento metodológico para evaluar la calidad conjunto de evidencia de forma consistente y transparente, y para desarrollar recomendaciones de manera sistemática. Se evalúa el conjunto de la evidencia para cada resultado o desenlace clave y/o importantes en función del riesgo de sesgo, la consistencia de los resultados, la relevancia de los estudios, la precisión de los estimadores, los sesgos de publicación, la magnitud (grande) del efecto, el gradiente dosis-respuesta y el efecto de confusión plausible (15).

Cuando se utiliza GRADE, existen cinco componentes que contribuyen a valorar la confianza en la evidencia para cada desenlace o resultado:

1. Riesgo de sesgo, que se centra en los defectos en el diseño de un estudio o problemas en su ejecución.
2. Inconsistencia, que observa el conjunto de la evidencia y evalúa si los resultados apuntan en la misma dirección o diferente.
3. Imprecisión, referida a la precisión de los resultados según el número de participantes y/o eventos incluidos, y la amplitud de los intervalos de confianza a lo largo de todo el conjunto de evidencia.
4. Evidencia indirecta, por la cual se evalúa cada estudio primario que apoya un resultado o desenlace y se toma una decisión con respecto a la aplicabilidad de las conclusiones en la población, la intervención y el resultado descritos en la pregunta de la investigación.
5. Sesgo de publicación, según el cual se toma una decisión sobre si el conjunto de la literatura publicada para un resultado o desenlace incluye potencialmente solo resultados positivos o estadísticamente significativos (15).

Guía de Buenas Prácticas (GBP): Documentos desarrollados de manera sistemática y basados en la evidencia que incluyen recomendaciones sobre temas específicos clínicos y de entornos laborales saludables, para enfermeras, el equipo interprofesional, educadores, líderes y gestores, pacientes y sus familias. Las GBP promueven consistencia y excelencia en los cuidados clínicos, las políticas de salud, la educación para la salud, para conseguir resultados en salud óptimos para la población, las comunidades y el sistema de salud (73).

Hematuria: Sangre visible con la orina (6).

Impactación fecal: Incapacidad para evacuar heces secas, de gran tamaño y endurecidas alojadas en la parte inferior del tracto gastrointestinal, más probablemente el recto (80).

Incontinencia intestinal: Pérdida involuntaria de heces líquidas o sólidas (6). La incontinencia intestinal puede estar causada por factores fisiológicos, mecánicos y médicos, que incluyen (pero no se limitan a) el estreñimiento, las lesiones musculares o la debilidad muscular, las lesiones nerviosas, las enfermedades neurológicas, la pérdida de elasticidad del recto, las hemorroides o el prolapso rectal (7). Los distintos tipos de incontinencia intestinal incluyen:

Incontinencia intestinal pasiva: La "pérdida involuntaria de sustancia fecal sin preaviso. Una pequeña cantidad de excrementos y fugas entre las nalgas o en una pequeña compresa o la ropa interior son síntomas de incontinencia intestinal pasiva menor. La incontinencia intestinal pasiva con frecuencia está relacionada con una disfunción del esfínter interno del ano, en tanto que la incontinencia intestinal de urgencia suele estar a menudo relacionada con una disfunción del esfínter externo del ano" (26).

Incontinencia intestinal de urgencia: La "incapacidad para posponer la defecación, una vez que se percibe la urgencia, lo suficientemente para llegar al aseo. No obstante, dado que la distancia al aseo es variable, se trata de un trastorno contradictorio e incontrolado" (26).

Incontinencia intestinal funcional: La pérdida involuntaria de sustancia fecal "debido a limitaciones en la movilidad, en la manipulación de la ropa o en la capacidad de ir al inodoro o a la tardanza de la ayuda para ir al aseo" (26).

Incontinencia urinaria: Pérdida involuntaria de orina causada por factores fisiológicos, mecánicos y médicos, incluyendo (pero no limitado a): debilidad de músculos pélvicos, diabetes, ciertos medicamentos, estreñimiento e infección de la vejiga (6, 8).

A continuación, se enumeran y definen los tipos más comunes de incontinencia urinaria:

Incontinencia por esfuerzo: La pérdida involuntaria de orina debido a un aumento repentino de presión intraabdominal por un esfuerzo físico, como toser, estornudar, reírse, incorporarse de una silla, levantar objetos o hacer ejercicio (6, 8).

Incontinencia de urgencia: La pérdida involuntaria de orina que se produce cuando existe una necesidad repentina y urgente de orinar y la vejiga se contrae y se vacía de forma involuntaria (6, 8).

Incontinencia mixta: La pérdida involuntaria de orina asociada a la urgencia y el esfuerzo físico (p. ej., toser o estornudar) (6).

Incontinencia funcional: Tipo de incontinencia urinaria que se produce en momentos en los que alguien que tiene un control urinario normal puede tener problemas para llegar al aseo por sufrir un trastorno que les dificulta desplazarse (como tener menor movilidad). También puede denominarse "incontinencia por discapacidad" (6, 8).

Investigación cualitativa: Enfoque de investigación que busca expresar cómo el comportamiento y las experiencias humanas se pueden explicar en el contexto de las estructuras sociales. Utiliza un enfoque interactivo y subjetivo para investigar y describir el fenómeno (88).

Laxante: "Los laxantes son medicamentos que tratan el estreñimiento, ya sea ablandando las heces o estimulando la parte inferior del intestino para expulsarlas" (114).

Limitaciones físicas: Área del Cuestionario de Salud de King (King's Health Questionnaire), un instrumento válido y fiable para la valoración de la calidad de vida de las mujeres que sufren incontinencia urinaria. La limitación física se refiere al grado en que se ven limitadas las actividades físicas o funcionales, como caminar, subir, correr, inclinarse, arrodillarse o hacer deporte o ejercicio físico, viajar, etc. Esta área se compone de dos preguntas cuyas respuestas son "en absoluto", "un poco", "moderadamente" y "mucho" (85).

Manejo conservador: "Cualquier terapia que no implique una intervención farmacológica o quirúrgica. Incluye principalmente intervenciones en el estilo de vida, tratamientos físicos, [a] régimen pautado de evacuaciones (p. ej., no consideradas parte del modelo biomédico tradicional), terapias complementarias, dispositivos contra la incontinencia, pesarios/anillos de apoyo para los órganos pélvicos en prolapso y compresas/sondas" (76).

Marcos evidencia-decisión: Tabla que ayuda a los paneles de expertos a tomar decisiones cuando pasan de la evidencia a las recomendaciones. El objeto de los marcos evidencia-decisión es resumir la evidencia de la investigación, subrayar los factores importantes que pueden determinar la recomendación, informar de los beneficios y los daños de cada intervención que se considera y aumentar la transparencia en el proceso de toma de decisiones para el desarrollo de recomendaciones (15).

Metaanálisis: Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (83).

Véase revisión sistemática.

Micción inducida: La micción inducida se refiere a usar señales verbales y físicas para que las personas reparen en si tienen necesidad de ir al inodoro y, si procede, animarlas a ir al baño mediante un refuerzo positivo (40).

Partes de interés / Partes interesadas (Stakeholder): Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos que pueden tratar de influir en decisiones y actuaciones (90). Las partes interesadas incluyen todos los individuos y grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Piuria: Presencia de glóbulos blancos o leucocitos en la orina (87).

Práctica enfermera basada en la evidencia: La integración de la evidencia de la investigación más sólida metodológicamente con la experiencia clínica y los valores del paciente; unifica la evidencia de la investigación con la experiencia clínica y fomenta la inclusión de las preferencias del paciente (79).

Pregunta de recomendación: Un área de investigación prioritaria de práctica, desarrollo de políticas o educación que ha sido identificada por los miembros del panel de expertos y para cuya respuesta es necesaria evidencia. La pregunta de recomendación también puede tratar de dar respuesta a un tema en torno al cual hay ambigüedad o controversia. La pregunta de recomendación sirve de base para la pregunta de investigación, que guía la revisión sistemática (15).

Pregunta PICO (de investigación): Marco de trabajo para definir una pregunta de investigación concreta. Especifica cuatro componentes:

1. El paciente o la población estudiada.
2. La intervención que se investiga.
3. La intervención alternativa o de comparación.
4. El resultado de interés (15).

Profesional sanitario: Referido tanto a los profesionales regulados (p. ej., enfermeras, médicos, nutricionistas, trabajadores sociales) como no regulados (p. ej., auxiliares personales) que forman parte del equipo interprofesional.

Profesional sanitario regulado: En Ontario, la ley sobre profesiones sanitarias reguladas, *Regulated Health Professions Act*, de 1991 (RHPA) ofrece un marco regulatorio de 23 profesiones sanitarias en el que se define el ámbito de práctica y la actuación controlada o autorizada propia de cada profesión que los profesionales están autorizados a ofrecer en la provisión de cuidados y servicios sanitarios (9).

Profesional sanitario no regulado: Desempeñan diversas funciones en áreas no cubiertas por la ley sobre profesiones sanitarias reguladas (RHPA). Son responsables ante quienes los han contratado, pero no ante ningún órgano profesional externo (p. ej., el Colegio de Enfermeras de Ontario). Desempeñan diversas funciones y realizan las tareas definidas por su correspondiente empleador y el entorno de su empleo. Los profesionales sanitarios no regulados solo están autorizados a realizar intervenciones controladas como se señala en la ley RHPA si el procedimiento se enmarca en las excepciones señaladas en dicha ley (10).

Prolapso de órgano pélvico: "El prolapso de órganos pélvicos se produce cuando los músculos y tejidos que sostienen los órganos pélvicos (el útero, la vejiga o el recto) se debilitan o se aflojan. Esto lleva a que uno o más órganos pélvicos se caigan o hagan presión dentro o fuera de la vagina" (84).

Proteinuria: Presencia de un elevado nivel de proteínas en la orina (86).

Protocolo intestinal: A efectos de esta Guía, un protocolo intestinal es una descripción paso a paso de estrategias para manejar el estreñimiento.

Recomendación: Actuación (o actuaciones) que responden directamente a una pregunta de recomendación (conocida también como pregunta PICO de investigación). Una recomendación se basa en una revisión sistemática de la literatura y se hace teniendo en cuenta (a) sus posibles beneficios y daños, (b) los valores y preferencias desde una perspectiva centrada en la persona, y (c) su impacto en la equidad en salud. Se asigna una fuerza a todas las recomendaciones, ya sea fuerte o condicional, mediante consenso del panel de expertos. Cabe destacar que las recomendaciones no se deben considerar como prescriptivas, ya que pueden no tener en cuenta todas las características únicas de las circunstancias individuales, clínicas y de la organización (15).

Recomendación adoptada: Adoptar una recomendación implica utilizar una recomendación existente y fiable sin cambios respecto a la recomendación original, en el sentido de que tendría la misma población específica, la misma intervención y los mismos comparadores, y la misma certeza en la calificación de la evidencia (13). También significa que el panel de expertos está de acuerdo con los juicios realizados por el desarrollador original de la guía que determinan el sentido y la fuerza de la recomendación (13).

Red de apoyo: Término empleado para aludir a aquellos a quienes la persona identifica como importantes en su vida. Por ejemplo, puede tratarse de personas que tengan una relación (biológica, emocional o legalmente) y/o con vínculos cercanos (de amistad, de compromiso, responsabilidades compartidas en el hogar y en la crianza de los hijos, relación sentimental) (91).

Resultados (o desenlaces): Variable dependiente, o estado clínico y/o funcional de un paciente o población, que se utiliza para evaluar si una intervención tiene éxito. En GRADE, se priorizan los resultados en función de si son (a) críticos para la toma de decisiones, (b) importantes pero no críticos, o (c) no importantes. El uso de estos resultados contribuye a centrar más las búsquedas en la literatura y las revisiones sistemáticas (15).

Revisión sistemática: Revisión integral de la literatura que utiliza preguntas formuladas claramente, y métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación. Una revisión sistemática recopila y analiza los datos de los estudios incluidos en la revisión y los presenta, a veces utilizando métodos estadísticos (83).

Véase metaanálisis.

Valoración integral: A efectos de esta GBP, una valoración integral hace referencia a la valoración en profundidad realizada por un especialista en continencia que tiene conocimientos, criterio y habilidades avanzadas sobre la fisiología y el manejo de la incontinencia urinaria, la incontinencia intestinal y el estreñimiento.

Anexo B: Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía

Los siguientes temas, las guías sugeridas por RNAO y los recursos de otras organizaciones van en la misma línea que la presente Guía.

TEMA	RECURSO(S)
Aprendizaje centrado en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Facilitating client centred learning [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2012. Available from: https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_CCL_2012_FA.pdf
Ciencia de implantación, marcos conceptuales de implantación y recursos	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: implementation of best practice guidelines [Internet]. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2012. Available from: https://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition The National Implementation Research Network's Active Implementation Hub. Get Started [Internet]. [place unknown]: AI Hub; c2013–2018. Available from: http://implementation.fpg.unc.edu/ Canadian Patient Safety Institute. Improvement frameworks: getting started kit [Internet]. [place unknown]: safer healthcare now!; 2015 Aug. Available from: http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF Dissemination & Implementation Models in Health Research & Practice [Internet]. [place unknown]: The Center for Research in Implementation Science and Prevention; [date unknown]. Available from: http://dissemination-implementation.org/content/resources.aspx
Colaboración interprofesional	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: https://RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare
Cuidados centrados en la persona y la familia	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Available from: https://RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care
Caídas	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Preventing falls and reducing injury from falls [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2017. Available from: https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries

Anexo C: Declaraciones para la formación

Declaraciones sobre formación para esta Guía

RNAO ha estado a la vanguardia de la creación de guías de buenas prácticas desde 1999, con la publicación de su primera guía en 2001. Desde el principio, RNAO ha reconocido la importancia de los enfoques individual y organizativo para ofrecer educación sobre el contenido clínico de la GBP y favorecer así los cambios en la práctica basados en la evidencia. De este modo, las guías de buena práctica clínica de RNAO han incluido siempre recomendaciones para la formación dirigidas a los responsables de formación de enfermeras, estudiantes de enfermería, enfermeras y miembros del equipo interprofesional, en el mundo académico y en ámbito clínico. Estas recomendaciones esbozan el contenido básico y las estrategias de formación necesarias en los niveles iniciales de los planes de estudios de ámbito sanitario, en la formación continua y en el desarrollo profesional.

En 2018 se realizó un análisis en profundidad de las recomendaciones de formación de RNAO. Dicho análisis incluía las guías de buenas prácticas publicadas en un plazo de cinco años, ya que todas las GBP clínicas publicadas en este periodo se basan en una revisión sistemática de la literatura. Se examinaron 26 recomendaciones de formación de nueve GBP distintas con diversos temas clínicos y poblaciones.

Gracias a un riguroso análisis temático se detectaron similitudes entre las GBP. Así, se estimó conveniente crear unas **declaraciones para la formación**^G estándar que fueran aplicables a todas las GBP para promover cambios en la práctica basados en la evidencia. A continuación, se detallan las dos declaraciones sobre formación resultantes y la discusión de la literatura asociada. Dichas declaraciones se pueden adaptar al contexto dentro de las organizaciones sanitarias e instituciones académicas para fomentar la implantación de las recomendaciones clínicas en diversas áreas temáticas tratadas en las GBP.

DECLARACIÓN PARA FORMACIÓN 1: LAS INSTITUCIONES ACADÉMICAS INTEGRAN GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN LOS PROGRAMAS DE ESTUDIOS DE GRADO Y DE POSGRADO DE ENFERMERÍA Y DE OTRAS PROFESIONES SANITARIAS REGULADAS

Discusión de la literatura:

El análisis temático de las declaraciones de recomendación sobre formación de RNAO respondía al mismo tema como base fundamental para el desarrollo de la capacitación para la práctica basada en la evidencia:

Las instituciones académicas integran las guías basadas en la evidencia en el programa de estudios de grado y de posgrado de enfermería y de otras profesiones sanitarias reguladas.

Se analizaron las siguientes GBP:

- *Valoración y manejo del dolor, tercera edición (2013).*
- *Transiciones en los cuidados (2014).*
- *Cuidados centrados en la persona y la familia (2015).*
- *Involucrar a las personas que usan sustancias (2015).*
- *Prevención y abordaje del abuso y el abandono en las personas mayores: enfoque centrado en la persona, colaborativo y en todo el sistema (2014).*
- *Prevención primaria de la obesidad infantil, segunda edición (2014).*
- *Delirio, demencia y depresión en las personas mayores: valoración y cuidados, segunda edición (2016).*
- *Trabajo con familias para promover un sueño seguro en niños de 0-12 meses de edad (2014).*

Las instituciones académicas deben considerar la posibilidad de integrar el contenido de las guías en los cursos teóricos y prácticos para enfermeras y otros profesionales de salud regulados, incluidos los trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y farmacéuticos en los programas de grado (p. ej., diploma y licenciatura/grado) y de posgrado. La formación de grado establece los conocimientos fundamentales que pueden reforzarse y ampliarse, según proceda, dentro de las organizaciones sanitarias. La formación de posgrado puede incluir la preparación de enfermeras y otros profesionales de salud regulados para desempeñar papeles y funciones de práctica avanzada dentro de la práctica clínica, la educación, la administración, la investigación y las políticas (92). Como tal, la integración del contenido de la guía en el programa de estudios variará en términos de contenido educativo y complejidad en función de los objetivos formativos generales del programa. En ambos casos, la integración del contenido de las guías en el plan de estudios promueve el aprendizaje del estudiante de acuerdo con las prácticas basadas en la evidencia, con el objetivo final de mejorar los resultados de salud de las personas y las familias.

Para fomentar la integración de las guías basadas en la evidencia en los programas académicos, se pueden utilizar los siguientes planteamientos: (1) desarrollar objetivos de aprendizaje en varios niveles según las guías; y (2) diseñar estrategias de enseñanza y aprendizaje según las guías. A continuación, se describen ambos planteamientos.

1. **Desarrollo de objetivos de aprendizaje en varios niveles según las guías:** Los objetivos de aprendizaje en varios niveles (de grado y de posgrado) basados en las guías facilitan la integración de los contenidos de la guía en los programas académicos.
 - A nivel de programa, dicha integración amplía los conocimientos del estudiante y mejora su actitud, juicio crítico y destrezas. Por ejemplo, un resultado programático en estudios de grado puede ser el conocimiento de los estudiantes de elementos de métodos de implantación que contribuyan a la adopción y el uso continuado de las guías en entornos clínicos (93).
 - A nivel de curso, la integración de los contenidos de la guía ayuda a que el aprendizaje del estudiante sea consistente con las prácticas basadas en la evidencia en entornos académicos y de práctica. Por ejemplo, los resultados a nivel de curso en estudios de grado pueden suponer que los estudiantes adquieran más conocimientos sobre las guías, elijan aquellas que sean relevantes para la práctica clínica (y razonen por qué las eligen) e integren los conocimientos de las guías en los planes asistenciales de personas y familias (93).
2. **Diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje según las guías:** Las estrategias de enseñanza deben adaptarse para abordar a nivel de programa tanto los objetivos educativos como las necesidades de los estudiantes, y para capacitar al estudiante para mejorar la práctica y promover unos resultados en salud positivos (94). A continuación, se enumeran distintas estrategias de enseñanza y aprendizaje de acuerdo con las guías.
 - **Ponencias:** Los educadores pueden utilizar las ponencias como medio para transmitir una amplia visión de las guías y, específicamente, del riguroso proceso de desarrollo de las mismas y de sus diversas recomendaciones. Las ponencias pueden ofrecer a los estudiantes un mejor conocimiento del ámbito de aplicación y la solidez de la evidencia sobre la que se basan las recomendaciones (93).

- **Actividades interactivas en el aula:** Las actividades interactivas dentro del aula pueden ayudar a los estudiantes a obtener información adicional, participar en la resolución de problemas y articular los conocimientos adquiridos. Por ejemplo: se puede asignar trabajo en grupo para ayudar a los estudiantes a aprender a moverse por una guía y familiarizarse con sus recomendaciones; se pueden usar estudios de caso para permitirles identificar y aplicar las recomendaciones de las guías en los planes de cuidado; y se pueden usar videos y juegos de roles con los que incentivar las capacidades de cada uno para fundamentar la selección de las guías/recomendaciones específicas en los planes de cuidado (93).
- **Simulación:** La simulación digital de alta calidad en entornos de laboratorio puede atenuar la incertidumbre de los estudiantes respecto a la práctica clínica; también puede mejorar su adquisición de habilidades, autoconfianza y satisfacción. Los profesores formados en pedagogía pueden utilizar la simulación para enseñarles contenidos relacionados con el cuidado seguro y efectivo de las personas y de la familia en un entorno clínico estandarizado. Los profesores pueden ayudar a los estudiantes a incorporar el contenido de la guía en las sesiones prácticas simuladas durante la enseñanza de la práctica basada en la evidencia (93).
- **Discusión pre y posclínica de conferencias:** La discusión pre y posclínica de una conferencia pueden ayudar a los estudiantes a trabajar el pensamiento crítico cuando desarrollen planes asistenciales; consideren posibles modificaciones según las recomendaciones de las guías; fundamenten sus decisiones clínicas; y evalúen los resultados de las intervenciones. Los estudiantes tienen la ocasión de valorar si las políticas y los procedimientos en el entorno de práctica van en línea con la mejor evidencia, y pueden identificar áreas de potencial cambio en la práctica y considerar cómo introducir dicho cambio (93).
- **Acceso a recursos sobre GBP:** Los educadores pueden fomentar y facilitar el acceso a enlaces y recursos relacionados con las GBP. Por ejemplo, pueden dar acceso a la App de Guías de Buenas Prácticas de RNAO (véase <https://RNAO.ca/bpg/pda/app>) que permite acceder a contenido de las guías dentro del aula y en entornos de práctica (93).
- **Tareas y exámenes:** Se puede pedir a los estudiantes que incorporen las guías en sus planes de estudios o que escriban un diario con reflexiones sobre la importancia de una guía en su área de práctica. También se pueden usar pruebas o preguntas de examen que demuestren pensamiento crítico en torno a las guías. En general, las tareas y los exámenes relacionados con las guías pueden ayudar a los estudiantes a reflexionar sobre las guías, entender su aplicación y hacer un juicio crítico de las mismas (93).
- **Tutoría o mentorización en estancias clínicas:** Los tutores en entornos clínicos desempeñan un papel fundamental en la enseñanza de habilidades prácticas que complementan el aprendizaje teórico de los estudiantes. Los tutores se responsabilizan de la enseñanza y supervisión clínicas y realizan una evaluación formal de los estudiantes. Además, los tutores pueden ayudar a los estudiantes a integrar el contenido de las guías en sus objetivos de aprendizaje y actividades clínicas para promover el conocimiento y la práctica basados en la evidencia.

DECLARACIÓN PARA FORMACIÓN 2: LAS INSTITUCIONES DE SERVICIOS SANITARIOS USAN DIVERSAS ESTRATEGIAS PARA INTEGRAR LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA Y FORMAR A LAS ENFERMERAS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Discusión de la literatura:

El análisis temático de las recomendaciones para la formación en distintas GBP reveló un segundo tema como base para dotarles de capacidades de práctica basada en la evidencia:

Las instituciones de servicios sanitarios usan diversas estrategias para integrar las guías en la educación y la formación de enfermeras y otros profesionales sanitarios.

Se analizaron las siguientes GBP:

- *Valoración y manejo del dolor, tercera edición (2013).*
- *Transiciones en los cuidados (2014).*
- *Cuidados centrados en la persona y la familia (2015).*
- *Involucrar a las personas que usan sustancias (2015).*
- *Prevención y abordaje del abuso y el abandono en las personas mayores: enfoque centrado en la persona, colaborativo y en todo el sistema (2014).*
- *Prevención primaria de la obesidad infantil, segunda edición (2014).*
- *Delirio, demencia y depresión en las personas mayores: valoración y cuidados, segunda edición (2016).*
- *Trabajo con familias para promover un sueño seguro en niños de 0-12 meses de edad (2014).*

Las enfermeras y los demás profesionales sanitarios deben buscar de forma continuada nuevos conocimientos, identificar oportunidades de crecimiento profesional y procurar un aprendizaje continuado a lo largo de su carrera profesional. La participación en actividades educativas y formativas garantiza la coherencia con las prácticas basadas en la evidencia, incrementa las competencias y mejora la calidad asistencial y los resultados individuales (95). La integración de los contenidos de las guías en los programas de educación y formación dentro de las organizaciones sanitarias puede mejorar el conocimiento y las competencias basados en la evidencia en enfermeras y profesionales sanitarios graduados.

Los programas de educación y formación deben basarse en los principios del aprendizaje adulto, incluyendo:

- Los adultos son conscientes de las necesidades/los objetivos del aprendizaje.
- Los adultos tienen iniciativa propia y son autónomos.
- Los adultos consideran y utilizan experiencias vitales previas.
- Los adultos muestran disposición a aprender.
- Los adultos tienen motivación por aprender.
- Los adultos reciben conocimientos y habilidades en el contexto de situaciones prácticas de la vida real (96)

Además, la educación y la formación deben ser adecuadas al ámbito de práctica del profesional sanitario y a las funciones que se le hayan definido. Algunas estrategias de educación y formación son:

- **Sesiones de formación presenciales:** Estas sesiones pueden ser planificadas por expertos clínicos dentro de entornos de práctica para favorecer el uso de una determinada guía o conjunto de recomendaciones que estimulen la práctica basada en la evidencia entre el personal. Se recomienda que estas sesiones de formación tengan continuidad a través de sesiones de actualización o refuerzo para conocer la respuesta del personal y mejorar su aprendizaje (97, 98).
- **Talleres/seminarios:** Los talleres o seminarios muy interactivos ayudan a enfermeras y profesionales sanitarios a mantener una práctica basada en la mejor evidencia disponible cuando se incorporan diversas estrategias educativas, como materiales previamente distribuidos, grupos de discusión reducidos en los que se usen estudios de casos y materiales multimedia (como vídeos y presentaciones Power Point que integren las guías/recomendaciones de interés). Algunos ejemplos de programas que ofrecen formación sobre cómo implantar las guías en los entornos de práctica son los talleres de RNAO Best Practice Champions Workshop y BPG Learning Institutes (99).
- **Mejora de la calidad:** La participación en la mejora de la calidad en el lugar de trabajo puede ayudar a las enfermeras y a los trabajadores sanitarios a reconocer eventos centinela y a explorar formas de mejorar la atención. El cumplimiento de las normas de acreditación es una importante actividad de mejora de la calidad que salva las lagunas entre las prácticas actuales y las mejores prácticas y fomenta la capacitación continua. A continuación, se incluyen algunos ejemplos que enfermeras y profesionales sanitarios pueden utilizar para responder a los estándares de acreditación:
 - participar en un proceso de implantación de una guía en una unidad para promover la seguridad del paciente, reducir riesgos y mejorar los resultados asistenciales;
 - seleccionar recomendaciones específicas a la guía para facilitar el cambio en la práctica; y
 - compartir los conocimientos y las lecciones aprendidas de la revisión de las guías con el comité de acreditación (100, 101).

También se puede buscar una mejora de la calidad a través de la participación en informes de incidencias, las iniciativas por la seguridad del paciente y otras medidas sanitarias en diversas áreas de práctica.

- **Mentorización de posgrado:** La mentorización de posgrado supone ofrecer a los recién titulados o al personal con menos experiencia orientación para desarrollar sus capacidades y apoyo para crecer en las distintas funciones de su profesión. La investigación sugiere que el trabajo con mentores reduce el estrés y mejora la satisfacción del personal de nueva incorporación durante el proceso de transición (102). Los mentores pueden apoyar la integración del contenido de la guía durante la enseñanza de la práctica basada en la evidencia.

EVALUACIÓN

Todas las estrategias educativas requieren evaluación para: (a) monitorizar la adopción del conocimiento y (b) medir el impacto de los resultados clínicos. RNAO ha desarrollado un recurso específico para educadores, *Recursos para el docente: Integración de Guías de Buenas Prácticas* (2005) (103), en el que se proporcionan estrategias para que los educadores dentro del ámbito académico y de la práctica presenten las GBP a estudiantes de enfermería, profesores, enfermeras y otros profesionales de servicios de salud. Este recurso orienta sobre distintas estrategias de evaluación, como la autoevaluación, la evaluación por pares y las evaluaciones de fin de curso a cargo del profesor.

Además, RNAO ha desarrollado la guía de buenas prácticas *Educación práctica en enfermería* (2016) para ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia que ayuden a los estudiantes de enfermería a aplicar sus conocimientos en diversos entornos de práctica. La guía también ayuda a las enfermeras formadoras, los tutores y los demás miembros del equipo interprofesional a hacer un uso efectivo de las estrategias de formación en los contextos clínicos.

La *Herramienta* de RNAO de *Implantación de Guías de buenas prácticas* (2012)* (18) identifica las siguientes estrategias para evaluar los cambios en la práctica que realiza cada profesional y los resultados en salud de las personas dentro de las organizaciones sanitarias:

- pruebas previas y posteriores a las sesiones educativas del personal;
- grupos de discusión/entrevistas con el personal;
- observación de encuentros paciente-profesional de cuidados;
- diagrama de las auditorías para determinar el impacto en los resultados de las personas y las familias; y
- encuestas o entrevistas de satisfacción personal y familiar.

* La *Herramienta* de RNAO de *Implantación de Guías de buenas prácticas* (2012) está siendo revisada y se espera que se publique una próxima edición en 2021.

Anexo D: Métodos de desarrollo de la Guía

Este Anexo presenta una visión general de los métodos y el proceso de desarrollo de la guía de RNAO. RNAO se ha comprometido a garantizar que todas las Guías de buenas prácticas se basan en la mejor evidencia disponible. Se han implantado los métodos GRADE y CERQual para ofrecer un marco de trabajo riguroso y para cumplir con los estándares internacionales de desarrollo de guías.

Ámbito de aplicación de la Guía

El ámbito marca lo que cubre y lo que no cubre la guía de RNAO (véase Objetivos y Ámbito de aplicación). Para determinar dicho ámbito, el equipo de Investigación y Desarrollo de las Guías de buenas prácticas de RNAO siguió los siguientes pasos:

1. **Una revisión de las GBP anteriores.** Se revisaron las GBP de RNAO *Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida* (2) y *Prevención del estreñimiento en personas mayores* (3) como base para el objeto y el ámbito de aplicación de esta GBP.
2. **Búsqueda de Guías y análisis de brechas.** Dos metodólogas en el desarrollo de guías buscaron en una lista definida de sitios web de guías y otros contenidos de interés publicados entre enero de 2013 y agosto de 2018. El objeto de la búsqueda de guías y el análisis de brechas era comprender mejor las guías ya existentes sobre incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y estreñimiento para orientar el objetivo y ámbito de aplicación de esta GBP. La lista resultante se compiló a partir del conocimiento extraído de las páginas web de práctica basada en la evidencia y las recomendaciones de la literatura. Se pidió al panel de expertos que sugirieran guías adicionales (véase el **Anexo E**). Se puede encontrar información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web de búsqueda y los criterios de inclusión en <https://RNAO.ca>.

Se revisaron las guías para identificar su contenido, aplicabilidad a la práctica enfermera, accesibilidad y calidad. Las dos metodólogas para el desarrollo de guías evaluaron cuatro guías internacionales utilizando la herramienta AGREE II (105). Las guías con una puntuación de 6 o 7 (con una escala Likert sobre 7) se consideraron de calidad alta.

Las revisiones sistemáticas que respondieron a las preguntas de investigación en las guías de alta calidad se consideraron para GRADE-ADOLOPMENT (13). GRADE-ADOLOPMENT ofrece un marco de trabajo para adoptar o adaptar recomendaciones fiables de guías ya existentes en esta GBP (13).

Se evaluaron las siguientes guías, del modo indicado:

- Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. Incontinence [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
 - (Calificación: 4 de 7. Se empleó este recurso para dar base a las declaraciones de buenas prácticas de esta GBP).
- European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on urinary incontinence in adults [Internet]. Arnhem (NL): EAU; 2016. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2016.pdf>.
 - (Calificación: 3 de 7. No se ha usado esta guía en la presente BGP).

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women [Internet]. London (UK): National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK247723/>
 - (Calificación: 6 de 7. Se actualizó esta guía en junio de 2019. También se valoró la guía actualizada [ver a continuación]).
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Internet]. London (UK): NICE; 2019 Apr 2 [updated 2019 Jun 24]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/Recommendations#non-surgical-management-of-urinary-incontinence>
 - (Calificación: 6 de 7. Se ha adoptado una recomendación en la presente GBP).
 - Qaseem A, Dallas P, Forcica MA, et al. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014;161(6):429-40.
 - (Calificación: 4 de 7. No se ha usado esta guía en la presente BGP).
3. **Entrevistas telefónicas con informantes clave.** Se realizaron once entrevistas con expertos en el área —incluyendo profesionales sanitarios de cuidados directos, enfermeras investigadoras y defensores del paciente— para entender las necesidades de las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional y las personas que han pasado por esta situación.
4. **Sesiones telefónicas de discusión de grupo.** Se convocaron dos sesiones para entender las necesidades de las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional y las personas que han pasado por esta situación.

Reunión del panel de expertos

RNAO aspira a la diversidad en la composición de un panel de expertos en consonancia con su Declaración Organizativa sobre Diversidad e Inclusión, que forma parte de la Misión y Valores de RNAO (106). RNAO también trata de que aquellas personas a las que afectan las recomendaciones de la guía, especialmente a aquellos que han vivido estas experiencias y sus redes de apoyo, formen parte del panel de expertos.

RNAO localiza y selecciona a los miembros de un panel de expertos de diversas formas, incluyendo:

- búsqueda en la literatura para localizar investigadores en el área de interés;
- seguir las recomendaciones de informantes clave;
- remitirse a redes profesionales, como los grupos de interés de RNAO: Red Nursing Best Practice Champions Network® y los Centros Comprometidos con la Excelencia en cuidados (Best Practice Spotlight Organizations® (BPSOs®), así como otras asociaciones de enfermería y de profesionales sanitarios, asociaciones u organizaciones técnicas pertinentes al tema, y órganos de promoción y defensa de la salud.

Para esta Guía, el equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO reunió un panel de expertos procedentes de la práctica enfermera, la investigación y la educación, así como otros miembros del equipo interprofesional que representaban un amplio abanico de sectores y áreas de práctica. Las personas que han vivido la experiencia y los defensores de los pacientes también se incluyeron en el panel de expertos (véase el **Panel de expertos de RNAO**).

El panel de expertos se involucró en las siguientes actividades:

- aprobó el objetivo y el ámbito de aplicación de esta Guía;
- definió las preguntas de recomendación y sus resultados o desenlaces de interés para esta Guía;
- participó en un proceso de desarrollo de **consenso**^G para finalizar la declaración de recomendaciones;
- ofreció su opinión sobre el proyecto de esta Guía;
- participó en el desarrollo de los indicadores de evaluación;
- ayudó en el desarrollo de conjuntos de normas enfermeras (Order sets); e
- identificó a las partes interesadas que revisarían el proyecto de la Guía antes de su publicación.

Además de lo anterior, las copresidentas del panel de expertos participaron en las siguientes actividades:

- copresidir reuniones mensuales con las metodólogas para el desarrollo de guías y la Coordinadora del Proyecto de Desarrollo de la Guía;
- organizar las reuniones de panel de expertos;
- proporcionar orientación en profundidad sobre temas clínicos y/o de investigación
- moderar los procesos de votación.

Conflicto de intereses

En el contexto del desarrollo de las guías de buenas prácticas de RNAO, el término "conflicto de intereses" hace referencia a aquellas situaciones en las que las relaciones económicas, profesionales, intelectuales, personales, institucionales o de otro tipo de los miembros del panel de expertos pueden comprometer su capacidad de llevar a cabo de forma independiente el trabajo necesario para el desarrollo de esta Guía. Todos los miembros del panel de expertos de RNAO realizaron antes de su participación en el desarrollo de la guía declaraciones de conflicto de interés que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, mediante un formulario estándar. Cada miembro del panel actualizó esta declaración en cada reunión para el desarrollo de la Guía y previamente a la publicación de la misma. Todos y cada uno de los conflictos de interés declarados por los miembros del panel han sido revisados por el Equipo de Investigación y Desarrollo de las GBP de RNAO y por las copresidentas del panel de expertos. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Se puede consultar el "Resumen de las Declaraciones de Conflicto de Interés" en <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Identificación de preguntas de recomendación prioritarias y resultados o desenlaces de interés

Las preguntas de revisión sistemática de RNAO se desarrollaron en consonancia con el formato PICO (población, intervención, comparador y resultados).

En septiembre de 2018, el equipo de Investigación y Desarrollo de la Guía de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO acordaron en una reunión presencial las preguntas de recomendación prioritarias y los resultados o desenlaces para esta GBP. En una reunión presencial, se desarrolló una lista integral de preguntas de recomendación que esta GBP podría abordar potencialmente, en base a:

- el análisis de brechas de la Guía;
- las entrevistas con informantes clave y las discusiones de grupo; y
- la discusión del panel de expertos en la reunión presencial.

La potencial lista de preguntas de recomendación se presentó al panel de expertos para que emitieran su voto. Cada miembro del panel tenía cinco votos para asignar a las preguntas de recomendación que prefería. Las cuatro preguntas

de recomendación que obtuvieron más votos se tomaron como preguntas de recomendación finales. Las copresidentas del panel de expertos no participaron en el voto.

Tras el voto inicial— alineado con los estándares GRADE para la valoración y presentación de la evidencia — se identificaron los resultados y se priorizaron para cada pregunta de recomendación. En la reunión presencial, se desarrolló una lista integral de resultados para cada pregunta de recomendación, en base a las entrevistas con informantes clave, las discusiones de grupo y la discusión del panel de expertos.

Sobre la base de la lista completa de resultados, se pidió al panel de expertos que ordenara la importancia relativa de cada resultado por pregunta de recomendación. Cada miembro del panel votó en línea de forma confidencial por orden de importancia. Se estimó que era viable tener un total de 20 resultados prioritarios en las cinco preguntas de recomendación. Las copresidentas del panel no participaron en la votación, ya que actuaron como coordinadoras.

Se presentaron los resultados de la votación al panel de expertos y se definieron los resultados prioritarios por pregunta de recomendación mediante un debate moderado. Las cinco preguntas de recomendación originales y sus respectivas preguntas PICO de investigación se presentan a continuación.

Preguntas de recomendación originales

Pregunta de recomendación 1: ¿Debería recomendarse la educación sobre la incontinencia con seguimiento de la aplicación para mejorar los resultados de las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 1

Población: Cuidadores formales e informales.

Intervención: Educación con seguimiento de la aplicación.

Comparación: Solo educación.

Resultados: Mayor uso de estrategias de aseo, toma de conciencia y conocimiento del cuidador (formal e informal), episodios de incontinencia, calidad de vida y eventos adversos.

Pregunta de recomendación 2: ¿Se deben recomendar estrategias de aseo para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria y/o incontinencia intestinal?

Pregunta de investigación PICO 2

Población: Personas que viven con incontinencia urinaria y/o incontinencia intestinal.

Intervención: Estrategias de aseo.

Comparación: Ninguna estrategia de aseo.

Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida, uso de productos para incontinencia y carga del cuidador.*

Pregunta de recomendación 3: ¿Se deben recomendar preguntas de cribado estandarizadas para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 3

Población: Personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Intervención: Preguntas de cribado estandarizadas.

Comparación: Ninguna pregunta de cribado estandarizada.

Resultados: Identificación de personas con incontinencia, derivación adecuada, educación/recursos para pacientes, satisfacción del paciente y mayor implicación del paciente.

Pregunta de recomendación 4: ¿Se debe recomendar ejercicio o movimiento para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 4

Población: Personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Intervención: Ejercicio o movimiento.

Comparación: Ningún ejercicio o movimiento.

Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida, mediciones de movilidad*, caídas* y estreñimiento.

Pregunta de recomendación 5: ¿Debería recomendarse la retirada de prescripción de fármacos que afectan a la función vesical e intestinal para mejorar los resultados en personas con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 5

Población: Personas que viven con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Intervención: Retirar la prescripción de medicamentos que afectan a la función de la vejiga y el intestino.

Comparación: Mantener la prescripción de medicamentos que afectan a la función de la vejiga y el intestino.

Resultados: Efectos secundarios de medicación, episodios de incontinencia, calidad de vida y caídas.

Revisiones de las preguntas de recomendación y los resultados originales

Se realizaron búsquedas de prueba para todas las preguntas de recomendación. Sin embargo, no se identificó ninguna literatura que pudiera responder a las preguntas de recomendación originales 1, 3 y 5. Se utilizaron dos estrategias para encontrar preguntas de recomendación alternativas. Primero, el panel de expertos dio prioridad a una sexta pregunta de recomendación y sus correspondientes resultados respecto al adecuado consumo de *fibra y/o líquido*; se presentó esta cuestión. En segundo lugar, en consulta con la directora asociada de desarrollo e investigación de guías y las copresidentas del panel de expertos, se analizó la edición anterior de las GBP *Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida y Prevención del estreñimiento en personas mayores* en busca de lagunas en las recomendaciones. Dos áreas de recomendaciones que se encontraron en las ediciones anteriores, pero no en la actual, fueron *enfoque interdisciplinar y protocolos intestinales de la organización* (2, 3).

Para cubrir las lagunas de las recomendaciones, se seleccionaron preguntas de recomendación sobre el *enfoque interdisciplinar y protocolos intestinales de la organización*. Estas preguntas de recomendación también fueron revisadas por el responsable del programa de buenas prácticas de atención a largo plazo, ya que estas guías se aplican en los entornos de cuidados a largo plazo. Además, en consulta con las copresidentas del panel de expertos, se seleccionaron para estas preguntas los resultados que sobresalían en los estudios incluidos.

- * Para la pregunta de Recomendación 2 original, en la literatura no se halló el resultado de *carga del cuidador*. No se eligió un resultado sustitutivo porque se consideró que había suficientes resultados para la pregunta. Se identificó este resultado como laguna que explorar en futuras investigaciones.
- * Para la pregunta de Recomendación 4 original, no se hallaron en la literatura *medidas de movilidad* o de *caídas*. Por ello se eligieron las *limitaciones físicas* como resultado sustitutivo de caídas tras consultarlo con las copresidentas del panel de expertos. No se eligió ningún resultado sustitutivo para reemplazar las *medidas de movilidad*, ya que se estimó que había suficientes resultados para la pregunta. Se identificó este resultado como laguna que explorar en futuras investigaciones.

Por último, el panel de expertos decidió que la población de interés debía separarse en dos categorías: *personas con incontinencia urinaria y personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento*. Todas las preguntas de recomendación se revisaron para ser específicas para los trastornos en cuestión, según la evidencia encontrada en los estudios incluidos. Esta revisión dio como resultado siete preguntas de recomendación. A continuación, se presentan las siete preguntas de recomendación revisadas y sus respectivas preguntas de investigación PICO.

Preguntas de recomendación revisadas para la incontinencia urinaria

Pregunta de recomendación 1: ¿Se deben recomendar estrategias de aseo para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Pregunta de investigación PICO 1

Población: Personas con incontinencia urinaria.

Intervención: Estrategias de aseo.

Comparación: Ninguna estrategia de aseo.

Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida y uso de productos para incontinencia.

Pregunta de recomendación 2: ¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Pregunta de investigación PICO 2

Población: Personas con incontinencia urinaria.

Intervención: Actividad física.

Comparación: Ninguna actividad física.

Resultados: Episodios de incontinencia y limitaciones físicas.

Pregunta de recomendación 3: ¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Pregunta de investigación PICO 3

Población: Personas con incontinencia urinaria.

Intervención: Enfoque interprofesional.

Comparación: Ningún enfoque interprofesional.

Resultados: Satisfacción del paciente y episodios de incontinencia.

Preguntas de recomendación revisadas para la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento

Pregunta de recomendación 4: ¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 4

Población: Personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Intervención: Actividad física.

Comparación: Ninguna actividad física.

Resultados: Episodios de incontinencia, estreñimiento y calidad de vida.

Pregunta de recomendación 5: ¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 5

Población: Personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Intervención: Consumo adecuado de fibra y/o líquido.

Comparación: Ningún consumo adecuado de fibra y/o líquido.

Resultados: Frecuencia de movimiento intestinal, consistencia de las heces, uso de laxantes, episodios de incontinencia y calidad de vida.

Pregunta de recomendación 6: ¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 6

Población: Personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Intervención: Enfoque interprofesional.

Comparación: Ningún enfoque interprofesional.

Resultados: Calidad de vida, acceso a cuidados, satisfacción del paciente, episodios de incontinencia y estreñimiento.

Pregunta de recomendación 7: ¿Se debe recomendar un protocolo intestinal para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Pregunta de investigación PICO 7

Población: Personas con incontinencia intestinal y/o estreñimiento.

Intervención: Protocolo intestinal.

Comparación: Ningún protocolo protocolo intestinal.

Resultados: Estreñimiento y uso de laxantes.

Recuperación sistemática de la evidencia

Las GBP de RNAO se basan en una revisión exhaustiva y sistemática de la literatura.

Para la presente GBP, el equipo de Investigación y Desarrollo de la Guía de buenas prácticas de RNAO y una documentalista especializada en ciencias de la salud desarrollaron una estrategia de búsqueda para cada una de las preguntas de investigación mencionadas. Se realizó una búsqueda de estudios de investigación relevantes publicados en inglés entre enero de 2013 y diciembre de 2018 en las siguientes bases de datos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Emcare y PsycInfo.

La búsqueda para las revisiones sistemáticas se limitó a los últimos cinco años, con el fin de recuperar la evidencia más actualizada. Se incluyeron todos los diseños de estudios. Se pidió a los miembros del panel de expertos que revisasen sus bibliotecas personales para localizar artículos clave no recuperados mediante las estrategias de búsqueda anteriormente indicadas (véase **Anexo E**). Se puede consultar información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, los criterios de inclusión y exclusión, y los términos de búsqueda en <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Dos metodólogas en desarrollo de guías evaluaron todos los estudios de forma independiente para estimar su relevancia y elegibilidad según los criterios de inclusión y exclusión. Los posibles desacuerdos se resolvieron mediante consenso.

Todos los artículos incluidos se evaluaron de forma independiente para detectar si existía riesgo de sesgo por el diseño de estudio, para lo que se usaron herramientas validadas y fiables. Los **ensayos controlados aleatorizados**^G se evaluaron mediante el instrumento Risk of Bias 2.0 (107); los **estudios cuasi experimentales**^G y otros estudios no aleatorizados se evaluaron con la herramienta ROBINS-I (108); las revisiones sistemáticas, con la herramienta ROBIS (109); y los estudios cualitativos se evaluaron con una lista de verificación cualitativa adaptada de CASP (110). Las dos metodólogas para el desarrollo de guías llegaron a un consenso en todas las puntuaciones mediante discusión.

Para la extracción de datos, los estudios incluidos se dividieron a partes iguales entre las responsables metodológicas. Cada una de ellas extrajo información de los estudios que se les asignaron y dicha información fue revisada por otro metodólogo experto en la elaboración de guías.

En abril de 2020, un documentalista de ciencias de la salud realizó una actualización de la búsqueda de estudios relevantes que respondieran a las preguntas de investigación, publicados en inglés entre diciembre de 2018 y abril de 2020. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Emtree y PsycInfo. Se incorporaron los resultados de cuatro estudios en la discusión de la evidencia de la **Recomendación 3.1**, **Recomendación 4.1** y de la **Recomendación 5.1**.

Determinación de la certeza y la confianza en la evidencia

Certeza de la evidencia

La certeza de la evidencia (es decir, hasta qué punto se puede confiar en la estimación del efecto es verdadera) se determina mediante los métodos GRADE (15). Primero, la certeza de la evidencia se cuantifica para cada uno de los resultados o desenlaces prioritarios en todos los estudios (es decir, para un conjunto de evidencia) por recomendación (15). Este proceso comienza con el diseño del estudio y a continuación es necesario examinar cinco dominios— riesgo de sesgo, inconsistencia, imprecisión, evidencia indirecta y sesgo de publicación —para potencialmente **disminuir**^G la certeza de la evidencia para cada resultado. Véase la **Tabla 16** para consultar la definición de cada uno de estos criterios de certeza.

Tabla 16. Criterios de certeza GRADE

CRITERIOS DE CERTEZA	DEFINICIÓN
Riesgo de sesgo	Limitaciones en el diseño del estudio y su ejecución que pueden sesgar los resultados del estudio. Se utilizan herramientas de evaluación de la calidad válidas y fiables para evaluar el riesgo de sesgo. Primero, el riesgo de sesgo se examina para cada estudio individual y luego se examina en todos los estudios para el resultado definido.
Inconsistencia	Diferencias no explicadas (heterogeneidad) en los resultados entre los distintos estudios. La inconsistencia se valora explorando la magnitud de la diferencia y las posibles explicaciones en la dirección y el tamaño de los efectos referidos en los estudios para un determinado resultado.
Evidencia indirecta	Variabilidad entre la investigación y la pregunta de revisión, y el contexto en el que sería aplicable la recomendación (aplicabilidad). Se deben valorar cuatro posibles fuentes: <ul style="list-style-type: none"> ■ diferencias en la población ■ diferencias en la intervención ■ diferencias en los resultados medidos ■ diferencias en los comparadores.
Imprecisión	Grado de incertidumbre respecto a la estimación del efecto. Suele tener relación con el tamaño muestral y el número de eventos. Se examina el tamaño muestral, el número de eventos y los intervalos de confianza de los estudios.
Sesgo de publicación	Publicación selectiva de los estudios según los resultados del estudio. Si existe una fuerte sospecha de sesgo de publicación, se considera la posibilidad de disminuir la calificación.

Fuente: Reimpreso de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>. Reimpresión autorizada.

Teniendo en cuenta la consideración inicial para rebajar la calificación de certeza de la evidencia cuantitativa, se valoran tres factores que permiten subir la calificación de la evidencia en estudios observacionales:

1. **Magnitud grande del efecto:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los cinco criterios y la magnitud del efecto de la intervención es grande, se considera incrementar su calificación.
2. **Gradiente dosis-respuesta:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los cinco criterios y existe un gradiente dosis-respuesta, se considera incrementar su calificación.
3. **Efecto de confusión plausible:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los cinco criterios y todos los factores de confusión residuales resultarían en una subestimación del efecto del tratamiento, se considera incrementar su calificación (15).

GRADE clasifica la certeza global de la evidencia como alta, moderada, baja o muy baja. Véase la **Tabla 17** para consultar la definición de estas categorías.

En esta GBP, las dos metodólogas en desarrollo de guía evaluaron independientemente los cinco criterios de calidad GRADE para la posible disminución de la calificación y los tres criterios de calidad GRADE para el posible incremento de la calificación. Los posibles desacuerdos se resolvieron mediante consenso. A cada recomendación se le asignó una certeza global en la evidencia en base a dichas evaluaciones. La certeza de la evidencia asignada a cada recomendación se basó en la certeza de la evidencia de los resultados prioritarios en los estudios en los que se basaba la recomendación.

Tabla 17: Certeza de la evidencia

CERTEZA DE LA EVIDENCIA GLOBAL	DEFINICIÓN
Alta	Estamos muy seguros de que el real se encuentra muy cercano al estimador del efecto.
Moderada	Tenemos una confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el efecto real se encuentre cercano al estimador del efecto, pero existe la posibilidad de que existan diferencias sustanciales.
baja	Nuestra confianza en el estimador del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente al estimador del efecto.
Muy baja	Tenemos muy poca confianza en el estimador del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente del estimador del efecto.

Fuente: Reimpreso de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>. Reimpresión autorizada.

Confianza en la evidencia

De forma similar a GRADE, hay cuatro **criterios CERQual^G** para valorar la confianza de los resultados cualitativos relacionados con un fenómeno de interés:

1. limitaciones metodológicas,
2. relevancia,
3. coherencia, y
4. adecuación.

Véase la **Tabla 18** para consultar la definición de cada uno de estos criterios.

Tabla 18: Criterios de calidad CERQual

CRITERIOS	DEFINICIÓN
Limitaciones metodológicas	El grado en el que existen inquietudes acerca del diseño o la realización de los estudios primarios que aportaron pruebas a un hallazgo de revisión individual.
Coherencia	Valoración de lo claro y convincente que es el encaje entre los datos de los estudios primarios y un hallazgo de la revisión que sintetiza esos datos. Con «convincente» se hace referencia a si está bien fundamentado o resulta concluyente.
Adecuación de los datos	Determinación global del grado de riqueza y la cantidad de datos que respaldan un resultado de revisión.
Relevancia	Hasta qué punto el conjunto de pruebas de los estudios primarios que apoyan un hallazgo de la revisión es aplicable al contexto (perspectiva o población, fenómeno de interés, entorno) especificado en la pregunta de revisión.

Fuente: Reimpreso de: Lewin S, Booth A, Glenton C, et al. Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Table 2, Definitions of the components of the CERQual approach; p. 5. Reimpresión autorizada.

Para los hallazgos cualitativos relacionados con cada uno de los resultados o desenlaces priorizado, las dos metodólogas para el desarrollo de guías evaluaron independientemente estos cuatro criterios. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso. A cada hallazgo de revisión se le asignó una confianza global en base a dichas evaluaciones. Las evaluaciones sobre la confianza en la evidencia se pueden ver en la **Tabla 19**. A las recomendaciones que incluían evidencia cualitativa se les asignó una confianza global en la evidencia, en base a los correspondientes hallazgos de revisión.

Tabla 19: Confianza en la evidencia

CONFIANZA GLOBAL EN LA EVIDENCIA	DEFINICIÓN
Alta	Es muy probable que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés.
Moderada	Es probable que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés.
Baja	Es posible que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés.
Muy baja	No está claro que los hallazgos de la revisión sean una representación razonable del fenómeno de interés.

Fuente: Reimpreso de: Lewin S, Booth A, Glenton C, et al. Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Reimpresión autorizada.

Formulación de Recomendaciones

Resumen de la evidencia

Los estudios se agruparon por temas en función del consenso entre las dos responsables metodológicas de desarrollo de guías para cada pregunta de investigación. A partir de estos temas se elaboraron propuestas de recomendación. Para cada proyecto de recomendación, las dos metodólogas encargadas del desarrollo de las guías confeccionaron perfiles de evidencia GRADE y/o GRADE-CERQual. Los perfiles de evidencia GRADE y GRADE CERQual se emplean para presentar decisiones sobre la certeza y/o la confianza de la evidencia, así como información general sobre el conjunto de evidencia de la investigación, incluidos resultados estadísticos o narrativos clave (15).

Los perfiles de evidencia para el conjunto de estudios cuantitativos presentan las decisiones tomadas por las dos metodólogas para el desarrollo de guías respecto a los cinco criterios de certeza GRADE para la disminución de la calificación en la población incluida en los estudios, los países en los que se realizó el estudio, los resultados clave y los juicios transparentes sobre la certeza que subyace en la evidencia de cada resultado (15). Los perfiles de evidencia de estudios cuantitativos mostraron la importancia relativa de los resultados según determinó el panel de expertos a través de un voto confidencial telemático usando una escala Likert de 9 puntos que iba de 1 (menos importante) a 9 (más importante). En esta GBP, no se realizó ningún **metaanálisis**^G; se sintetizaron los resultados de forma narrativa.

Se crearon perfiles de evidencia CERQual para el conjunto de la evidencia cualitativa para cada borrador de recomendación, cuando fue aplicable. De forma similar a los perfiles de evidencia GRADE empleados para la investigación cuantitativa, los perfiles de evidencia CERQual presentan el conjunto de evidencia que sustenta cada tema relacionado con los resultados para cada pregunta de recomendación. Estos perfiles de evidencia presentaron las decisiones tomadas por las dos metodólogas para el desarrollo de guías respecto a los cuatro criterios clave CERQual y mostraron juicios transparentes sobre la confianza que subyace en la evidencia de cada tema.

Los perfiles de evidencia GRADE y CERQual para cada recomendación, organizados por resultado, están disponibles en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Marcos evidencia-decisión

Los **Marcos evidencia-decisión**^G recogen las recomendaciones propuestas y resumen todos los factores y las consideraciones basadas en la evidencia y en el juicio del panel de expertos para formular declaraciones de recomendación. Estos marcos evidencia-decisión se emplean para garantizar que el panel de expertos tiene en cuenta todos los factores importantes (esto es, certeza o confianza en la evidencia, beneficios/daños, valores y preferencias, y equidad en salud) necesarios para formular una recomendación (15). Tanto la evidencia cuantitativa como la cualitativa se incorporaron en estos marcos. Las metodólogas para el desarrollo de la guía prepararon el borrador de estos marcos con la evidencia cuantitativa y cualitativa disponible de las revisiones sistemáticas.

En el caso de esta GBP, los marcos evidencia-decisión incluían las siguientes áreas a tener en cuenta para cada posible recomendación del borrador (véase **Tabla 20**):

- Antecedentes sobre la magnitud del problema.
 - Incluye pregunta PICO y contexto general relacionado con la pregunta de investigación.
- Balance entre posibles beneficios y daños de una intervención.
- Certeza y/o confianza de la evidencia.
- Valores y preferencias.
- Equidad en salud.

Toma de decisiones: determinar la Dirección y la Fuerza de las recomendaciones

Los miembros del panel de expertos recibieron los marcos evidencia-decisión para revisarlos antes de la celebración de una reunión presencial de dos días para determinar la dirección de las recomendaciones (esto es, si la recomendación es a favor o en contra de una intervención) y la fuerza de las mismas (esto es, fuerte o condicional). Los miembros del panel de expertos también tuvieron acceso a los perfiles de evidencia completos y a la integridad de los artículos.

Las copresidentas del panel de expertos y el Líder de Desarrollo de la Guía coordinaron la reunión para discutir adecuadamente cada propuesta.

La decisión sobre la dirección y la fuerza de cada recomendación se determinó mediante discusión y voto de consenso de al menos el 70 por ciento del panel de expertos. El proceso de votación fue anónimo y fue moderado por las copresidentas del panel de expertos y las dos metodólogas. Para determinar la fuerza de una recomendación, se pidió al panel de expertos que tuvieran en cuenta lo siguiente (**Tabla 20**):

- balance entre beneficios y daños de una intervención;
- certeza y confianza en la evidencia;
- valores y preferencias; y
- equidad en salud.

Tabla 20: Consideraciones clave para determinar la fuerza de las recomendaciones

FACTOR	DEFINICIÓN	FUENTES
Beneficios y daños	<p>Potenciales resultados deseables y no deseables identificados en la literatura cuando se emplea la práctica recomendada.</p> <p>“Cuanto mayor es la diferencia entre efectos deseables y no deseables, más probable resulta que la recomendación sea fuerte. Cuanto menor es el gradiente, mayor es la probabilidad de que la recomendación sea condicional” (111).</p>	Incluye investigación exclusivamente de la revisión sistemática.
Certeza y confianza de la evidencia	<p>Grado de confianza en que las estimaciones de un efecto son adecuadas para apoyar una recomendación. Grado de confianza en que un hallazgo de la revisión es una representación razonable del fenómeno de interés (112).</p> <p>Las recomendaciones se formulan con distintos niveles de certeza o confianza; cuanto mayor es la certeza o la confianza, más probable resulta que la recomendación sea fuerte (111).</p>	Incluye investigación exclusivamente de la revisión sistemática.
Valores y preferencias	<p>Valor o importancia relativa de los resultados en salud de adoptar una determinada actuación clínica desde una perspectiva centrada en el paciente.</p> <p>“Cuanto más valores y preferencias varíen o mayor sea la incertidumbre en valores y preferencias, mayor será la probabilidad de que se formule una recomendación condicional”(111).</p>	Incluye evidencia de la revisión sistemática (cuando esté disponible) y de otras fuentes, como ideas del panel de expertos.

FACTOR	DEFINICIÓN	FUENTES
Equidad en salud	<p>Representa el impacto potencial de la intervención o práctica recomendadas en los resultados en salud o la calidad de la salud en distintas poblaciones.</p> <p>Cuanto mayor sea la posibilidad de que aumente la desigualdad en materia de salud, mayor será la probabilidad de que se formule una recomendación condicional (113).</p>	Incluye evidencia de la revisión sistemática (cuando esté disponible) y de otras fuentes, como ideas del panel de expertos.

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de RNAO a partir de: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>.

Desarrollo de Declaraciones de buenas prácticas

Tras la reunión presencial, el equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas de RNAO elaboró dos declaraciones de buenas prácticas para subrayar la necesidad de que los profesionales sanitarios realicen una valoración inicial antes de poner en práctica intervenciones o planes de tratamiento para personas con incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y/o estreñimiento. Se envió un cuestionario a los miembros del panel de expertos en el que se les pedía responder a cinco preguntas relativas a cada declaración:

1. ¿Esta declaración es clara y factible?
2. ¿Es realmente necesario el mensaje que transmite en cuanto a la práctica sanitaria real?
3. Tras considerar todos los resultados en salud relevantes y las posibles consecuencias posteriores, ¿la aplicación de esta declaración de buenas prácticas se traducirá en consecuencias positivas en términos netos?
4. ¿Es preciso o necesario realizar una revisión sistemática de la evidencia para esta declaración?
5. ¿Hay una justificación clara y explícita que sustente esta declaración de buenas prácticas?

Once de los trece miembros del panel cumplimentaron el cuestionario sobre la declaración de buenas prácticas para la incontinencia urinaria. Estos fueron sus resultados:

- Para la primera pregunta, 10 de 11 participantes respondieron “sí.”
- Para la segunda pregunta, los 11 participantes respondieron “sí.”
- Para la tercera pregunta, 8 de 11 participantes respondieron “sí.”
- Para la cuarta pregunta, 9 de 11 participantes respondieron “sí.”
- Para la quinta pregunta, 10 de 11 participantes respondieron “sí.”

Once de los trece miembros del panel cumplieron el cuestionario sobre la declaración de buenas prácticas para la incontinencia intestinal y/o el estreñimiento. Estos fueron sus resultados:

- Para la primera pregunta, 10 de 11 participantes respondieron “sí.”
- Para la segunda pregunta, los 11 participantes respondieron “sí.”
- Para la tercera pregunta, 8 de 11 participantes respondieron “sí.”
- Para la cuarta pregunta, 8 de 10 participantes respondieron “sí.”
- Para la quinta pregunta, 9 de 11 participantes respondieron “sí.”

Adopción de una recomendación

El panel de expertos consideró que existen directrices actuales y evidencia sustancial favorables al uso del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico para las mujeres con incontinencia urinaria. Al realizar un análisis de las lagunas de las guías, las metodólogas encargadas de su elaboración identificaron una guía reciente y de alta calidad que abordaba el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico entre las mujeres que viven con incontinencia urinaria. Por lo tanto, el uso de dicho entrenamiento de los músculos del suelo pélvico no se consideró como una "laguna de la práctica" para las que el panel de expertos debiera enunciar una recomendación. Sin embargo, se observó que era necesario incluir una recomendación sobre el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, ya que esta GBP aborda el impacto de la actividad física de baja intensidad en personas con incontinencia urinaria.

Las responsables de metodología para la elaboración de las guías y el panel de expertos llegaron a la decisión mutua de adoptar una recomendación extraída de una guía de alta calidad ya existente: la guía de NICE (National Institute for Health and Care Excellence) *Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women: Management [Incontinencia urinaria y prolapso de los órganos pélvicos: manejo]*, que fue actualizada en junio de 2019 (14). Las dos metodólogas para el desarrollo de guías evaluaron la guía usando la herramienta AGREE II, y se estimó que era de alta calidad (con una puntuación de 6 sobre 7).

Adoptar una recomendación implica usar una recomendación ya existente que sea fiable de forma que no cambie la recomendación original; debe referirse a la misma población específica, la misma intervención y mismos comparadores y ofrecer la misma certeza en la calificación de la evidencia (13). También quiere decir que el panel de expertos está de acuerdo con los criterios que determinan el sentido y la fuerza de la recomendación de quien desarrolló la guía original (13). El panel de expertos elaboró un marco de referencia para la recomendación sobre el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico basado en los perfiles de evidencia publicados por el NICE (14). El objetivo del marco evidencia-decisión era resaltar la evidencia de modo que el panel de expertos pudiera considerar los criterios que influyen en el sentido y la fuerza de una recomendación y su aplicación (13).

Determinación de anexos y recursos de apoyo

Se remitió a los miembros del panel de expertos y las partes interesadas el contenido de los anexos y recursos de apoyo a lo largo de todo el proceso de elaboración de la guía. Las dos responsables metodológicas de las guías revisaron el contenido en función de los siguientes criterios:

1. **Relevancia:** Los anexos y recursos de apoyo deben estar relacionados con el tema de la GBP o la recomendación. En otras palabras, el anexo o el recurso deben ser adecuados y pertinentes según el propósito y el ámbito de aplicación de la GBP o la recomendación específica.
2. **Oportunidad:** Los recursos deben ser oportunos y estar actualizados. Deben estar publicados en los últimos 10 años o estar en consonancia con la evidencia actual.

3. **Credibilidad:** Para valorar la credibilidad, se tiene en cuenta la fiabilidad y la experiencia del autor del material fuente o de la organización autora. También se valoraron posibles sesgos, como la presencia de anuncios o la afiliación de autores con productos sanitarios de empresas comercializadoras privadas.
4. **Calidad:** Este criterio valora la precisión de la información y el grado en que la fuente tiene una base en la evidencia. La valoración de la calidad se hace en relación con el tema del recurso. Por ejemplo, si se sugiere una herramienta, ¿resulta fiable y/o válida dicha herramienta?
5. **Accesibilidad:** Este criterio considera si el recurso es de libre acceso y accesible en internet.

Elaboración de la Guía

Las metodólogas del desarrollo de la guía redactaron el borrador de la presente Guía. El panel de expertos lo revisó y aportó sus comentarios por escrito. La GBP pasó entonces a ser revisada por las partes interesadas externas.

Revisión por las partes interesadas

Como parte del proceso de desarrollo de la guía, RNAO se compromete a recabar los puntos de vista de (a) enfermeras y otros profesionales sanitarios que representan diversos sectores sanitarios y funciones, (b) gestores y financiadores de los servicios de salud con conocimientos en la materia, y (c) asociaciones que sean parte interesadas.

Los revisores de las partes interesadas para las GBP de RNAO se identifican de dos formas. En primer lugar, se hace un llamamiento mediante un anuncio público incluido en el sitio web de RNAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Después, el equipo de Investigación y Desarrollo de la RNAO y el panel de expertos identifican a instituciones e individuos con experiencia en el área de esta GBP, a los que se invita a contribuir en la revisión.

Los revisores de las partes interesadas son personas a título individual con experiencia en la materia de interés de la GBP o que pueden verse afectadas por la implantación de la misma. Dichos revisores pueden ser enfermeras y otros miembros del equipo interprofesionales, jefes de enfermería, gestores, investigadores expertos, formadores, estudiantes de enfermería o personas que han vivido la experiencia, así como sus familias.

Se solicitó a dichos participantes que leyeran el proyecto de texto completo de la GBP y que contribuyeran a su revisión antes de la publicación. La información aportada por todos ellos se remitió a través de un cuestionario telemático.

Se les plantearon las siguientes preguntas sobre cada declaración de buena práctica:

- ¿Resulta clara esta declaración?
- ¿Está usted de acuerdo con esta declaración?
- ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta declaración de buena práctica?

Además, se les plantearon las siguientes preguntas sobre cada recomendación:

- ¿Resulta clara esta recomendación?
- ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?
- ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta recomendación?

Además, a las partes de interés se les pregunta:

- ¿Tiene algún otro comentario o sugerencia sobre el apartado de antecedentes de la guía?
- ¿Está de acuerdo con la redacción de los conceptos clave y las definiciones que los acompañan?
- ¿Son adecuados los anexos y los recursos de apoyo que se incluyen en la guía?

Respecto a los indicadores de evaluación, se pregunta a las partes de interés:

- ¿Estos indicadores son relevantes en su entorno de práctica?
- ¿Tiene alguna sugerencia sobre otros indicadores y/o medidas?

El equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de la RNAO recopiló las respuestas y resumió la información aportada. Los resultados de la encuesta se revisaron y tuvieron en cuenta junto con el panel de expertos. Se modificó el contenido de la GBP y sus recomendaciones antes de su publicación para reflejar la información recibida, cuando fue necesario.

Para esta GBP, el proceso de revisión de las partes de interés se realizó entre el 10 al 24 de febrero de 2020, y se obtuvo información a partir de distintos puntos de vista (véase **Agradecimiento a los colaboradores**).

Proceso de actualización de la guía

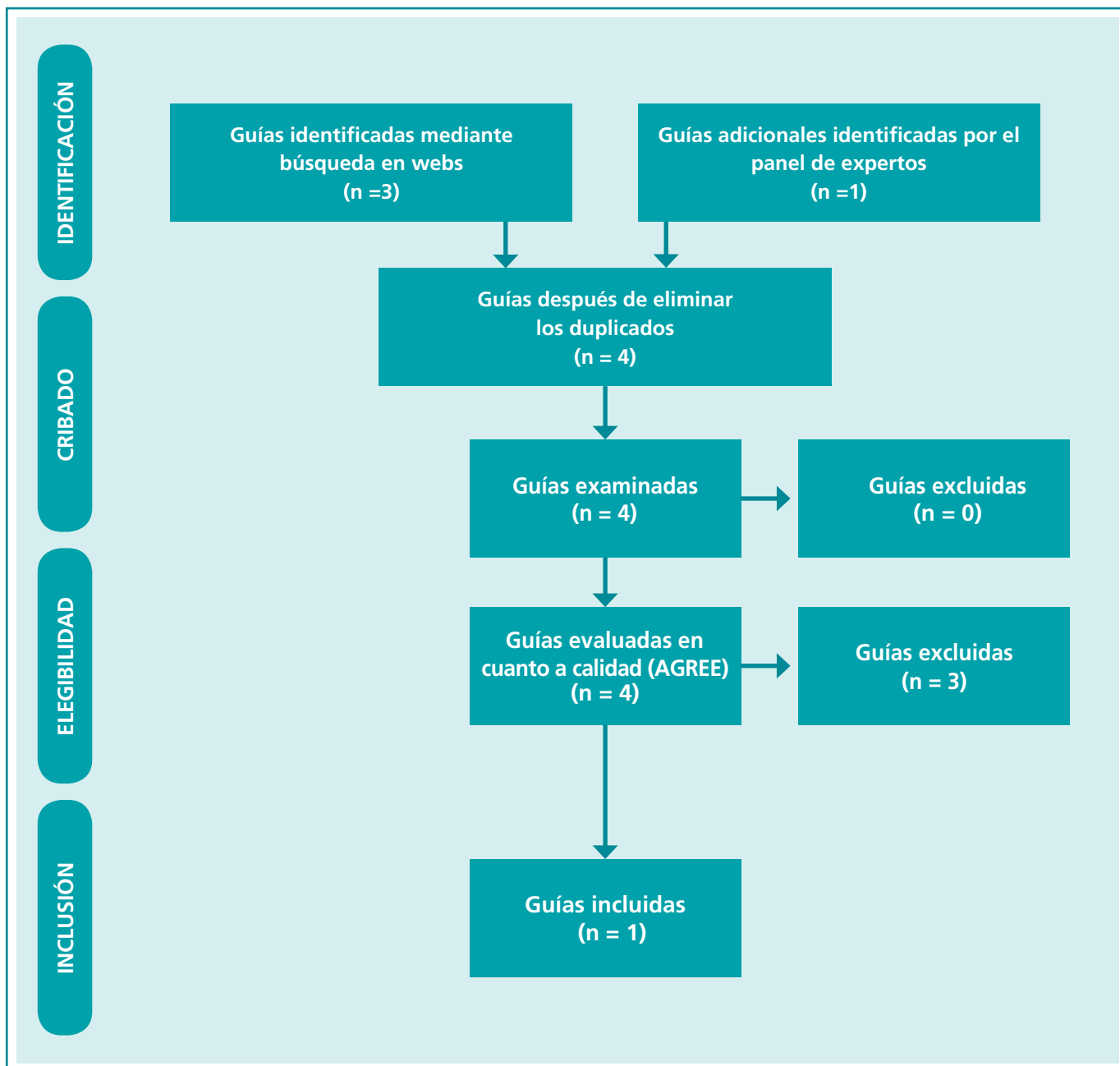
RNAO se compromete a actualizar sus Guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Cada GBP será revisada por un panel de expertos en el área temática cada cinco años tras la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de buenas prácticas (IABPG, por sus siglas en inglés) de RNAO realizará regularmente un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante en el tema.
3. Basándose en ese seguimiento, se podrá recomendar un periodo de revisión anticipado para una GBP en particular. Se consultará a los miembros del panel original de expertos y a otros especialistas y expertos en la materia para ayudar a tomar la decisión de examinar y revisar la GBP de forma anticipada al plazo propuesto.
4. Tres meses antes de que finalice el plazo marcado, el personal del IABPG comienza a planificar la revisión mediante:
 - a. La recopilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluyendo comentarios y experiencias de los centros designados como BPSOs® y otros centros de implantación en relación a sus experiencias.
 - b. La recopilación de nuevas guías de buenas prácticas clínicas en el campo de interés y la mejora del objetivo y el alcance.
 - c. El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para la elaboración de una nueva edición de la GBP.
 - d. Identificar con la ayuda de la CEO de RNAO los potenciales copresidentes del panel de expertos de las GBP.
 - e. La recopilación de una lista de especialistas y expertos en la materia para su potencial participación en el panel de expertos. Dicho panel estará compuesto por los miembros del panel de expertos original y otros nuevos.
5. Se difundirán las nuevas ediciones de la GBP basándose en las estructuras y en los procesos establecidos.

Anexo E: Diagramas PRISMA del proceso de búsqueda de Guías y revisiones sistemáticas

Revisión de Guías

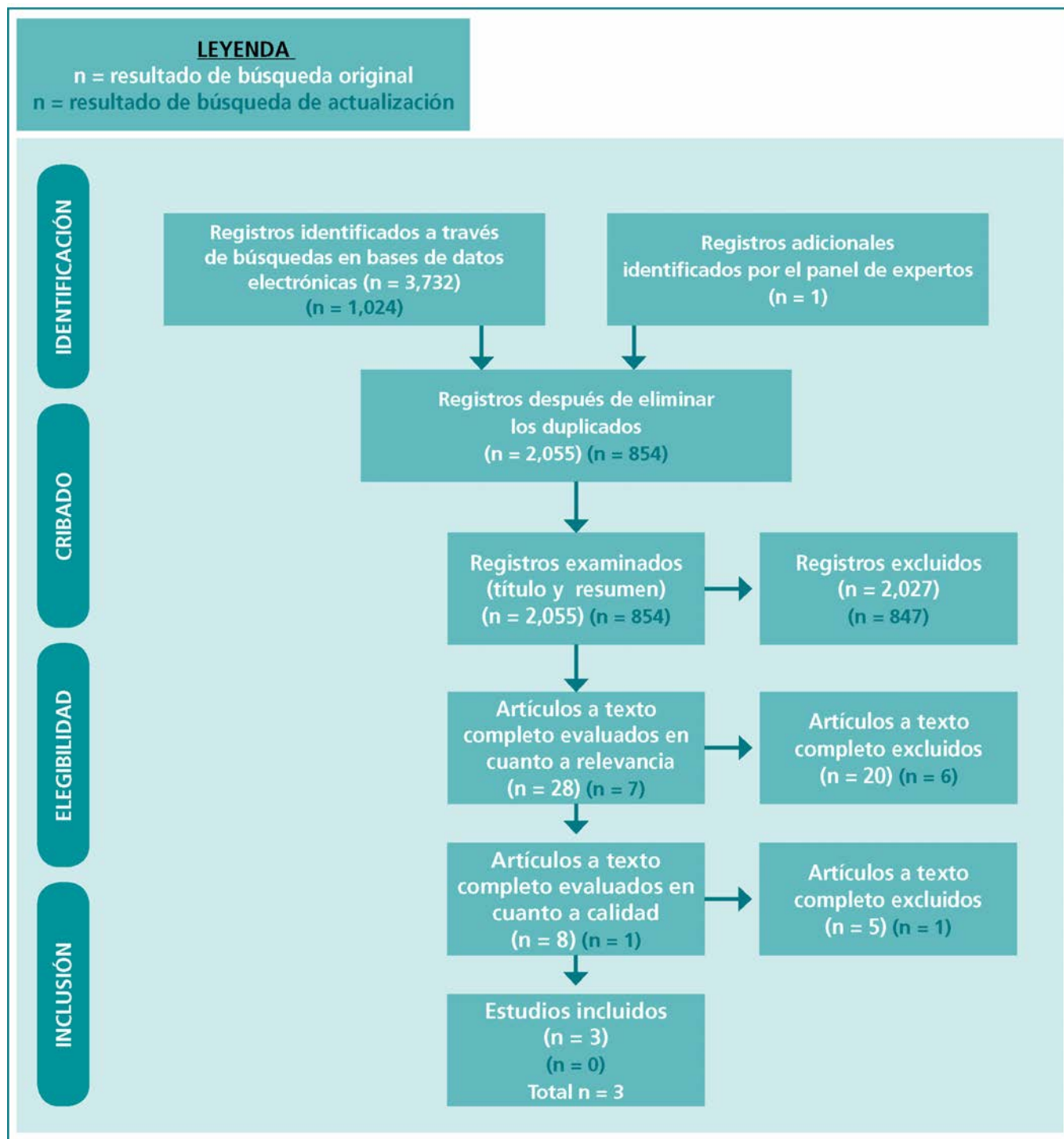
Figura 2: Diagrama de flujo del proceso de revisión de guías



Las guías incluidas se consideraron con GRADE-ADOLOPMENT y fue necesario que alcanzaran una puntuación general en AGREE II de seis o más (sobre siete) (13).

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de RNAO de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura 3: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación n° 1
 ¿Se deben recomendar estrategias de aseo para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria? Resultados: Episodios de incontinencia, calidad de vida y uso de productos para incontinencia.

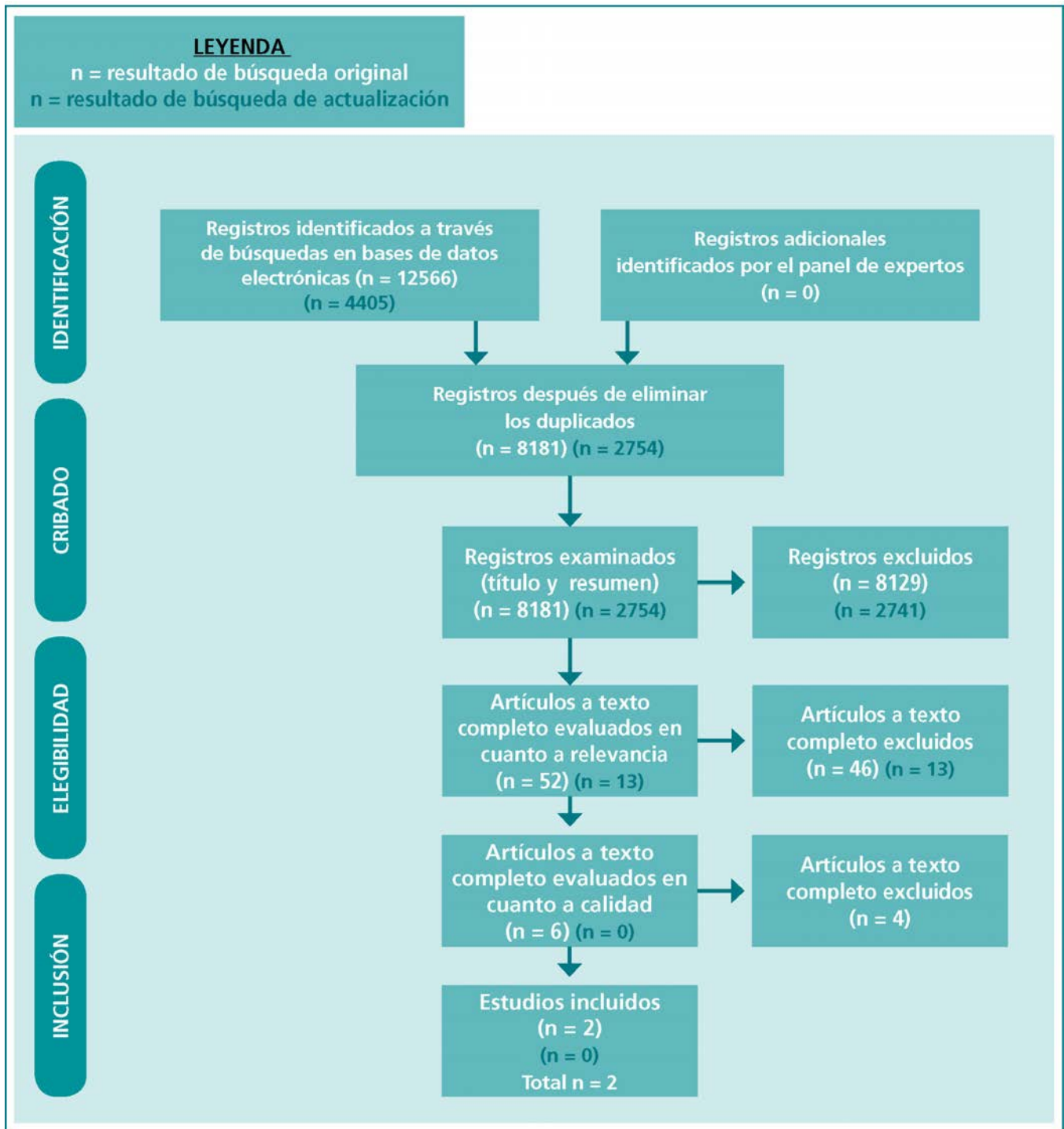


Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

ANEXOS

Figura 4: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación n° 2

¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?
Resultados: Episodios de incontinencia y limitaciones físicas.

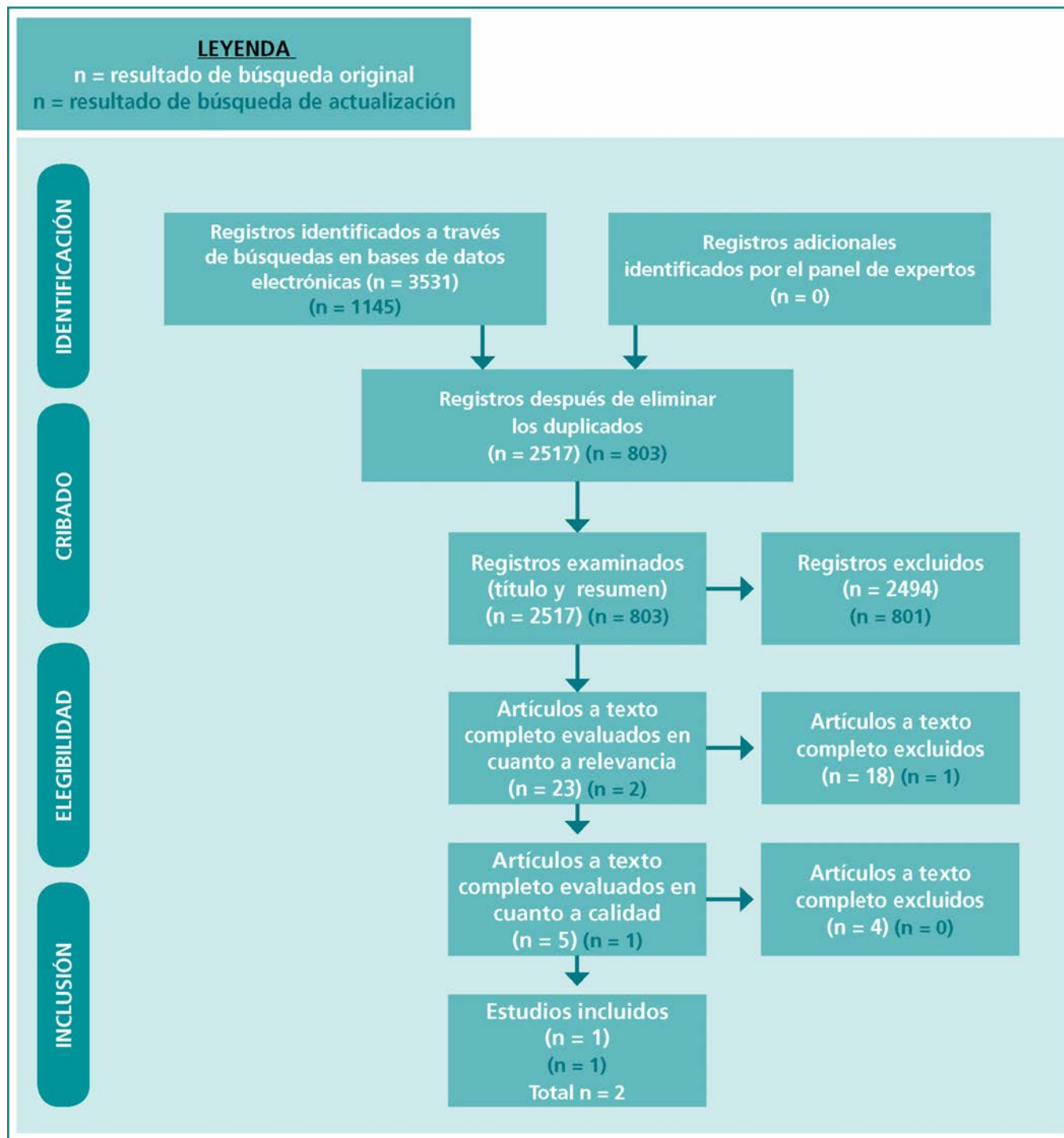


Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura 5: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación n° 3

¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de quienes tienen incontinencia urinaria?

Resultados: Satisfacción del paciente y episodios de incontinencia.



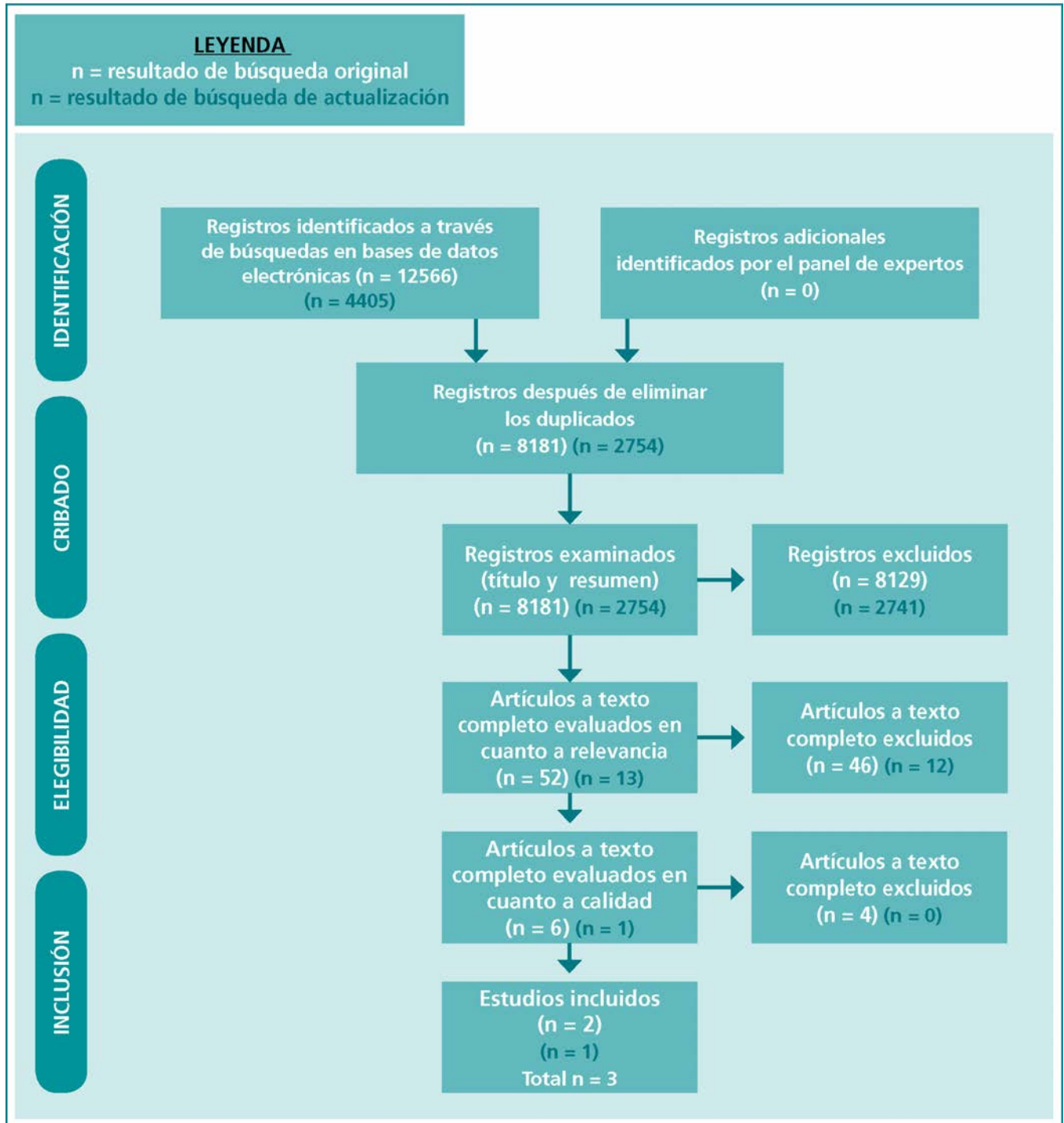
ANEXOS

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura 6: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación n° 4

¿Se debe recomendar ejercicio físico para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Estreñimiento y calidad de vida.

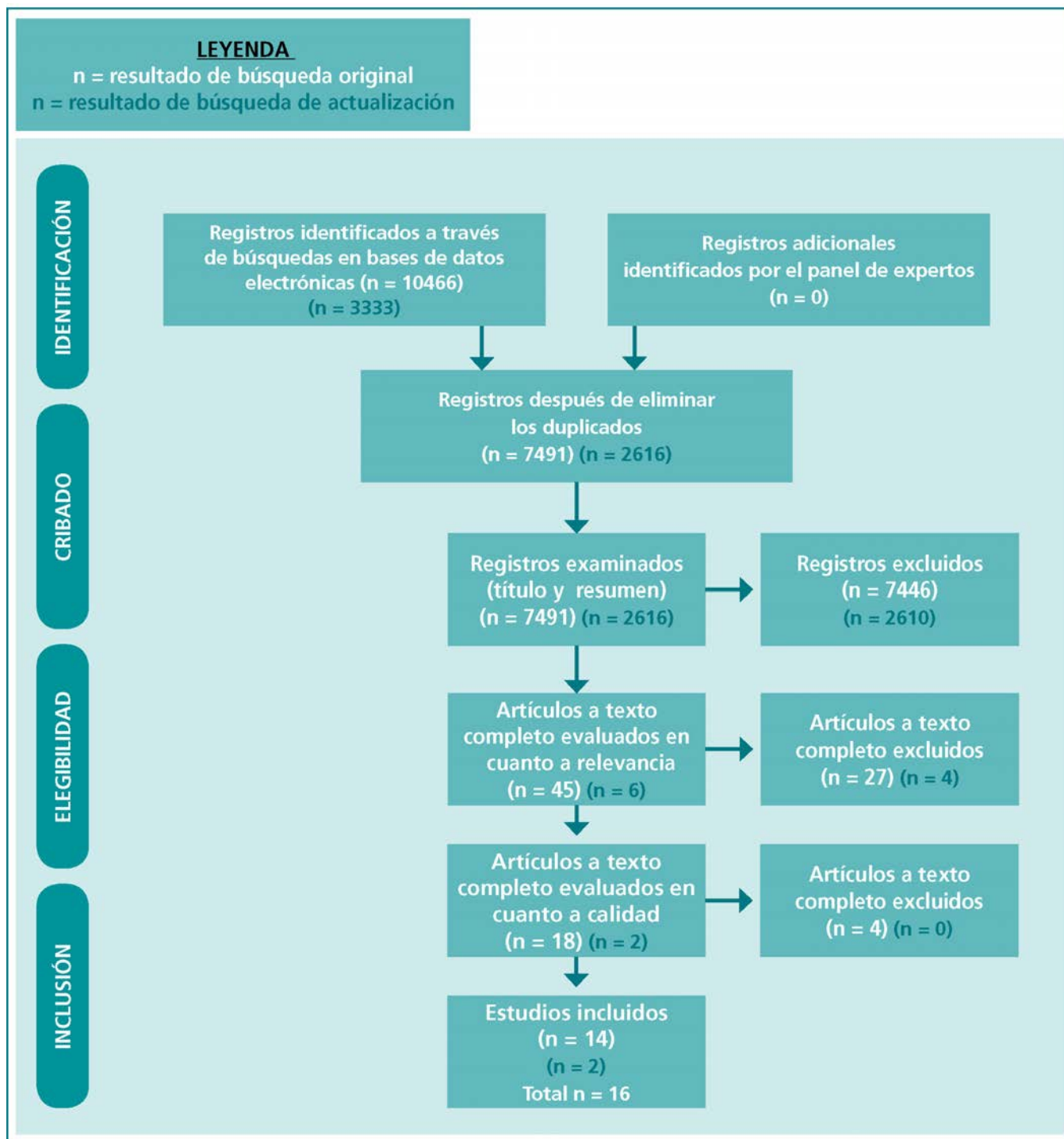


Fuente: Adaptado por el panel de expertos de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura 7: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación n° 5

¿Se debe recomendar una adecuada ingesta de fibra y/o líquidos para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Frecuencia de movimiento intestinal, consistencia de las heces, uso de laxantes, episodios de incontinencia y calidad de vida.



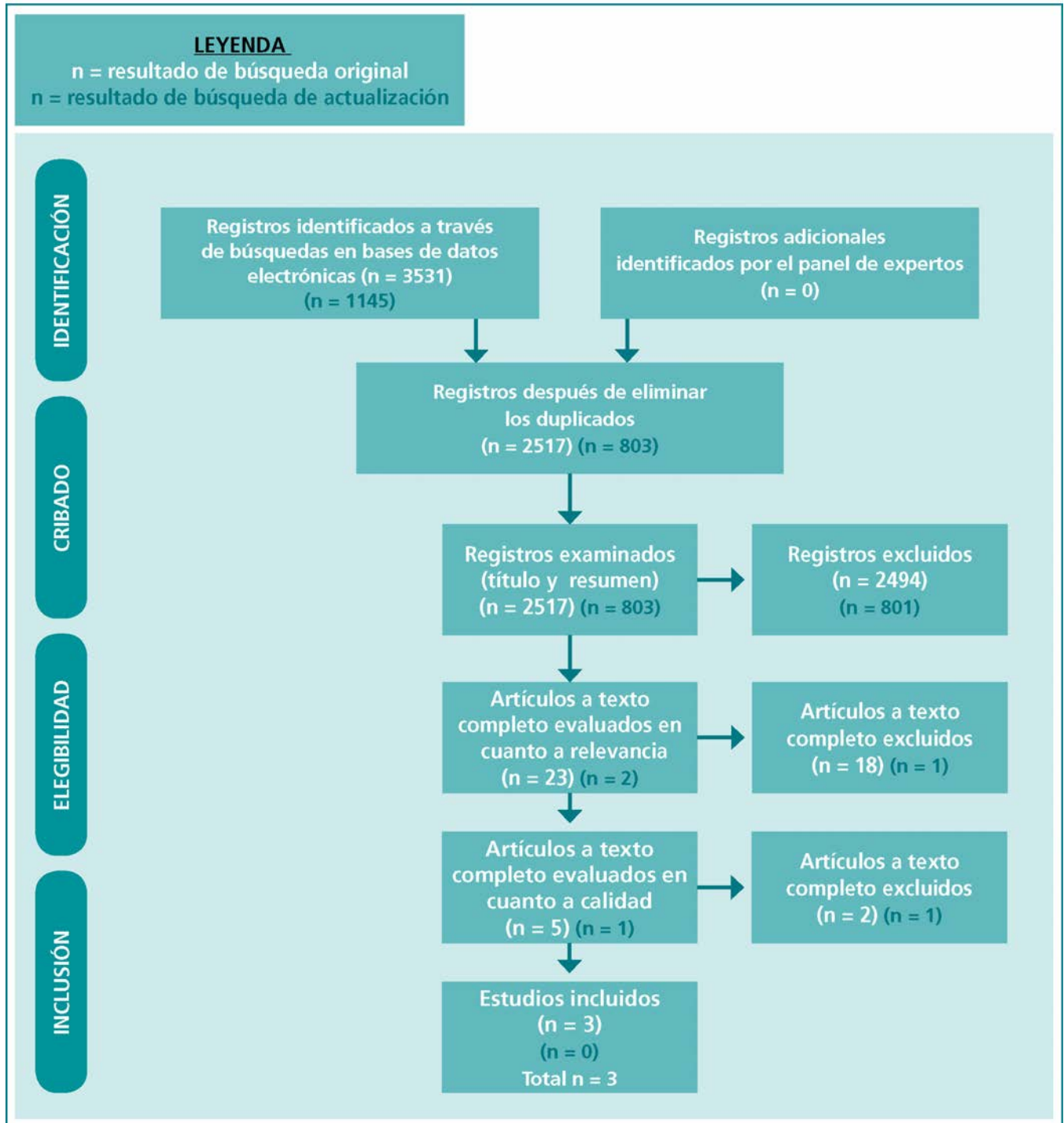
Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

ANEXOS

Figura 8: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación nº 6

¿Se debe recomendar un enfoque interprofesional para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Calidad de vida, acceso a cuidados, satisfacción del paciente, episodios de incontinencia y estreñimiento.

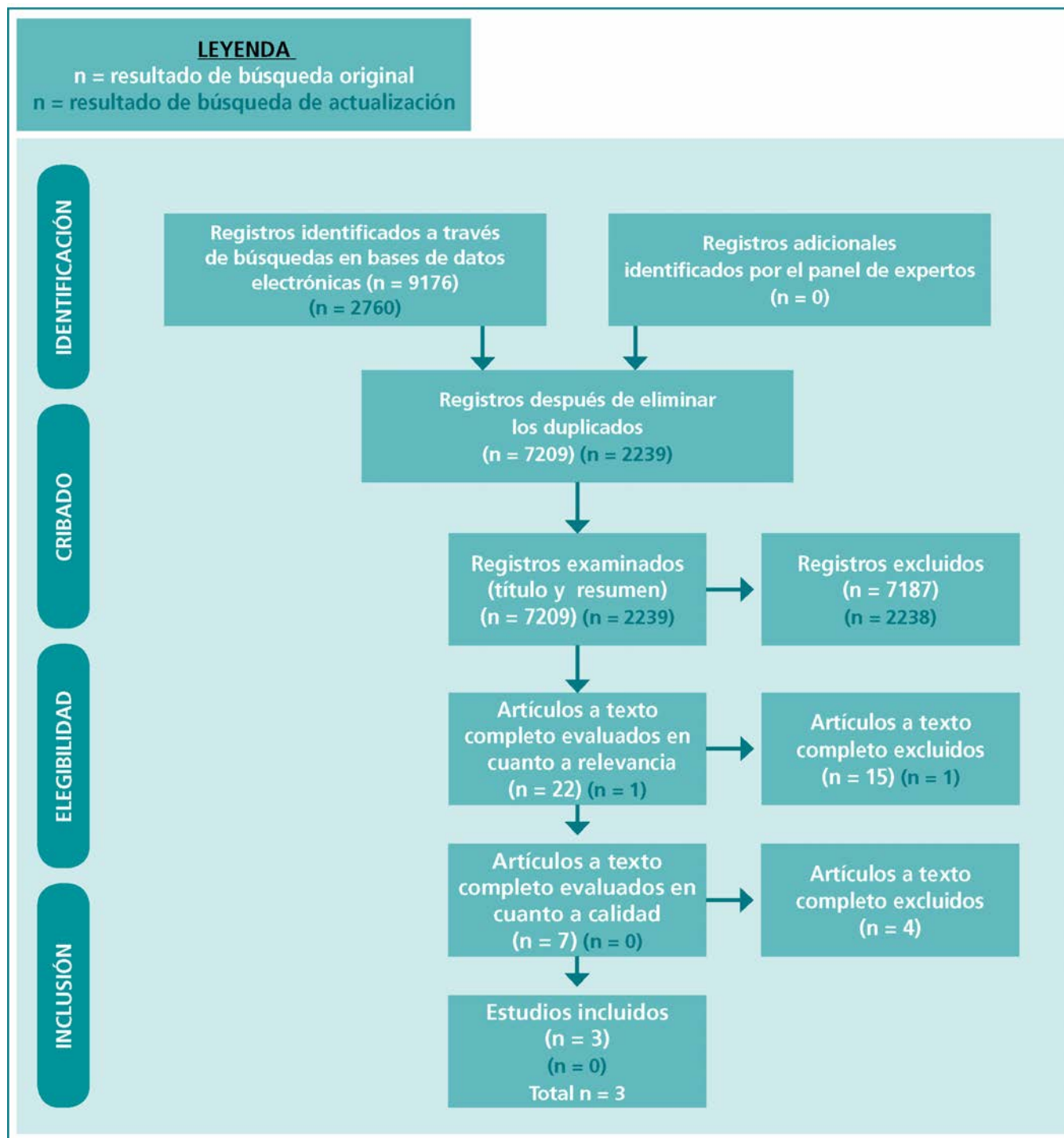


Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura 9: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación n° 7

¿Se debe recomendar un protocolo intestinal para mejorar los resultados en salud de las personas que viven con incontinencia intestinal y/o estreñimiento?

Resultados: Estreñimiento y uso de laxantes.



ANEXOS

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

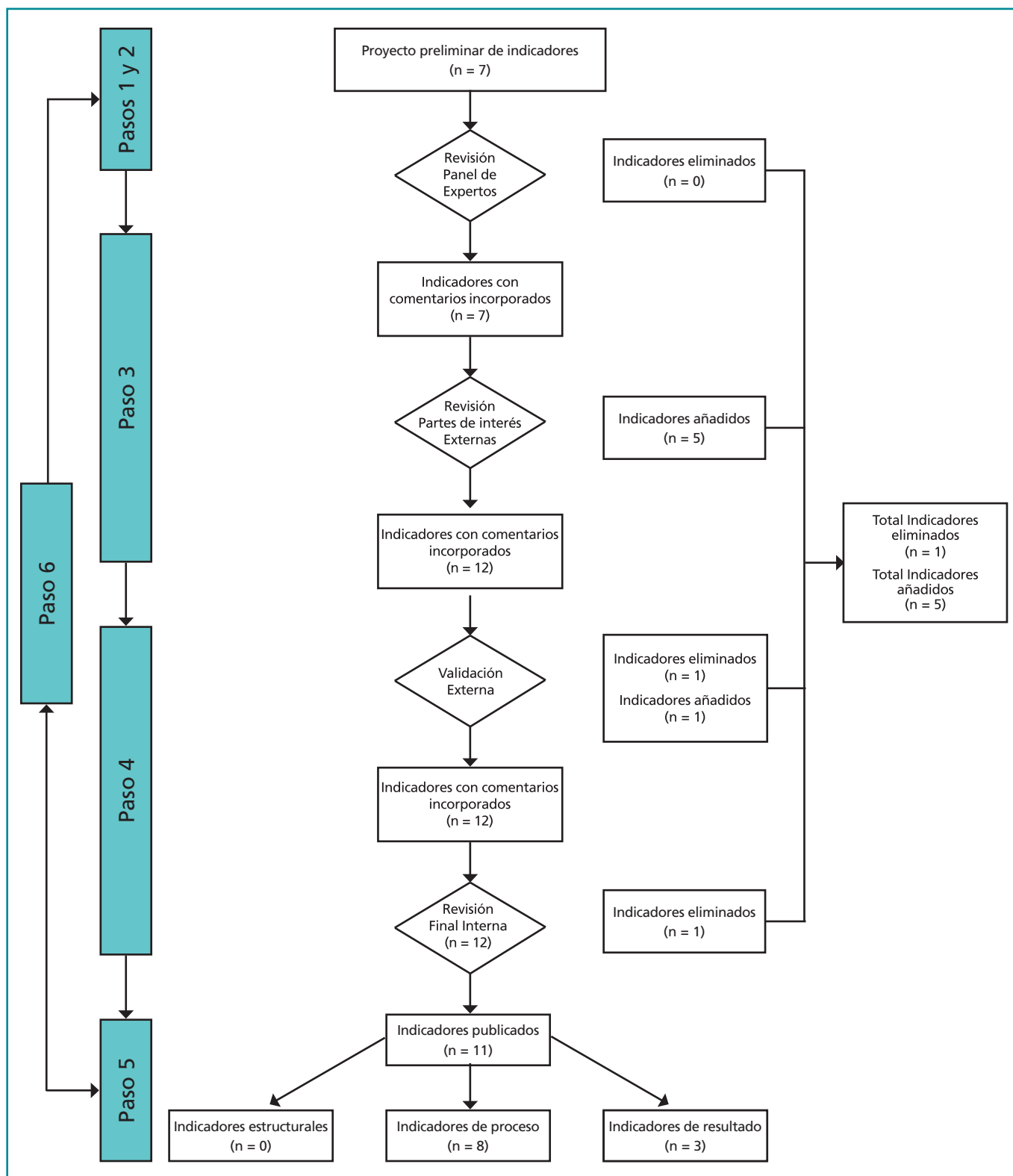
Anexo F: Proceso de desarrollo de indicadores

A continuación, se resumen los pasos seguidos por RNAO para desarrollar indicadores (véase la **Figura 10**).

1. **Selección de guías:** los indicadores se desarrollan para GBP centradas en las prioridades de los sistemas sanitarios, con especial énfasis en cubrir las lagunas en la medición, al tiempo que se reduce la carga de trabajo derivada de los informes.
2. **Extracción de recomendaciones:** se revisan las recomendaciones para la práctica, los resultados generales de las GBP y los conjuntos de órdenes de las guías de buenas prácticas (*BPG Order Sets*), si procede, para extraer las medidas potenciales para el desarrollo de indicadores.
3. **Selección y desarrollo de indicadores:** se seleccionan y desarrollan los indicadores mediante una metodología establecida, incluida la armonización con repositorios de datos externos y bibliotecas de datos de información sanitaria.
4. **Pruebas de práctica y validación:** la validez aparente y de contenido de los indicadores propuestos se validan internamente y externamente a cargo de representantes de organizaciones nacionales e internacionales.
5. **Implantación:** los indicadores se publican en el gráfico de Evaluación y Seguimiento, y se publican también diccionarios de datos en el sitio web de NQuIRE®.
6. **Evaluación y valoración de la calidad de los datos:** La evaluación y valoración de la calidad de los datos, así como la continua comunicación con los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®), garantizan la evolución orientada de los indicadores NQuIRE.



Figura 10: Diagrama de flujo de desarrollo de indicadores

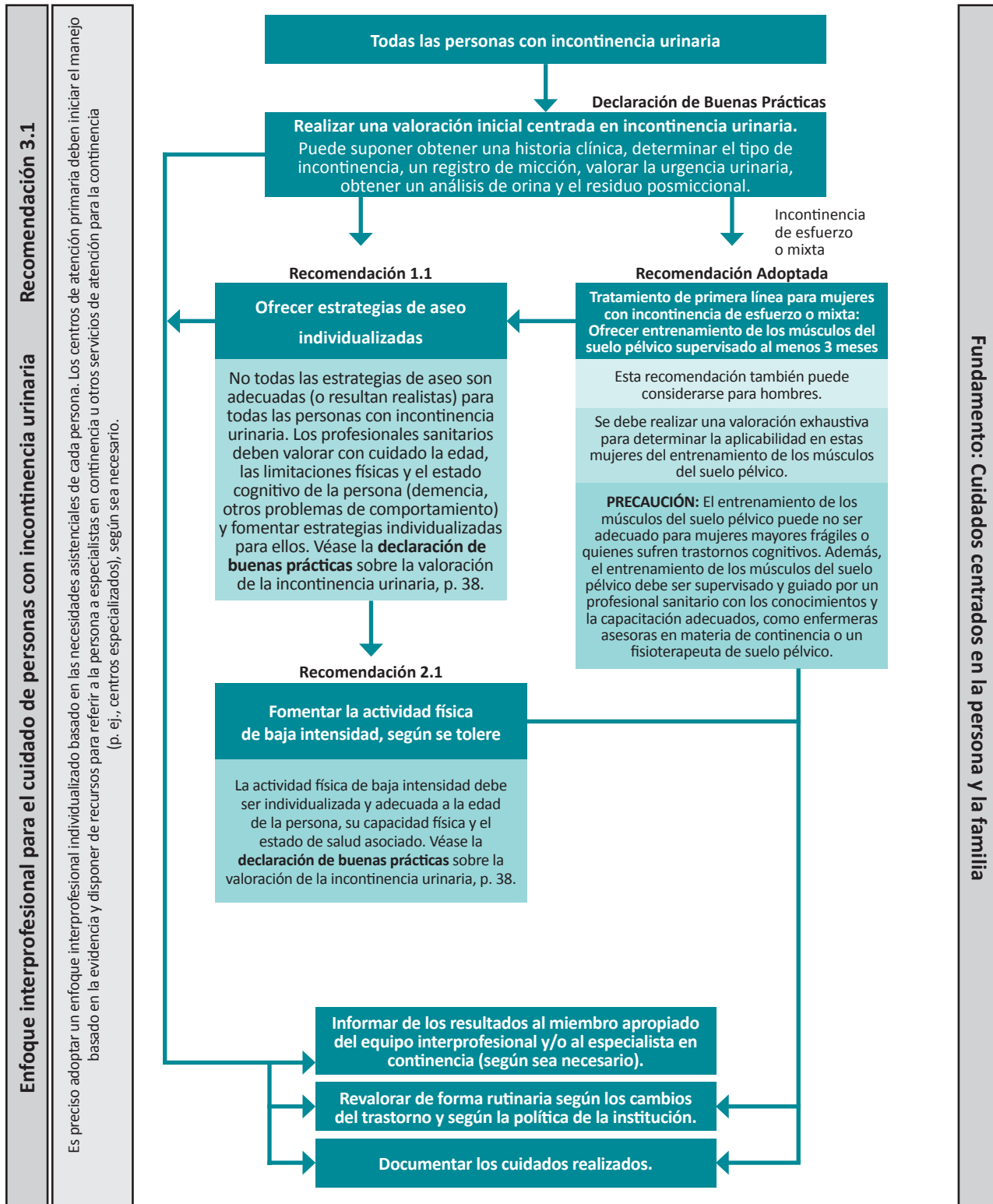


Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

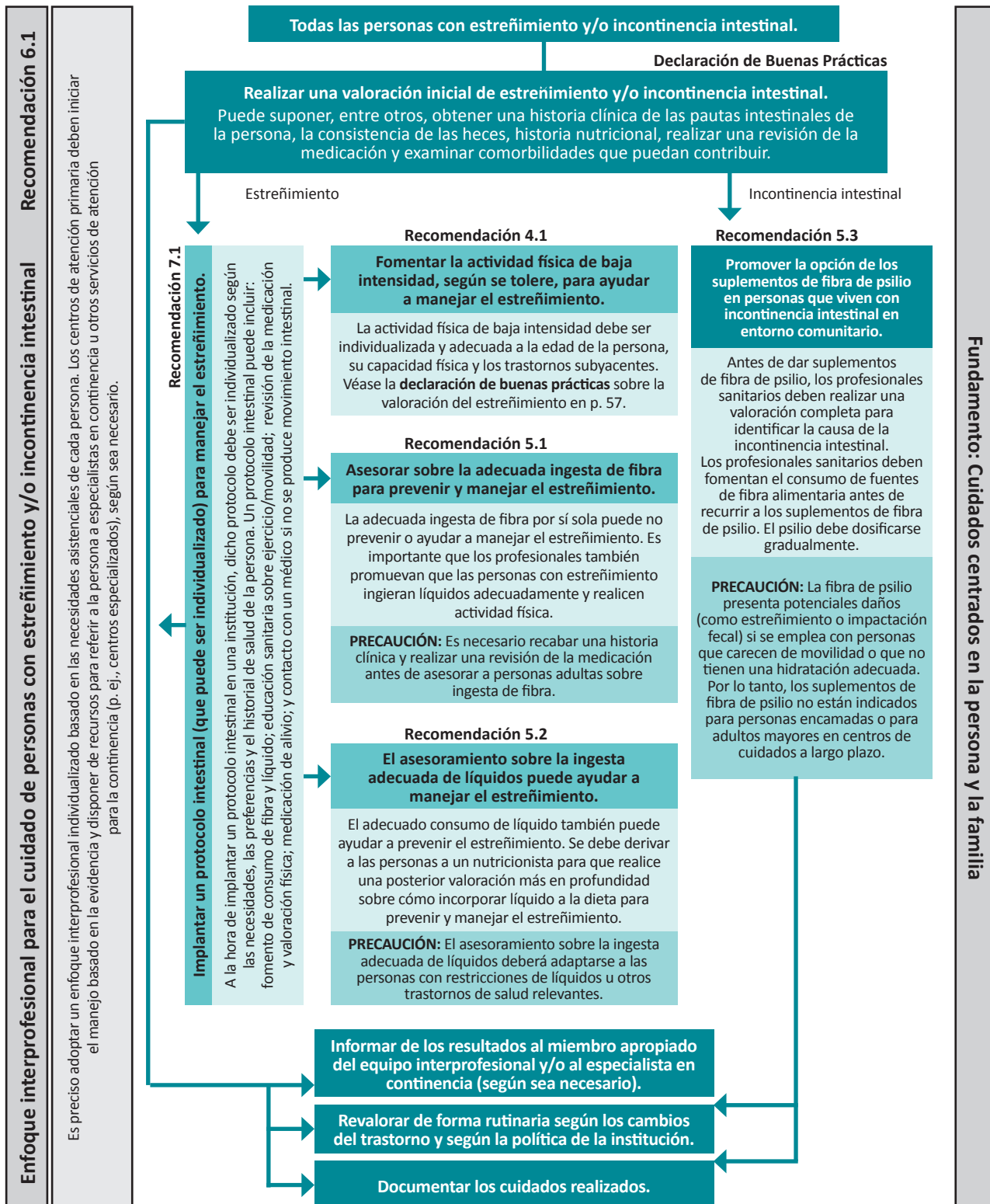
ANEXOS

Anexo G: Algoritmo para la atención de la incontinencia urinaria

ANEXOS



Anexo H: Algoritmo para la atención del estreñimiento/la incontinencia intestinal



Anexo I: Trastornos que pueden causar incontinencia urinaria

Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> ■ hipertrofia benigna de próstata ■ enfermedad pulmonar crónica ■ insuficiencia cardiaca congestiva ■ enfermedad articular degenerativa ■ diabetes insípida ■ diabetes mellitus ■ insuficiencia venosa en extremidades inferiores ■ obesidad ■ apnea del sueño ■ espina bífida
Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> ■ aseos no accesibles ■ falta de asistencia oportuna en el aseo ■ instalaciones sanitarias mal identificadas (p. ej., señalización poco clara) ■ instalaciones sanitarias inseguras (p. ej., iluminación inadecuada, falta de asideros o altura del asiento del inodoro inadecuada)
Deficiencias funcionales	<ul style="list-style-type: none"> ■ deterioro cognitivo ■ movilidad reducida
Trastornos neurológicos y psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> ■ demencia ■ depresión ■ esclerosis múltiple ■ hidrocefalia con presión normal ■ enfermedad de Parkinson ■ lesión medular ■ ictus ■ otras enfermedades neurológicas progresivas (p. ej., ELA)
Historia obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> ■ peso al nacer > 4 kg ■ parto primíparo ■ uso de fórceps
Cirugías previas	<ul style="list-style-type: none"> ■ histerectomía ■ prostatectomía radical

Otros factores	<ul style="list-style-type: none">■ problemas de desarrollo■ terapia de reemplazo hormonal■ hospitalización de larga estancia■ menopausia■ trauma de los músculos del suelo pélvico■ prolapso de órgano pélvico■ estreñimiento severo e impactación fecal■ tabaquismo■ retención de orina
-----------------------	---

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. Incontinence [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. Chapter 11, Incontinence in frail older persons; p. 1322-3. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Anexo J: Medicamentos que pueden causar incontinencia urinaria

Para consultar los usos y los efectos secundarios de determinados medicamentos, visite la base de datos de productos farmacéuticos del Gobierno de Canadá en: <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/index-eng.jsp>

MEDICACIÓN	EFFECTOS EN LA CONTINENCIA
Agonistas alfa adrenérgicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumentan el tono de músculos lisos en la uretra y la cápsula prostática, y pueden precipitar obstrucción, retención de orina y síntomas relacionados.
Agonistas alfa adrenérgicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disminuyen el tono de músculos lisos en la uretra y pueden precipitar incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres.
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Causan tos crónica que puede exacerbar la incontinencia urinaria de esfuerzo.
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden provocar problemas en la micción, retención de orina y estreñimiento, que pueden contribuir a la incontinencia urinaria. ■ Puede producir deterioro cognitivo y reducir la capacidad de efectuar el aseo de forma efectiva.
Antiespasmódicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden producir retención urinaria.
Betabloqueadores	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden producir retención urinaria.
Bloqueadores de los canales de calcio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden provocar problemas en la micción, retención de orina y estreñimiento que puede contribuir a la incontinencia urinaria. ■ Pueden causar edema dependiente, que puede contribuir a la poliuria nocturna.
Inhibidores de la colinesterasa	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumentan la contractilidad de la vejiga y pueden precipitar la incontinencia urinaria de urgencia.
Diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Causan diuresis y precipitan la incontinencia urinaria.
Litio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poliuria debida a diabetes insípida.
Analgésicos opioides	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden provocar retención urinaria, estreñimiento, confusión e inmovilidad, todo lo cual puede contribuir a la incontinencia urinaria.

MEDICACIÓN	EFECTOS EN LA CONTINENCIA
Fármacos psicotrópicos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos, antagonistas de los receptores de la histamina¹	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden provocar confusión y problemas de movilidad, y precipitar la incontinencia urinaria.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumentan la transmisión colinérgica y pueden provocar incontinencia urinaria.
Inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Glucosuria y poliuria, y mayor propensión a las infecciones del tracto urinario.
Otros (gabapentina, glitazonas, antiinflamatorios no esteroideos)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden provocar edema, que puede dar lugar a poliuria nocturna y causar nicturia e incontinencia urinaria nocturna.

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. Incontinence [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. Chapter 11, Incontinence in frail older persons; p. 1323-4. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Anexo K: Ejemplo de diario miccional

Micción: Anotar la cantidad orinada cada vez que vaya al inodoro.
Bebida: Anotar la cantidad ingerida cada vez que beba.
Escape orina: Cada vez que se le escape el pis.

Hora	Micción	Bebida	Escape orina	Hora	Micción	Bebida	Escape orina
6:00 am				6:00 pm			
6:30 am				6:30 pm			
7:00 am				7:00 pm			
7:30 am				7:30 pm			
8:00 am				8:00 pm			
8:30 am				8:30 pm			
9:00 am				9:00 pm			
9:30 am				9:30 pm			
10:00 am				10:00 pm			
10:30 am				10:30 pm			
11:00 am				11:00 pm			
11:30 am				11:30 pm			
12:00 noon				12:00 night			
12:30 pm				12:30 am			
1:00 pm				1:00 am			
1:30 pm				1:30 am			
2:00 pm				2:00 am			
2:30 pm				2:30 am			
3:00 pm				3:00 am			
3:30 pm				3:30 am			
4:00 pm				4:00 am			
4:30 pm				4:30 am			
5:00 pm				5:00 am			
5:30 pm				5:30 am			

Fuente: Collaborative Continence Program, St. Joseph's Community Health Centre. Reprinted with permission: Jennifer Skelly, RN, PhD, Associate Professor, McMaster University School of Nursing, Director, Continence Program, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario.

Anexo L: Cuestionarios validados para la valoración de la urgencia urinaria

Los cuestionarios y las escalas validados que se enumeran en este anexo se identifican en *Incontinence, Sixth Edition*, publicada por la ICS (*International Continence Society, Sociedad Internacional de Continencia*) en 2017. Tenga en cuenta que estos cuestionarios no son recursos de libre acceso.

Esta lista no es exhaustiva, y la inclusión de los cuestionarios y las escalas en esta tabla no implica la aprobación de la RNAO.

- *Urgency Perception Score (UPS, Calificación de la percepción de urgencia)*
- *Urgency Questionnaire (UQ, Cuestionario sobre la urgencia)*
- *Urgency Severity and Life Impact Questionnaire: Quality of Life (USIQ-QoL, Cuestionario de gravedad de la urgencia e impacto en la vida: calidad de vida)*
- *Urgency Severity and Life Impact Questionnaire: Severity Symptoms (USIQ-S, Cuestionario de gravedad de la urgencia e impacto en la vida: gravedad de los síntomas)*
- *Urgency Perception Scale (UPS, Escala de percepción de la urgencia)*
- *Indevus Urgency Severity Scale (IUSS, Escala de gravedad de la urgencia Indevus)*
- *Patients' Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS, Escala de percepción de la intensidad de la urgencia de los pacientes)*
- *Urinary Sensation Scale (USS, Escala de Sensación Urinaria)*
- *Urgency Rating Scale (URS, Escala de calificación de la urgencia)*

Fuente: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. *Incontinence* [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. Chapter 5A, Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients; p. 508-9. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Anexo M: Protocolo de micción inducida

Los siguientes factores pueden tener relación con la respuesta individual de cada persona a la micción inducida:

- Reconocer la necesidad de miccionar;
- Mayor número de peticiones espontáneas de la persona para ir al aseo;
- Capacidad para miccionar satisfactoriamente cuando se tiene ayuda para el aseo;
- Capacidad de caminar de forma independiente;
- Mayor integridad cognitiva; y
- Mayor cumplimiento en las oportunidades de micción indicadas por el cuidador.

El mejor predictor de la respuesta de una persona a la micción inducida es su éxito durante una prueba de micción inducida (Lyons & Pringle Specht, 1999).

Técnicas de comunicación para aplicar un protocolo de micción inducida

Acercarse a la persona a la hora prescrita.	Establecer una relación de confianza. Reforzar el comportamiento de aseo que se desea conseguir.
Saludar a la persona por su nombre, presentarse y aclarar el objeto de la interacción.	“Hola, señor Martín. Soy Julia, su enfermera. Estoy aquí para ayudarlo a ir al servicio.”
Ofrecer información.	“Son las 2:00, la hora que habíamos acordado vernos para que pueda ayudarlo. Estoy aquí para ayudarlo a ir al servicio.”
Determinar cómo informa la persona a los demás de su necesidad de ir al aseo.	“Su luz de aviso está encendida; ¿necesita ir al baño?”
Prever ayudas visuales en el entorno de la persona para fomentar el comportamiento de aseo que se desea conseguir.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilizar una imagen de un inodoro en la puerta del aseo en vez de símbolos abstractos. ■ Dejar la puerta entreabierta cuando no se esté usando el aseo. ■ Usar relojes con números grandes junto a los servicios para recordar al personal los horarios de aseo. ■ Colocar los horarios para ir al baño donde el personal los vea para recordarles la necesidad de mantener los horarios de micción asignados.
Proporcionar privacidad.	“Vamos al servicio para revisar su ropa. Voy a esperar fuera del servicio mientras hace pis.”

<p>Pedir permiso antes de realizar cualquier comprobación de la continencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ “¿Puedo ayudarlo a comprobar si sigue teniendo la ropa seca?” ■ “Quisiera comprobar su ropa interior para ver si está húmeda, ¿le parece bien?” ■ “A veces cuesta recordar o darse cuenta de que a uno se le ha escapado la orina. ¿Le importa si compruebo si sigue seco?”
<p>Determinar si la persona es consciente de su estado de continencia.</p>	<p>“¿Podría decirme si se siente seco o mojado ahora mismo?”</p>
<p>Preguntar a la persona si siente necesidad de orinar.</p>	<p>Animar a la persona a reaprender las sensaciones de la vejiga. “¿Se nota la vejiga llena?” “¿Nota presión en la parte baja del abdomen?”</p>
<p>Animar a la persona a usar el aseo. Repetir la indicación para el aseo hasta 3 veces.</p>	<p>“Es hora de que vaya al baño.” “Por favor, vaya al aseo a hacer pis.”</p>
<p>Emplear un lenguaje familiar para referirse al uso del aseo. Ser coherente con el lenguaje.</p>	<p>“¿Necesita ir al aseo a vaciar la vejiga/orinar/hacer pis/hacer aguas menores/usar el baño/etc.?”</p>
<p>Ofrecer ayuda para el aseo.</p>	<p>“¿Puedo ayudarlo a ir al baño/usar la cuña? Le dejaré el orinal para que pueda hacer pis. ¿Puedo ayudarlo a limpiarse/ajustarse la ropa?”</p>
<p>Dar refuerzo positivo tratando a la persona como un adulto.</p>	<p>“Sí, está seco. Lo está haciendo muy bien con este nuevo plan.” “Gracias por recordarme cuando ayudarlo en el baño.” “Se ha mantenido seco todo el día. Debe de ser estupendo ir cumpliendo sus objetivos.”</p>
<p>No usar comentarios negativos o tratar a la persona como un niño.</p>	<p>Se fomenta la autoestima. Se crea una relación de confianza.</p>

Realizar recordatorios frecuentes sobre las conductas que se buscan.	“Si nota que necesita hacer pis, dígamelo y lo ayudaré.” "Intente aguantarse el pis hasta nuestra hora a las 4:00." "Le ayudaré a ir al baño a las 4:00." "Si tiene que ir al baño, vaya. Yo le ayudo si lo necesita.”
Informar a la persona de su próxima micción inducida programada.	"Me gustaría que se aguante el pis hasta las 4:00. Quedan dos horas. Le ayudaré a ir al baño a las 4:00."

Fuente: Reimpreso de: Lyon SS, Specht JKP. Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol. Iowa City (IA): University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 1999. (Titler MG, series editor. Series on evidence-based practice for older adults). Reimpresión autorizada.

Anexo N: Factores de riesgo de incontinencia intestinal

<p>Trastornos médicos crónicos y/o trastornos relacionados con el intestino</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ anomalías congénitas anorrectales ■ estreñimiento con impactación fecal ■ diabetes mellitus ■ hemorroides ■ enfermedad inflamatoria intestinal ■ enfermedad de intestino irritable ■ prolapso rectal
<p>Factores ambientales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ aseos no accesibles ■ falta de asistencia oportuna en el aseo ■ uso de medidas de restricción
<p>Deficiencias funcionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ deterioro cognitivo ■ movilidad reducida
<p>Trastornos neurológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ síndrome de cola de caballo ■ demencia ■ esclerosis múltiple ■ distrofia muscular ■ miastenia grave ■ enfermedad de Parkinson ■ espina bífida ■ lesión medular ■ ictus ■ lesión cerebral traumática
<p>Historia obstétrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ peso al nacer > 4 kg ■ posición occipital-posterior al nacer ■ parto primíparo ■ segunda fase de parto prolongada ■ uso de fórceps

<p>Cirugías previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ cirugía por fisura anal ■ colecistectomía ■ reparación de fístula ■ cirugía de hemorroides ■ resección anorrectal baja por cáncer colorrectal ■ colectomía parcial o total ■ radiación pélvica/perianal previa ■ prostatectomía 	
<p>Medicación</p>	<p>Tipo de medicación</p>	<p>Efectos en la continencia</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Laxantes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El uso excesivo o abuso de laxantes puede provocar diarrea crónica, lo que puede conducir a incontinencia intestinal, especialmente en las personas mayores.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medicamentos antianginosos y antihipertensivos (p. ej., bloqueadores de los canales de calcio y antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden reducir el tono del esfínter interno del ano.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Antiácidos que contienen magnesio 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden provocar diarrea. 	

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et al., editors. Incontinence [Internet]. 6th ed. Bristol (UK): ICI Books; 2017. Chapter 16, Assessment and conservative management of faecal incontinence and quality of life in adults; p. 1998-2000. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Anexo O: Trastornos que pueden causar estreñimiento

Cáncer/relacionados con el cáncer	<ul style="list-style-type: none"> ■ cáncer colorrectal ■ deshidratación ■ radiación intestinal ■ compresión tumoral del intestino grueso
Trastornos endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> ■ diabetes ■ cambios hormonales ■ hiperparatiroidismo ■ hipotiroidismo
Trastornos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> ■ diverticulosis ■ enfermedad de Hirschsprung ■ síndrome de intestino irritable ■ megacolon ■ rectocele ■ estenosis
Trastornos metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ hipercalcemia ■ hipocalcemia ■ hipomagnesemia ■ hipocalemia ■ uremia
Trastornos neurológicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ neuropatía autonómica ■ demencia ■ esclerosis múltiple ■ distrofias musculares ■ enfermedad de Parkinson ■ lesiones medulares ■ ictus

Trastornos psicológicos	<ul style="list-style-type: none">■ ansiedad■ depresión■ trastornos alimentarios
Otros	<ul style="list-style-type: none">■ insuficiencia renal crónica■ hemorroides■ edad avanzada■ embarazo■ abuso sexual■ esclerosis sistémica

Fuente: Kosar L, Schuster B. Management of constipation. Saskatoon (SK): RxFiles; 2019.

Anexo P: Medicamentos que pueden causar estreñimiento

Para consultar los usos y los efectos secundarios de determinados medicamentos, visite la base de datos de productos farmacéuticos del Gobierno de Canadá en: <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/index-eng.jsp>

- analgésicos
- anticolinérgicos
- antiparkinsonianos
- antiepilépticos
- antidepresivos
- antidiarreicos
- antieméticos
- antihistamínicos
- antihipertensivos
- antiespasmódicos
- agentes catiónicos
- fármacos de quimioterapia
- resinas

Fuente: Kosar L, Schuster B. Management of constipation. Saskatoon (SK): RxFiles; 2019.

Anexo Q: Tabla de heces de Bristol

Bristol Stool Chart

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces (difícil de evacuar)
Tipo 2		Con forma de salchicha pero con bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda
Tipo 5		Trocitos blandos bien definidos (fácil de evacuar)
Tipo 6		Fragmentos sueltos con bordes desiguales, un excremento blando
Tipo 7		Acuosas, sin trozos sólidos Completamente líquidas

Fuente. Reimpreso de: Rome Foundation. Bristol stool chart (English for Canada). [place unknown: publisher unknown]; 2000. Reimpresión autorizada.

Anexo R: Ejemplo de registro de evacuación intestinal

Nombre de paciente: _____

	Fecha:			Fecha:		
	Noches	Días	Tardes	Noches	Días	Tardes
Mov. intest.						
Hora						
Continente						
Naturaleza						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquido						
Ingesta 24 horas						
Ingesta fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
Núm. total mov. intest.						
Núm. episodios estreñimiento /incont. fecal						
Iniciales						
	Fecha:			Fecha:		
	Noches	Días	Tardes	Noches	Días	Tardes
Mov. intest.						
Hora						
Naturaleza						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquido						
Ingesta 24 horas						
Ingesta fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
Núm. total mov. intest.						
Núm. episodios estreñimiento /incont. fecal						
Iniciales						

ANEXOS

Nombre de paciente: _____

	Fecha:			Fecha:		
	Noches	Días	Tardes	Noches	Días	Tardes
Mov. intest.						
Hora						
Continente						
Naturaleza						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquido						
Ingesta 24 horas						
Ingesta fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
Núm. total mov. intest.						
Núm. episodios estreñimiento /incont. fecal						
Iniciales						

	Fecha:			Fecha:		
	Noches	Días	Tardes	Noches	Días	Tardes
Mov. intest.						
Hora						
Naturaleza						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquido						
Ingesta 24 horas						
Ingesta fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
Núm. total mov. intest.						
Núm. episodios estreñimiento /incont. fecal						
Iniciales						

Legenda: Mov. intest. (movimiento intestinal): ✓ Indicar hora: ____ Continente: ✓ = Continente; I = Incontinente
Cantidad: **P** = pequeña (< 250 ml); **M** = mediana (> 250- < 500 ml); **G** = grande (> 500 ml); **FO** = rezuma; **FS** = mancha
Naturaleza: **N** = normal (heces blandas, marrones, formadas; no huelen mal); **D** = duras, secas; **L** = acuosas, líquidas; **P** = pastosas; **V** = voluminosas y sin forma
Aseo: **A** = aseo; **I** = inodoro; **Ñ** = cuña; **DL** = tumbado de lado
Ingesta de líquido: Anotar cantidad real ingerida por turno. Calcular ingesta 24 horas.
Ingesta fibra: Anotar número de elementos con fibra ingeridos.
Tratamientos: Según sea necesario laxantes, supositorios, enemas, estimulación rectal. Anotar hora tratamiento administrado e iniciales. Los laxantes prescritos regularmente se registran en el Registro de Administración de Medicamentos.
Derivaciones: **N** = nutricionista; **NCA** = enfermeras asesoras en materia de continencia; **TO** = terapia ocupacional; **F** = farmacia; **FT** = fisioterapia
Anotar núm. total mov. intest.: ____ **Anotar episodios totales de estreñimiento/incont. fecal**

Descargo de responsabilidad: Este registro de eliminación intestinal ha sido elaborado por el panel de revisión de las guías de la RNAO (2005) y se proporciona únicamente a modo de ejemplo.

Fuente: Reimpreso de: Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting continence using prompted voiding. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2005.

Anexo S: Ejemplo de protocolos intestinales

Parkview Manor Health Care Centre – Protocolo para un intestino sano

Nombre del residente: _____

Fecha de ingreso: _____

Trastornos médicos que puedan influir en el estreñimiento: _____

Nº de días sin movimiento intestinal	Intervención en dieta (dos veces al día)	Laxante estimulante (oral)	Bisacodilo (supositorio)	Enema	Valorar ruidos intestinales, dolor, distensión, palpación	Consultar con el médico
1						
2						
3						
4						Si no hay mov. intestinal, enema según proceda

Intervención en dieta de preferencia que aplicar si no hay movimiento intestinal

- Ciruelas
- Aceite de semillas de lino
- Rodajas de manzana
- Otros
- Zumo de ciruela
- Plátano
- Compota de manzana

Dar laxante estimulante el día 2 sin movimiento intestinal:

Senósidos 8,6 mg - 2 comprimidos oral una vez al día en la cena _____ o al acostarse _____

Bisacodilo 5 mg - 1 comprimido una vez al día en la cena _____ o al acostarse _____

Bisacodilo supositorio: insertar un supositorio vía rectal una vez al día, el día 3 sin movimiento intestinal

Enema - administrar vía rectal una vez al día, el día 4 sin movimiento intestinal

NO INICIAR protocolo intestinal si:

- a) no se oyen ruidos intestinales
- b) la masa abdominal palpada es de origen desconocido
- c) hay cambio significativo en el nivel de consciencia o el estado mental del residente
- d) hay quejas del residente (o señales de queja) de dolor abdominal agudo

Si se usa el protocolo intestinal dos veces en un periodo de 4 semanas, derivar a un nutricionista para revisar las intervenciones en dieta.

Firma médico: _____ Fecha: _____

Fuente: Reimpreso de: Parkview Manor. Healthy bowel protocol. Chesley (ON): Parkview Manor; 2020. Reimpresión autorizada.

INSTRUCCIONES MÉDICAS

RESIDENTE: _____ HABITACIÓN N° _____

ALERGIAS: _____

La medicación que se enumera a continuación puede ser administrada por un enfermera titulada o especializada, para los síntomas indicados y durante el periodo de tiempo indicado, sin notificar al médico. Registrar la hora, el motivo y el efecto de la medicación en las Notas de evolución. La medicación real se debe escribir en el registro de administración de medicación seguido de la anotación "Instrucciones médicas". Para centros que tengan registro electrónico, introducir la sección de prescripción del médico. Estas pautas médicas serán revisadas anualmente por el Comité Asesor Profesional del Centro. El médico asignado o la enfermera profesional revisarán las pautas médicas de cada residente con la Revisión trimestral de la medicación.

Nota: Indicar las pautas médicas elegidas para cada residente, poniendo una marca en la columna más a la izquierda.

✓	TRASTORNO	INDICACIONES	PAUTA MÉDICA
	Estreñimiento	2 días sin movimiento intestinal ■ Se debe realizar una valoración intestinal y comprobar si hay ruidos intestinales	Ofrecer zumo de ciruela en el desayuno Si no funciona, administrar senósidos 8.6 mg. Administrar 2 comprimidos por vía oral al acostarse x 1
		3 días sin movimiento intestinal ■ Se debe realizar una valoración intestinal y comprobar si hay ruidos intestinales	Lactulosa 30ml a 45ml vía oral por la mañana O Leche de magnesio 30ml por la mañana Y, si no funciona, Supositorio de bisacodilo vía rectal al acostarse x 1
		4 días sin movimiento intestinal ■ Administrar 1 día después de lactulosa o leche de magnesio y supositorio de bisacodilo ■ Se debe realizar una valoración intestinal y comprobar si hay ruidos intestinales	Enema de fosfato de sodio por vía rectal x 1. Notificar a médico/enfermera si no funciona después de 12 horas. Notificar a médico/enfermera titulada para revisar laxantes habituales.

Firma prescriptor: _____ Fecha: _____

Firma enfermera titulada: _____ Date: _____

Fuente: Reimpreso de: Extencicare. Medical directives. Markham (ON): Extencicare; 2020. Reimpresión autorizada.

Anexo T: Descripción de la Herramienta

Las GBP sólo pueden implantarse con éxito si la planificación, los recursos, los apoyos institucionales y administrativos son los adecuados y se cuenta con los medios precisos. Con el fin de promover una implantación exitosa, un panel de enfermeras expertas de RNAO, investigadores y gestores han desarrollado la *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas. Segunda edición* (2012). Esta *Herramienta* se basa en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos su uso de cara a la implantación de cualquier guía de buenas prácticas clínicas en una institución de salud.

La *Herramienta* proporciona unas directrices paso a paso para las personas y los grupos encargados de planificar, coordinar y facilitar la implantación de la guía. Estos pasos reflejan un proceso que es dinámico e iterativo en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase es fundamental preparar las siguientes y reflexionar sobre las anteriores.

En concreto, la *Herramienta* se ocupa de los siguientes pasos clave, como se ilustra en el Marco del Conocimiento a la Acción (72):

1. Identificar el problema: identificar, revisar, seleccionar el conocimiento (p. ej., GBP).
2. Adaptar el conocimiento al contexto local.
 - a. Evaluar barreras y facilitadores para el uso del conocimiento.
 - b. Identificar recursos.
3. Seleccionar, adaptar e implantar las intervenciones.
4. Monitorizar el uso del conocimiento.
5. Evaluar los resultados.
6. Mantener el uso del conocimiento.

La implantación de las GBP para lograr cambios satisfactorios en la práctica y un impacto clínico positivo es una tarea compleja. La *Herramienta* constituye un recurso fundamental para gestionar este proceso. Se puede descargar en www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition

* La *Herramienta* de RNAO de *implantación de guías de buenas prácticas, Segunda edición* está en revisión. Se espera la próxima edición en 2021.

Apoyos



Canadian Nurse Continence Advisor Association

canadiannursecontinenceadvisor@gmail.com www.cnca.ca

10 de agosto de 2020

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LL.D (hon), Dr (hc), FAAN, O. ONT.
Chief Executive Officer
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, ON

APOYO: Guías de buenas prácticas (GBP), *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos*.

Estimada Doris:

Tenemos que felicitar a la RNAO una vez más por asumir un papel de liderazgo para mejorar el control de la vejiga y el intestino en los adultos. Muchos canadienses viven con estos problemas, que a menudo no se abordan debido a la aceptación y el estigma, y que no se identifican para ser evaluados y aplicar intervención alguna.

La CNCA [Asociación canadiense de enfermeras asesoras en materia de continencia] se complace en apoyar la GBP *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos*. Será un valioso recurso para nuestros miembros, así como para muchas otras enfermeras, personal educativo y de administración. La guía ofrece acceso a evidencia concisa y accesible que promueve la atención para la continencia para residentes, pacientes, miembros del equipo interprofesional y cuidadores familiares.

A través de un riguroso proceso de revisión y valoración de la mejor evidencia disponible, la RNAO ha desarrollado una guía de buenas prácticas que da soporte a la provisión de cuidados para la continencia en muy diversos entornos asistenciales.

La CNCA felicita a la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) por la práctica finalización de su Guía de Buenas Prácticas (GBP) *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos*.

Un cordial saludo,

Barbara Anderson, RN, BScN, MN
President, CNCA

Apoyos



NSWOCC

Nurses Specialized in Wound, Ostomy & Continence Canada

66 Leopolds Drive, Ottawa, Ontario, K1V 7E3

www.nswoc.ca • office@nswoc.ca

12 de agosto, 2020

Dr. Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O.ONT.

Chief Executive Officer

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Estimada Dra. Grinspun:

La Asociación de Enfermeras Especializadas en Heridas, Ostomía y Continencia de Canadá (NSWOCC) tiene el placer de respaldar la guía de buenas prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos, Cuarta edición*. La NSWOCC felicita a la RNAO por el desarrollo de este importante trabajo. La guía ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para adoptar estrategias efectivas para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de adultos que viven con incontinencia urinaria, estreñimiento y/o incontinencia intestinal, tanto a nivel nacional como internacional. Apreciamos el esfuerzo de la RNAO por aliviar el estigma que rodea a la incontinencia, procurar la participación de los pacientes y tener en cuenta las consideraciones sobre la equidad en salud en toda la guía.

Como saben, la NSWOCC se centra en liderar los avances de los cuidados enfermeros especializados en materia de heridas, ostomías y continencia. La NSWOCC confía en que la GBP de la RNAO *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos, 4ª edición*, permitirá a enfermeras y equipos interprofesionales a ofrecer unos cuidados colaborativos, basados en la evidencia y centrados en la persona para adultos con incontinencia urinaria, estreñimiento y/o incontinencia intestinal.

¡Felicidades por este excelente trabajo!

Un saludo,

Chief Executive Officer, NSWOCC

Apoyos

ADVISORY BOARD

Jeffrey Albaugh, PhD, APRN, CUCNS
John and Carol Walter Center
for Urological Health
Director of Sexual Health
NorthShore Medical Group
Chicago, Illinois, USA

Alan Cottenden, PhD
Emeritus Professor of
Incontinence Technology
University College London
London, England

Tamara Dickinson, RN,
CURN, CCCN, BCIA-PMDB
Senior Research Nurse in Continence
and Voiding Dysfunction
Department of Urology
University of Texas
Dallas, Texas, USA

David Fonda, MD, FRACP
Associate Professor of Medicine
Monash University
Melbourne, Australia

Cheryl B. Gartley*
President and Founder
The Simon Foundation for Continence
Chicago, Illinois, USA

Daniel B. Hales*
Attorney at Law
Winnetka, Illinois, USA

Mary Radtke Klein*
President
Assisted Living Associates
Portland, Oregon, USA

Diane Newman, DNP,
ANP-BC, FAAN, BCB-PMD
Co-Director of the Penn Center
for Continence and Pelvic Health
University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania, USA

Christine Norton, RN, MA, PhD
Professor of Clinical Nursing
King's College London &
Imperial College Healthcare NHS Trust
London, England

Joseph Ouslander, MD
Chair, Department of Integrated Medical Science
The Charles E. Schmidt College of Medicine
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida, USA

Christopher Payne, MD, FACS
Emeritus Professor of Urology
Stanford University Medical School
Stanford, California, USA

Jeannette Potts, MD
Co-founder and Practicing Physician
Vista Urology and Pelvic Pain Partners
San Jose, California, USA

Rick Rader, MD
Director
Morton J. Kent Rehabilitation Center
Orange Grove Center
Chattanooga, Tennessee, USA

Neil M. Resnick, MD
Professor of Medicine
Chief, Division of Geriatrics and Gerontology
Director, University of Pittsburgh Institute on Aging
Pittsburgh, Pennsylvania, USA

Ron Rozensky, PhD, ABPP
Professor Emeritus
Department of Clinical & Health Psychology
University of Florida
Gainesville, Florida, USA

David R. Staskin, MD
Associate Professor of Urology
Tufts University School of Medicine
Boston, Massachusetts, USA

Steven M. Tovian, PhD, ABPP*
Professor
Department of Psychiatry & Behavioral Sciences
Northwestern University, Feinberg School of Medicine
Chicago, Illinois, USA

Alan J. Wein, MD
Professor & Chairman
Division of Urology, University of Pennsylvania
School of Medicine
Philadelphia, Pennsylvania, USA

Kristene Whitmore, MD
Chair of Urology and Female Pelvic Medicine and
Reconstructive Surgery
Drexel University College of Medicine
Philadelphia, Pennsylvania, USA

*Simon Foundation's Governing Board



THE SIMON FOUNDATION FOR CONTINENCE

19 de agosto, 2020

Dr. Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Estimada Dra. Grinspun:

En nombre de The Simon Foundation for Continence, me complace ofrecer nuestro apoyo a la Guía de buenas prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos, 4ª edición*. Quiero felicitar a la RNAO por su importante trabajo en este campo para mejorar la vida de personas que viven con incontinencia urinaria, estreñimiento y/o incontinencia intestinal, nacional e internacionalmente. Apreciamos especialmente el esfuerzo de la RNAO por eliminar el estigma que rodea a la incontinencia, el hincapié que han hecho en la colaboración con los pacientes y la atención a las consideraciones sobre la equidad en salud en toda la guía.

Como saben, The Simon Foundation for Continence se dedica a promover la salud vesical e intestinal. La Fundación confía en que la GBP de la RNAO *Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos, 4ª edición*, permitirá a enfermeras y equipos interprofesionales ofrecer unos cuidados colaborativos, basados en la evidencia y centrados en la persona para adultos con incontinencia urinaria, estreñimiento y/o incontinencia intestinal.

Les damos la enhorabuena por este excelente trabajo.

Un saludo,

Elizabeth A. LaGro, MLIS
Vice President, Communications and Education Services

Post Office Box 815, Wilmette, Illinois 60091
847.864.3913 • Fax 847.864.9758 • www.simonfoundation.org

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de buenas prácticas

Este proyecto está financiado por el Gobierno de Ontario.

ISBN 978-1-926944-80-7



9 781926 944807



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario