

# GRP

GUÍA DE  
RECOMENDACIONES  
PRÁCTICAS en

# Enfermería

**INCONTINENCIA**

DE LA PRÁCTICA CENTRADA  
EN LA ENFERMEDAD  
A LA ATENCIÓN CENTRADA  
EN EL PACIENTE



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



INSTITUTO ESPAÑOL  
DE INVESTIGACIÓN  
ENFERMERA

Con el aval de:





# GRP

## GUÍA DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS en Enfermería

### INCONTINENCIA

DE LA PRÁCTICA CENTRADA  
EN LA ENFERMEDAD  
A LA ATENCIÓN CENTRADA  
EN EL PACIENTE

#### DIRECCIÓN DEL PROYECTO

**Dr. Diego Ayuso Murillo**  
*Secretario General. Consejo General  
de Enfermería de España*

#### COORDINACIÓN Y REVISIÓN INTERNA:

**Pilar Fernández Fernández**  
*Vicepresidenta del Consejo General  
de Enfermería*

**Guadalupe Fontán Vinagre**  
*Instituto Español de Investigación  
Enfermera del Consejo General  
de Enfermería*

#### REVISIÓN EXTERNA

**Manuel Rodríguez Palma**  
*Doctor en Enfermería. Máster en Ciencias  
de la Enfermería por la Universidad  
de Alicante. Enfermero especialista  
en Enfermería Geriátrica. Residencia  
de Mayores "José Matía Calvo". Cádiz*

#### AUTORES

**Laura Martín Losada**  
*Grado en Enfermería. Experto en Urgencias.  
Máster en Prevención de Riesgos Laborales.  
Doctoranda por la Universidad Autónoma de  
Madrid. Enfermera clínica en Hospital  
de Guadarrama. Madrid*

**Manuel Florencio de la Marta García**  
*Diplomado en Enfermería por la Universidad  
de Extremadura. Podólogo por la Universidad  
Complutense de Madrid. Enfermero del  
Hospital Nacional Parapléjicos de Toledo*

**Teresa Segovia Gómez**  
*Diplomada en Enfermería por la Universidad  
Complutense de Madrid. Enfermera experta  
en heridas. Miembro del Comité Director  
de GNEAUPP*

©



## CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Fuente del Rey, 2 (esquina Carretera de Castilla)  
28023 Madrid  
Tel.: 91 334 55 20. Fax: 91 334 55 03  
[www.consejogeneralenfermeria.org](http://www.consejogeneralenfermeria.org)

Coordinación editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D  
28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70 · Fax: 91 353 33 73  
[www.imc-sa.es](http://www.imc-sa.es) · [imc@imc-sa.es](mailto:imc@imc-sa.es)

ISBN:  
Depósito Legal:

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

# Sumario

3

Prólogo	5
Introducción	7
<b>1</b> Descripción del problema de salud	9
<b>2</b> Rol de la enfermera en el problema de salud. Habilidades y competencias	15
<b>3</b> Valoración, prevención, tratamiento y cuidados	21
<b>4</b> Prevención y tratamiento de la dermatitis asociada a incontinencia. Cuidados de la piel	57
<b>5</b> Retos y soluciones respecto a este problema de salud	75
<b>6</b> Glosario	79
<b>7</b> Anexo 1: ejercicios de Kegel	81



Desde el Consejo General de Enfermería de España tenemos el placer de presentaros esta *Guía de Recomendaciones Prácticas en Enfermería en la Incontinencia*.

La incontinencia es un problema de gran prevalencia en la población española y, por tanto, debe ser una de las prioridades en la prestación asistencial y los cuidados de las enfermeras y enfermeros de nuestro país.

La incontinencia es un problema de salud que muchas veces está silenciado por sentir vergüenza las personas que la padecen y el estigma social que la misma provoca en la población. Esto genera alteraciones de la salud de las personas que la sufren, más allá del propio problema fisiológico; pudiendo afectar, de forma muy negativa, a la esfera psicológica, provocando ansiedad e incluso depresión. Por ello, es clave establecer estrategias de prevención, una detección precoz, una buena valoración y plantear el mejor tratamiento en cada caso, abordando al paciente con un enfoque holístico y global. Este rol, sin duda, posiciona a las enfermeras y enfermeros como profesionales clave en la atención y cuidados de la incontinencia.

Por otro lado, la prescripción enfermera ha tenido un fuerte respaldo a nivel legislativo en los últimos años, propiciando la autonomía de las enfermeras/os en la indicación, uso y autorización de la dispensación de fármacos y productos sanitarios; tal y como aparece reflejado en el Real Decreto 1718/2010, en el Real Decreto 954/2015 y, por último, en el Real Decreto 1302/2018.

En la actualidad las enfermeras/os pueden realizar una prescripción enfermera autónoma en el ámbito de los fármacos que no precisan receta médica y de los productos sanitarios de uso habitual en los cuidados de enfermería.

Además, pueden realizar una prescripción colaborativa en los fármacos que precisan una prescripción médica previa y que deben estar contemplados en la guías y protocolos asistenciales de atención en las diferentes patologías existentes.

Para poder realizar la indicación, uso y autorización de la dispensación de fármacos y productos sanitarios es necesario contar con la acreditación como enfermera prescriptora por parte de los diferentes servicios de salud de cada Comunidad Autónoma.

Los pacientes con incontinencia necesitan tratamientos variados y ajustados a sus necesidades, que se pueden ver con detalle en esta guía, y las enfermeras/os pueden elegir las mejores opciones de producto sanitario en función de las características individuales de cada paciente y realizar la prescripción de forma autónoma, realizando la prestación asistencial de una forma más ágil, consiguiendo mayor calidad y con una cobertura jurídica en la práctica clínica diaria.

Es importante incorporar al paciente en la toma de decisión de las diferentes estrategias de tratamiento existentes en la incontinencia, potenciando su autonomía, su implicación en el manejo de su proceso de salud/enfermedad; teniendo como referente y líder en cuidados a su enfermera/o.

**Dr. Diego Ayuso Murillo**

*Secretario General  
del Consejo General de Enfermería*

La incontinencia constituye un problema de salud para las personas que la padecen, pero también es un problema social y económico de gran importancia. El aumento ha sido notable en los últimos años, pues va muy asociado al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida que se está produciendo a nivel mundial<sup>1</sup>. Sin embargo, continúa siendo un problema de salud infravalorado, entre otros motivos por falta de información y por el propio ocultismo de los afectados.

Las pérdidas de orina afectan al bienestar de las personas que las sufren y también a sus familias. El estudio *Rompiendo el silencio* evidencia que el 65 % de los encuestados refieren haber sufrido efectos negativos en sus vidas ya que muchas personas evitan hacer ejercicio, viajar, sociabilizar o la intimidad<sup>2</sup>.

Todo ello ha sensibilizado a los profesionales, cuidadores y propios pacientes para darlo a conocer, evitando tanto la desazón como el aislamiento que rodea al paciente. Si bien es cierto que los conocimientos y las habilidades son el primer paso para cuidar a los pacientes con incontinencia, la experiencia nos aporta la idoneidad de las terapias o alternativas para el abordaje de tal situación.

El trabajo multidisciplinar y en equipo que realizan los profesionales en la atención a este problema de salud son vitales para garantizar la calidad de la atención. Dentro de los equipos de salud, la enfermera es el profesional sanitario clave por su aportación en la valoración, diagnóstico y tratamiento del paciente con incontinencia urinaria (IU) como garantía en la continuidad de los cuidados, al ser uno de los profesionales más cercanos al mismo. En esta línea, el enfoque de la aportación enfermera va dirigido a obtener resul-

tados en salud y promocionar la calidad de vida del paciente también en convivencia social.

Además de la especificidad de los cuidados y recomendaciones que ofrecen las enfermeras a los pacientes con IU, el valor de la atención individualizada y la planificación de los cuidados es vital para garantizar la efectividad del tratamiento a seguir y que el paciente recupere la calidad de vida, ayudándole a recuperar su autoestima para desarrollar su vida cotidiana de una forma lo más natural posible.

Esta guía de recomendaciones para enfermeras tiene como objetivos:

- Sensibilizar a los profesionales y a la población para visibilizar este problema de salud.
- Proporcionar a los profesionales una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones relacionadas con la atención y cuidados para este problema de salud.
- Facilitar a los profesionales la transmisión a los pacientes y familiares de los conocimientos más adecuados a su situación concreta.
- Optimizar los recursos del sistema sanitario y realizar el seguimiento para adaptar el tratamiento las veces que sean necesarias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S, et al. Epidemiology of urinary incontinence (IU) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP), and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. Incontinence. 6th ed. Tokyo: Consultation on Incontinence; 2017;1-141.
2. HARTMANN MoliCare® Rompiendo el silencio. Incontinence Study / \*n=505; Datos de Alemania a febrero 2019.

# 1 Descripción del problema de salud

---

## Definición

Según la International Continence Society (ICS)<sup>1</sup>, organismo internacional dedicado a la investigación y educación multidisciplinar de la continencia, la incontinencia urinaria (IU) es la manifestación por parte del paciente de una pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, proveniente de la vejiga.

Se trata de un problema de salud cuya creciente incidencia y prevalencia no solo afecta a la calidad de vida e higiene, sino también a las relaciones sociales, ya que puede provocar aislamiento, vergüenza y rechazo social.

La IU es una afección muy prevalente. Según el estudio de *Investigación prospectiva europea sobre el cáncer y la nutrición* (EPIC), se estimó que, en 2018, alrededor de 420 millones de personas en todo el mundo tendrían IU<sup>2</sup>. De ellos, el 50 % vive en residencias de mayores y entre el 15 y el 30 % son mujeres mayores de 65 años. Se gastan entre 12 y 15 millones de dólares al año por este problema<sup>3</sup>.

En España se estimaba ya en 2010 un gasto de 262 euros anuales por sujeto con sintomatología urinaria<sup>4</sup>.

## Datos estadísticos

La prevalencia de la IU es difícil de precisar. Los datos exactos varían considerablemente, en función de los estudios epidemiológicos, de un 2 a un 55 %. Esto es debido, sobre todo, a diferencias en los criterios de evaluación para la IU (escasa normalización de la terminología y definiciones utilizadas, cuestionarios aplicados, métodos diagnósticos utilizados, intensidad de la pérdida de orina), diferencias en

relación a la población investigada y, en menor grado, variabilidad sociocultural en función del país de estudio<sup>4</sup>.

En Madrid, en individuos mayores de 65 años no institucionalizados la prevalencia es del 15,5 %<sup>5</sup>. En general, las mujeres sufren más IU que los hombres. La prevalencia también aumenta con la edad, siendo los pacientes ancianos los que presentan la más alta frecuencia de IU. Esta proporción se incrementa hasta el 75 % de los pacientes con deterioro mental severo. La incontinencia de esfuerzo es la más frecuente en mujeres menores de 75 años, y al aumentar la edad, la incontinencia de urgencia pasa a ser el tipo más frecuente de incontinencia en la mujer<sup>5</sup>.

La evidencia epidemiológica al respecto muestra que en la medida que la población envejece, aumentan la prevalencia y la severidad de la IU, siendo este efecto más notorio en pacientes a partir de los 65 años<sup>6</sup>.

## Causas de la incontinencia

Las causas comunes y los potenciales factores de riesgo de la IU incluyen la vejez, los embarazos y los partos vaginales, la obesidad, los cambios en los niveles hormonales, la histerectomía y la menopausia, la diabetes, las infecciones del tracto urinario, las enfermedades neurológicas, el deterioro cognitivo y físico, el tabaquismo, los antecedentes familiares y la cardiopatía isquémica, entre otros<sup>7</sup>.

## Grados de incontinencia

Para valorar el grado de incontinencia es necesario utilizar escalas validadas que indiquen la severidad de la misma. Para ello disponemos, entre otras, de la escala de Oxford, que hace una valoración de la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico, y del test de severidad de Sandvick, que evalúa la gravedad de los síntomas de la IU en la mujer. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y posteriormente<sup>8</sup> un comité de expertos formado por la

ICS, decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que, evaluando los síntomas y el impacto de la IU, pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. En este contexto se elaboró el cuestionario denominado ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* [[https://www.aeu.es/pdf/iciq\\_sf.pdf](https://www.aeu.es/pdf/iciq_sf.pdf)]), que sirve para identificar a personas con IU y su impacto en la calidad de vida.

## Tipos de incontinencia urinaria

Desde el punto de vista clínico es muy importante la identificación del tipo de incontinencia para enfocar el plan de cuidados más adecuado y el mejor tratamiento, por lo que distinguimos<sup>9</sup>:

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo:** se define como la súbita e involuntaria emisión de orina en cantidad variable debido a un aumento de la presión intraabdominal provocada por los esfuerzos, en ausencia de cualquier contracción del detrusor. Es decir, que la uretra no tiene capacidad de mantener el gradiente positivo de presión durante los esfuerzos.

Una de sus causas es la debilidad de la musculatura que conforma el suelo pélvico, pues al no ejercer su función principal, que es dar soporte a los órganos pélvicos, no se produce la continencia urinaria:

- Incontinencia urinaria por hipermovilidad uretral: se produce por un exceso de movilidad de la uretra.
  - Incontinencia por incompetencia esfinteriana: se produce por la deficiencia de la musculatura lisa de la uretra o estriada del esfínter, unida a un cuello abierto.
- **Incontinencia urinaria de urgencia:** es la pérdida involuntaria de orina por una necesidad inmediata de orinar (urgencia) sin poder llegar a tiempo al retrete, pero es un deseo miccional consciente. Es más frecuente en adultos mayores de ambos sexos.

- **Incontinencia urinaria mixta:** pérdida de orina o percepción de pérdida de orina asociada tanto al esfuerzo como a la urgencia. Es la combinación de la IU de urgencia y de esfuerzo.
- **Incontinencia urinaria refleja:** se produce en aquellas lesiones medulares donde el núcleo pontino de la micción pierde la tutela sobre los núcleos medulares de la micción. El paciente no siente ningún impulso de orinar, ya que se bloquean las señales nerviosas a lo largo de la médula espinal.
- **Incontinencia funcional:** no tiene una causa orgánica, es una limitación física, psíquica o del entorno lo que impide al paciente orinar en el retrete.
- **Incontinencia por rebosamiento:** la pérdida involuntaria de orina va asociada a una sobredistensión vesical y con frecuencia es secundaria a retención urinaria, ya sea por obstrucción o por lesión neurológica.
- **Incontinencia urinaria posmiccional:** es la emisión de una pequeña cantidad de orina después de haber completado la micción, generando problemas higiénicos y estéticos, siendo propia del varón en cualquier edad.
- **Incontinencia urinaria por goteo continuo:** se manifiesta por una emisión continua de orina según se produce su filtrado, y es debida a causas congénitas (malformaciones), orgánicas (posquirúrgicas) y neurológicas.

Desde el punto de vista de la clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), se realizó un análisis del contenido de cuatro diagnósticos de la taxonomía NANDA-I relacionados con la IU, de la versión 2018-2020, que concluyeron que el mantenimiento de estos diagnósticos era necesario, pero que también lo sería la inclusión de otros dos más<sup>10</sup>:

- Diagnósticos de enfermería de incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Diagnósticos de enfermería de incontinencia urinaria urgente.

- Diagnósticos de enfermería de incontinencia urinaria por hiperactividad detrusiva neurogénica.
- Diagnósticos de enfermería de incontinencia urinaria asociada a discapacidad.
- Diagnósticos de enfermería de incontinencia mixta y transitoria.

La previsión es que sean retirados en la edición NANDA-I 2021-2023 los diagnósticos de incontinencia urinaria (00020) y el de incontinencia urinaria refleja (00018), y que se puedan incorporar la incontinencia urinaria asociada a discapacidad (00297) (en sustitución del 00020) y la incontinencia urinaria mixta (00310)<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gerber GS, Brendler CB. Evaluation of the urologic patient: history, physical examination, and urinalysis. In: Wein AJ, ed. Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007;81-110.
2. González CEG, Rodríguez DR, Ávalos AJ, Fernández LS, Bartumeu GHI. Incontinencia urinaria, un problema económico/social. Acta Med Cent. 2013;7(2).
3. Martínez-Agulló E, Ruiz Cerda JL, Arlandis Guzmán S, Rebollo P, Pérez M, Chaves J. Análisis del síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en varones en la franja de edad de los 50 a los 65 años: Estudio EPICC. Actas Urol Esp. 2010;34(6):543-8. [Citado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062010000600009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000600009&lng=es).
4. Kwon CS, Lee JH. Prevalence, Risk Factors, Quality of Life, and Health-Care Seeking Behaviors of Female Urinary Incontinence: Results From the 4th Korean National Health and Nutrition Examination Survey VI (2007-2009). Int Neurourol J. 2014;18(1):31-6.
5. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S, et al. Epidemiology of urinary incontinence (IU) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP), and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. Incontinence. 6th ed. Tokyo: Consultation on Incontinence; 2017;1-141.
6. Abrams PA, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6th ed. 2017. Disponible en: [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf).

7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Prog Obstet Ginecol*. 2019;62(1):79-91.
8. Mattiasson A, Djurhuus J, Fonda D, Lose G, Nordling J, Stohrer M. Standardization of Outcome Studies in Patients with Lower Urinary Tract Dysfunction: A Report on General Principles from the Standardization Committee of the International Continence Society. *NeuroUrol Urodyn*. 1998;17(3):249-53.
9. Robles JE. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29(2):219-31. [Citado el 15 de marzo de 2021]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es).
10. Neves J, De Oliveira MV, Baena MH. Simultaneous Concept Analysis of Diagnoses Related to Urinary Incontinence. *Int J Nurs Knowl*. 2020;31(2):109-23.
11. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. NNNConsult. Elsevier. 2018-2020. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>.

# 2 Rol de la enfermera en el problema de salud. Habilidades y competencias

## Rol de la enfermera en el problema de salud

La enfermera es habitualmente el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y, con frecuencia, será el primer profesional de salud a quien le cuenten su problema de incontinencia urinaria. Los tratamientos iniciales son deficientes debido a que la incontinencia urinaria es un problema subestimado. Además, se han detectado barreras en la formación de los profesionales y de la organización que impiden abordar este problema con calidad.

El rol de la enfermera en la incontinencia urinaria es clave para ayudar a los pacientes afectados, detectar casos de una forma precoz, realizar intervenciones apropiadas y educar al paciente empoderando su cuidado. Algunos países (Canadá, Reino Unido, Países Bajos, etc.) cuentan con enfermeras especialistas en este campo, obteniendo buenos resultados en la salud y satisfacción de los pacientes, y reduciendo, a su vez, el coste económico al sistema de salud<sup>1,2</sup>.

Para desempeñar el rol de enfermera ante el problema de incontinencia urinaria se pueden desarrollar los distintos aspectos del rol enfermero: la práctica clínica, educación, investigación, consultor y gestor<sup>3,4</sup>.

### ROL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La enfermera realiza cuidados en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Es conveniente tener una actitud proactiva e interrogar sobre posibles problemas de incontinencia urinaria, ya que muchas personas no consultan por este problema de salud, bien porque les

genera un sentimiento de vergüenza<sup>5</sup>, bien por la creencia de algunas personas mayores acerca de las pérdidas de orina que consideran “lo normal” a su edad, o bien porque desconocen que se puede ofrecer tratamiento o ayuda<sup>6</sup>.

Se debe utilizar la mejor evidencia disponible para realizar los cuidados. Para ello se consultarán guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, cuestionarios validados, etc. y se utilizarán los recursos disponibles. Es importante actualizar esta información regularmente y tener protocolos definidos. Además, hay que adaptar los recursos a las necesidades y capacidades del paciente, teniendo en cuenta sus preferencias, así como garantizar la continuidad en los cuidados.

### **ROL EDUCADOR**

Se educa al paciente con la finalidad de que pueda conocer mejor su problema y aprenda habilidades básicas que le permitan manejarse en su vida cotidiana. Puede beneficiarles tanto física como psicológicamente y, en algunos casos, puede reducirles la dependencia de los servicios de salud. Además, se pueden obtener resultados positivos en la salud, como la adherencia terapéutica y la mejora de la calidad de vida. Se utilizan distintos métodos, como sesiones individuales o grupales, basadas en información verbal, escrita, apoyo en vídeos, entrenamiento, refuerzo..., que varían según la edad del paciente, el nivel cultural, la capacidad de afrontamiento, la política sanitaria, etc. Debido a la amplitud de este campo, se necesitan más investigaciones para establecer unas recomendaciones concretas<sup>7,8</sup>.

### **ROL INVESTIGADOR**

La enfermera debe investigar para demostrar qué resultados son positivos para los pacientes, ampliar la toma de decisiones basadas en la evidencia y avanzar en la profesión<sup>9</sup>. Es imprescindible difundir los trabajos realizados en revistas científicas y congresos para que otros profesionales puedan conocer estos resultados. Las necesidades de estudios futuros deben centrarse en el seguimiento a largo plazo para

conocer si los resultados a corto plazo pueden extinguirse o perdurar en el tiempo. Además, se necesita más investigación para centrarse en el impacto de la gravedad de la incontinencia urinaria en los resultados y evaluar quién se beneficiará más del tratamiento de una enfermera. También se necesitan más estudios que se centren en la carga económica, ya que este es un resultado importante que examina la eficacia de las intervenciones<sup>2</sup>.

### **ROL CONSULTOR**

Puede ejercerse un rol consultor cuando se dispone de un nivel académico elevado y amplia experiencia en la clínica. El consultor realiza asesoramiento específico o ayuda práctica a pacientes, cuidadores o enfermeros<sup>10, 11</sup>.

### **ROL GESTOR**

Como gestores, se debe ejercer liderazgo en los cuidados, realizar una organización y buen uso de los recursos disponibles, planificar, organizar, coordinar y dirigir las actividades que consideremos necesarias para alcanzar los objetivos que se hayan propuesto inicialmente<sup>12</sup>.

## **Habilidades y competencias**

Para aplicar unos cuidados de calidad, debemos adquirir habilidades y competencias mediante formación, desarrollo profesional, especialidades, etc. Por ejemplo, tener competencias en práctica basada en la evidencia (PBE) nos será de utilidad para tener habilidades en la transferencia de conocimientos teóricos a la práctica clínica en el entorno que nos ocupe; además, nos ayudará en la toma de decisiones clínicas y en el razonamiento diagnóstico. Desarrollar los distintos roles de la enfermería permitirá aumentar el nivel de autonomía profesional y el avance de la profesión<sup>13, 14</sup>.

La habilidad para la comunicación es esencial en cualquier ámbito. Ayudará de una forma eficaz a tener un amplio conocimiento del tema, a expresarse con claridad y con tér-

minos que el paciente pueda entender; dejar expresarse al paciente es la clave de la escucha activa, no interrumpir, no emitir juicios de valor, pactar las pautas de tratamiento, etc.

Otras competencias serán: evaluar la práctica clínica, los riesgos, mejorar los estándares de atención, desarrollar programas específicos, conseguir el apoyo institucional, colaborar con otros profesionales, etc., todo ello conseguirá que se avance en la práctica clínica y contribuirá a mejorar los cuidados y, en consecuencia, los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes<sup>13, 14</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hunter KF, Wagg AS. Improving nurse engagement in continence care. *Nursing: Research and Reviews*. 2018;8:1-7.
2. Du Moulin MF, Hamers JP, Paulus A, Berendsen C, Halfens R. The role of the nurse in community continence care: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(4):479-92.
3. Wells M. The role of the nurse in urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(2):335-54.
4. Hämel K, Toso BRGO, Casanova A, Giovannella L. Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Cien Saude Colet*. 2020;25(1):303-14. [Citado el 23 de febrero de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100303&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100303&lng=en).
5. Toye F, Barker KL. A meta-ethnography to understand the experience of living with urinary incontinence: 'is it just part and parcel of life?'. *BMC Urol*. 2020;20(1):1.
6. Shaw C, Rajabali S, Tannenbaum C, Wagg A. Is the belief that urinary incontinence is normal for ageing related to older Canadian women's experience of urinary incontinence? *Int Urogynecol J*. 2019;30(12):2157-60.
7. Coster S, Li Y, Norman IJ. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *Int J Nurs Stud*. 2020;110:103698.
8. Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promot Int*. 2013;28(4):490-501.

9. Hayes E. Promoting nurse practitioner practice through research: opportunities, challenges, and lessons. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18(4):180-6.
10. Redfern S. Commentary on Woodward VA, Webb C & Prowse M (2005) Nurse consultants: their characteristics and achievements. *Journal of Clinical Nursing* 14, 845-854. *J Clin Nurs.* 2006;15(6):785-7; discussion 787-9.
11. Nava-Galán MG, Valdez-Labastida R, Zamora Ruiz PE. Modelo de consultoría en enfermería neurológica. *Enf Neurol (Mex).* 2012;11(1):6-13. [Consultado el 20 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121b.pdf>.
12. Huber D. *Gestión de los cuidados enfermeros y liderazgo.* Elsevier Health Sciences, España. 2019.
13. Kupsick PT. Challenging how competency is validated: the wound, ostomy and continence nurses society issues a position statement. *Am J Nurs.* 2005;105(11):90-1.
14. Berke C, Conley MJ, Netsch D, Franklin L, Goodman E, Shephard C, Thompson D. Role of the Wound, Ostomy and Continence Nurse in Continence Care: 2018 Update. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019;46(3):221-5.



# 3 Valoración, prevención, tratamiento y cuidados

El punto de partida para poder establecer un tratamiento adecuado es realizar una valoración que nos permita conocer las características, los síntomas, el tipo de incontinencia urinaria, las molestias que le ocasiona al paciente este problema y los factores asociados. Nos orientará en las opciones de tratamiento que se pueden realizar y a tomar decisiones compartidas con el paciente. La exploración y la entrevista nos ayudarán a realizar la valoración.

## Valoración

### ENTREVISTA

La entrevista iniciará la relación terapéutica con el paciente. Se debe realizar sin prisa, en un entorno lo más relajado posible y sin interrupciones, con objetivo de favorecer la comunicación.

El entrevistador debe tener ciertas actitudes, como: escucha activa, empatía, aceptación incondicional, autenticidad, cordialidad, competencia, confianza y directividad. Además, debe cuidar tanto el lenguaje verbal como el no verbal<sup>1</sup>.

El inicio de la entrevista comenzará al recibir al cliente, saludarle y presentarse. Se debe preguntar sobre la preferencia en el trato e invitarle a tomar asiento. Se puede comenzar comprobando los datos del paciente y con una conversación social breve para romper el hielo (tiempo, tráfico, tiempo de espera...). Después, pediremos al paciente que nos explique lo que le ocurre y, al finalizar su relato, haremos las preguntas necesarias para comprender mejor su situación y completaremos la información realizando cuestionarios preferiblemente validados (tabla 1), que aportarán objetividad en el estado del paciente y su evolución<sup>1</sup>. Recordemos

que es un tema que ocasiona sentimientos de vergüenza, por lo que, a veces, al paciente le costará expresar su problema o su vivencia.

**TABLA 1. CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN PARA LA INCONTINENCIA URINARIA**

Cuestionario	Área de valoración	Cuestionario	Área de valoración
<b>Test de Pfeiffer</b>	Estado cognitivo	<b>Cuestionario IU4</b>	Clasificación del tipo de incontinencia urinaria
<b>MEC</b>	Estado cognitivo	<b>Cuestionario de valoración de la incontinencia urinaria</b>	Tipo de incontinencia urinaria
<b>Escala de Barthel</b>	Grado de dependencia en actividades básicas de la vida diaria	<b>Cuestionario de valoración de la incontinencia urinaria (hombre/mujer)</b>	Tipo de incontinencia urinaria
<b>Escala Laycock Protocolo PERFECT</b>	Valoración de la musculatura del suelo pélvico	<b>IIQ-7</b>	Impacto de la incontinencia urinaria
<b>ISI</b>	Gravedad de la incontinencia urinaria	<b>ICIQ-SF</b>	Gravedad de la incontinencia urinaria
<b>I-QOL</b>	Calidad de vida en mujeres con IU	<b>KHQ</b>	Calidad de vida en pacientes con IU

EVA: escala visual analógica del dolor; ISI: *Incontinence Severity Index*; I-QOL: *Incontinence Quality of Life*; ICIQ-SF: *Short Form Questionnaire for Urinary Incontinence*; IIQ-7: *Incontinence Impact Questionnaire* (versión reducida); KHQ: *King's Health Questionnaire*; MEC: Miniexamen cognoscitivo.

Fuente: elaborado por Laura Martín Losada.

Es importante preguntar sobre antecedentes personales, en especial aquellos que guardan relación con los problemas de incontinencia urinaria (diabetes mellitus, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, insuficiencia cardíaca).

ca, cirugías abdominales o pélvicas, partos, infección urinaria recurrente), sobre su tratamiento farmacológico habitual (inhibidores de la colinesterasa, diuréticos, sedantes, hipnóticos, anticolinérgicos, amitriptilina, analgésicos opioides) y sobre los estilos de vida<sup>2</sup>.

La información recogida, junto con la exploración, se analizará cautelosamente. Se clasificará el tipo de incontinencia para iniciar el tratamiento sobre esta base. En el caso de la incontinencia urinaria mixta se puede enfocar hacia el síntoma predominante<sup>3</sup>, y se ofertarán las posibilidades de tratamiento teniendo en cuenta las capacidades del paciente para realizarlas, los síntomas la gravedad, el grado de molestia y las preferencias del paciente.

Para finalizar, realizaremos un pequeño resumen con la información y animaremos al paciente a plantear dudas. Asimismo, acordaremos la fecha de la siguiente sesión.

## EXPLORACIÓN

El examen físico es una parte muy importante de la evaluación de los pacientes que presentan incontinencia urinaria. Las directrices coinciden en que la evaluación debe incluir el estado general (estado mental, obesidad, movilidad), una examen abdominal y examen pélvico, con evaluación de la musculatura del suelo pélvico y la evaluación de prolapso de órganos pélvicos. También se aconseja realizar un análisis de orina como prueba complementaria a una evaluación inicial para descartar una infección de orina, ya que puede ser el origen de la incontinencia urinaria o de su agravamiento. En algunos casos en los que se sospeche un volumen elevado de orina residual posmiccional, se recomienda medir este, preferiblemente mediante ecografía<sup>2, 4, 5</sup>.

Una recomendación de uso extendido es el uso de un diario miccional de 3 días para la evaluación inicial de la incontinencia urinaria, de manera que se pueda conocer la frecuencia de la micción, los volúmenes de orina evacuados, los episodios de incontinencia, los cambios de absorbentes,

la ingesta de líquidos y la actividad que se realiza cuando ocurre la pérdida<sup>2,4</sup>.

Además, tanto en la exploración como durante la entrevista, se intenta identificar los factores predisponentes y precipitantes relevantes y otros diagnósticos que puedan requerir derivación para estudio y tratamiento adicional<sup>3</sup>. Existen una serie de situaciones en las que se debe derivar al especialista, como: presencia de hematuria, dolor, infección urinaria recurrente, radioterapia pélvica previa, tacto rectal anormal y sospecha de disfunción miccional<sup>2,6</sup>.

## Medidas higiénico-dietéticas

Adquirir unos hábitos saludables tiene una repercusión positiva en el estado de salud. El tratamiento inicial de la incontinencia urinaria incluye medidas higiénico-dietéticas que se pueden aplicar en todos los pacientes con este problema de salud. Generalmente, estas medidas por sí solas no recuperan la continencia urinaria, pero contribuyen a la mejora de síntomas, o su gravedad.

### INGESTA DE LÍQUIDOS

Muchas personas incontinentes restringen la ingesta de líquidos para aliviar los síntomas de la incontinencia urinaria, pero existe evidencia de que esta medida no los mejora. La ingesta de líquidos debe ser adecuada a la edad, la actividad física y el clima. Debe ser suficiente para mantener una hidratación adecuada, aliviar la sed y tener un volumen corporal para realizar emisiones de orina con normalidad<sup>7,8</sup>.

### REDUCCIÓN DE LA CAFEÍNA

Reducir la ingesta de bebidas como el té, el café o la Coca-Cola puede mejorar los síntomas de urgencia y la frecuencia urinaria<sup>7,8</sup>.

## EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico regular y moderado puede fortalecer la musculatura del suelo pélvico y disminuir el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria, especialmente incontinencia de esfuerzo. Se asocia a tasas más bajas de incontinencia urinaria en personas de mediana edad o mayores. Sin embargo, el ejercicio físico intenso puede agravar las pérdidas en mujeres mientras lo realizan, aunque esto no está asociado a desarrollar incontinencia en la edad adulta<sup>7,8</sup>. En personas mayores o con limitaciones físicas se recomienda un ejercicio de baja intensidad según su tolerancia<sup>2</sup>.

## OBESIDAD Y PÉRDIDA DE PESO

Tener sobrepeso u obesidad se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria en muchos estudios epidemiológicos. La prevalencia tanto de Incontinencia urinaria de urgencia como incontinencia urinaria de esfuerzo aumenta proporcionalmente con un mayor índice de masa corporal. La evidencia actual muestra que la pérdida de peso en mujeres con sobrepeso u obesas mejora el problema, al igual que en adultos obesos con diabetes mellitus ejerce un efecto preventivo al reducir el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria<sup>7,8</sup>.

## HÁBITO TABÁQUICO

Dejar de fumar es un problema de salud pública generalizado. Tiene una asociación débil con la mejoría de síntomas de urgencia, la frecuencia y la incontinencia urinaria. Se deben dar consejos para dejar de fumar de acuerdo con las buenas prácticas en salud<sup>7,8</sup>.

## ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento está asociado a la incontinencia urinaria y al prolapso de órganos pélvicos. Se debe tratar el estreñimiento con la dieta, la ingesta de líquidos, el ejercicio físico moderado y con laxantes, si es necesario<sup>2,7,8</sup>.

## Terapias conductuales

Las terapias conductuales forman parte de la rehabilitación del tracto urinario inferior. Consisten en analizar y modificar la relación entre los síntomas del paciente y su entorno para tratar los patrones de evacuación inadecuados. Para ello se puede modificar el comportamiento y/o el entorno<sup>9</sup>.

Las terapias conductuales se consideran altamente eficaces porque consiguen en muchos casos la recuperación de la continencia o una mejora de la frecuencia y/o cantidad del escape, no tienen efectos secundarios y se pueden utilizar en conjunto con otras terapias o tratamiento farmacológico. Han sido ampliamente estudiadas en poblaciones de adultos mayores, aunque se pueden emplear en cualquier adulto. Se necesita compromiso y colaboración por parte del paciente o del cuidador para poder realizar este tipo de tratamiento. Antes de aplicar cualquier terapia hay que realizar una valoración previa<sup>10</sup>.

### EVACUACIÓN INDUCIDA O VACIAMIENTO PROGRAMADO

Esta terapia tiene una evidencia sólida. Se aplica en pacientes con una dependencia leve-moderada tanto física como cognitiva. No se puede realizar en pacientes que tengan indicada restricción hídrica, hay que resolver previamente los problemas de estreñimiento o impactación fecal y se debe conocer el patrón de evacuación realizando un diario miccional durante 3 días antes de iniciarla. Estos pacientes necesitan que se les recuerde que hay que ir al baño (hacer uso de cuña/botella) o se les ayude para acudir al mismo por sus limitaciones. La enfermera informará al paciente y al cuidador sobre el procedimiento y solicitará su colaboración para alcanzar un mayor éxito.

Se ajustarán los horarios para ir al baño a los escapes detectados en el diario miccional y, si es posible, asociarlos a momentos fáciles de recordar o rutinas cotidianas, por

ejemplo, al levantarse, antes de comer, etc., para favorecer una asociación cognitiva.

Se emplean tres comportamientos: elogio, inducción y seguimiento. El elogio consiste en realizar un refuerzo positivo ante los logros alcanzados, bien por control del esfínter, por avisar de la necesidad de orinar o por realizar una higiene correcta. La inducción consiste en alentar al paciente a acudir al baño a intervalos regulares y el seguimiento consiste en preguntar al paciente si necesita acudir al baño en los horarios previstos y revisar el absorbente para detectar la necesidad de cambio. Se puede adelantar 30 minutos la evacuación en caso de necesidad y modificar el horario si es preciso, respetando un intervalo mínimo de 2 horas entre las sesiones de evacuación inducida. Se debe realizar un seguimiento periódico y repetir el diario miccional entre las 3 y las 8 semanas del inicio para ajustar los horarios de las sesiones. Si después de 4 semanas no se mantiene la continencia en intervalos superiores a 2 horas, se recomienda abandonar la terapia<sup>10-12</sup>.

### **MICCIÓN PROGRAMADA**

Esta terapia utiliza un intervalo fijo para realizar las evacuaciones, generalmente cada 2 o 3 horas. El objetivo es que el paciente se mantenga seco. Se utiliza en personas con mayor dependencia o que tengan un nivel de colaboración menor<sup>10</sup>.

### **DOBLE VACIAMIENTO**

Se utiliza con personas que tienen residuos posmiccionales elevados (> 100 ml). Estos residuos pueden dar lugar a vaciamientos involuntarios con mayor frecuencia. Después de la micción, se espera unos minutos y se pide al paciente que intente orinar de nuevo para vaciar la vejiga lo máximo posible<sup>13</sup>.

### **REFUERZO A LA CONTINENCIA**

Consiste en realizar un refuerzo positivo cuando se logra el control urinario ante la demanda de la necesidad de orinar,

manteniéndose seco en el traslado al baño, al indicar el estado en el que se encuentra el absorbente. Se pregunta regularmente al paciente si desea acudir al baño y se le interroga por el estado del absorbente<sup>13</sup>.

## ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO

Se utiliza en pacientes que pueden vaciar de forma natural y han adquirido un grado de incontinencia por encamamiento, ingreso hospitalario, estrés del traslado, etc. y presentan una resistencia al cambio. Se realiza un refuerzo conductual (refuerzo positivo) y un refuerzo correctivo, por ejemplo, si el paciente nos indica un estado erróneo del absorbente; también se le recuerda contener la micción cercana a lo programado, recordatorios para demandar ayuda ante necesidad de micción, etc.<sup>13, 14</sup>.

## ENTRENAMIENTO VESICAL

Está enfocado a la educación del paciente y pretende restaurar un patrón de evacuación normal, aumentando la capacidad vesical y reduciendo la urgencia miccional. Se parte de un diario miccional para poder establecer horarios de vaciado y se realiza un programa de evacuación que habitualmente comienza con un vaciado cada hora. Los horarios se irán prolongando entre 15 y 30 minutos cada 2 semanas, según la tolerancia, hasta alcanzar intervalos de 2 o 3 horas. En conjunto se realiza un programa educativo que consiste en enseñar los mecanismos de continencia e incontinencia, control cerebral de vaciamiento y estrategias de inhibición de la urgencia<sup>13, 14</sup>.

## Refuerzo

Como complemento a las terapias anteriores, tenemos otras alternativas que se utilizan habitualmente para el tratamiento de la incontinencia urinaria, que se pueden aplicar por separado o conjuntamente. Existe también la posibilidad de tratamiento farmacológico y la alternativa quirúrgica, para

casos en los que el tratamiento inicial no es suficiente o en caso de incontinencia severa.

### **ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO (EMSP). EJERCICIOS DE KEGEL**

Esta es la primera línea de tratamiento de la incontinencia urinaria y su objetivo fundamental es mejorar la calidad y control de la musculatura estriada del suelo pélvico, mejorando, por tanto, los mecanismos activos de retención que están bajo control voluntario; pero precisa de un aprendizaje.

El suelo pélvico, desde el punto de vista funcional, forma parte del tracto urinario inferior (vejiga, uretra y músculos del suelo pélvico). Su alteración da lugar a las denominadas disfunciones del suelo pélvico, que, según el tipo de afectación, pueden ser:

- Disfunciones por defecto.
- Disfunciones por exceso.

Las disfunciones por defecto corresponden a la pérdida del tono muscular debido a que la musculatura perineal refuerza la presión de la uretra durante el llenado vesical, por ello la disminución de su potencia contráctil nos dará incontinencia. Con el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico lo que se pretende es aumentar la potencia contráctil y con ello disminuir o corregir dicha incontinencia.

Esta técnica, denominada ejercicios de Kegel<sup>15-18</sup>, ya se utilizaba desde mediados del siglo pasado por el Dr. Arnol Kegel, quien describió una serie de ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico y que son la base de los actuales métodos de rehabilitación perineal. Son muy recomendados porque el paciente los puede realizar en su domicilio, previo entrenamiento por un profesional de enfermería cualificado, que le enseñará a identificar y contraer correctamente los músculos específicos del suelo pélvico.

Estos músculos son los que se emplean para cortar la micción y para impedir la salida de gases intestinales. Se tiene

que contraer hacia arriba la región de la uretra y el recto; en mujeres también la región vaginal, prestando especial atención a no contraer el abdomen, glúteos y muslos.

Conviene realizar una exploración de su potencia perineal, para lo cual existen varios métodos, siendo el más utilizado la Escala de Oxford<sup>15, 18</sup> o modificada, que nos orienta sobre el grado de potencia muscular de la que partimos, la terapia más adecuada a emplear y su evolución tras la realización de las mismas.

**TABLA 2. ESCALA DE OXFORD MODIFICADA**

	Tono basal	Contracción	Desplazamiento muscular	Duración
<b>0</b>	Disminuido	Ausencia	No	Ausencia
<b>I</b>	Normal	Indicios	No	Ausencia
<b>II</b>	Normal	Presente	Sí	< 5 s sin resistencia
<b>III</b>	Normal	Presente	Sí	> 5 s sin resistencia
<b>IV</b>	Normal	Presente	Sí	< 5 s con resistencia
<b>V</b>	Normal	Presente	Sí	> 5 s con resistencia

Fuente: Servicio de Urología. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Una vez que el paciente realiza correctamente la contracción perineal, se le indicará el protocolo a realizar en su domicilio, que consistirá en:

1. 12 contracciones rápidas.
2. 24 contracciones de 7 segundos y 15 segundos de relajación entre contracciones.
3. 12 contracciones relajando lentamente.

Estos ejercicios se realizan tres veces al día, durante 3 meses. Se pueden realizar en la posición que se encuentre más cómoda: acostada, de pie o sentada. En esta última, se

debe utilizar una silla sólida y apoyar los pies totalmente en el suelo, manteniendo las rodillas ligeramente hacia fuera.

Dependiendo de la evolución, se puede aumentar el tiempo de trabajo o el de contracción, siempre que el periodo de descanso o relajación sea el doble que el tiempo de contracción.

En caso de incontinencia de esfuerzo severa o tras prostatectomía radical, que su mejoría no es satisfactoria, se puede complementar con electroestimulación del suelo pélvico.

Sería recomendable el registro de cuestionario tipo ICIQ-SF<sup>19</sup> (cuestionario de incontinencia urinaria) al comienzo y al final del tratamiento. Es útil el uso de un diario miccional como herramienta para controlar su evolución. Se realizará una revisión a los 3 meses, donde se valorará su mejoría clínica y, si fuese necesario, indicar nuevas sesiones de ejercicios.

Las posturas para realizar los ejercicios pueden ser muy diferentes como se explican en el Anexo 1.

Muchas veces el paciente no es consciente o no identifica bien la contracción perineal, por lo que hay que recurrir a otras técnicas, como el *biofeedback*.

### REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO: BIOFEEDBACK

Técnica terapéutica cuya finalidad es recuperar la función del suelo pélvico. Consiste en la contracción selectiva, repetitiva y voluntaria de músculos específicos del suelo pélvico. Se colocan unos electrodos de superficie a nivel perianal o sonda rectal, incluso ambos, para enseñar al paciente a contraer y relajar los músculos correctamente. Al paciente se le presentan señales auditivas y/o visuales (imagen 1), siendo la finalidad hacer consciente una función orgánica inconsciente, de tal forma que el paciente la percibe, la procesa, la hace consciente y, a base de repetición, va modulando esta función hasta su control automático<sup>15, 16, 19-24</sup>.

Esta técnica se basa en la idea de que “quien controla su suelo pélvico, controla su vejiga”.

## IMAGEN 1. EJERCICIOS CON BIOFEEDBACK



Fuente: Servicio de Urología. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Está indicado para pacientes con control o al menos cierto control voluntario de los esfínteres y con incontinencia urinaria, hiperactividad vesical y dificultad miccional. Se realizan 12 sesiones semanales o quincenales, de 20 minutos por sesión, previo estudio urodinámico. El paciente tiene que realizar los mismos ejercicios de reeducación en su domicilio, en tres sesiones de 10 minutos, mañana, tarde y noche. Los puede realizar en la posición que más cómodo se encuentre.

Es recomendable el registro del cuestionario tipo ICIQ-SF<sup>19</sup> al inicio y al finalizar el tratamiento, al igual que el control de un diario miccional para ir valorando su evolución.

Posteriormente se realizaría una revisión funcional consistente en test de esfuerzo o flujometría + electromiograma (EMG) y medición de residuo posmiccional. La siguiente revisión sería a los 3 meses, donde se valora la evolución desde un punto de vista clínico, urológico y funcional, dependiendo de la patología. Si la mejoría no fuese aceptable, se puede realizar refuerzo con varias sesiones de flujometría + EMG visualizadas o reinicio del protocolo, o si fuese preciso, reevaluación diagnóstica.

## NEUROESTIMULACIÓN DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR (NETP)

Consiste en la electroestimulación del nervio tibial posterior (descrita por McGuire en 1983) a baja frecuencia e intensidad, que va hacia los segmentos medulares (S2-S4),

en los que comparte origen con los nervios de la vejiga y el suelo pélvico, produciendo una inhibición de las contracciones del detrusor. Se realiza mediante un electrodo de superficie o de aguja insertado cerca del nervio, en la cara tibial interna, aproximadamente tres dedos o 5 cm por encima de maléolo tibial, y otro electrodo de superficie en la cara interna del calcáneo (imagen 2). La estimulación del nervio produce una típica respuesta consistente en la flexión del primer dedo y sensación de hormigueo en pie y dedos<sup>25</sup>.

### IMAGEN 2. NEUROESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR



Fuente: Servicio de Urología. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Se debe realizar en pacientes que tengan conservada la sensibilidad y con vejiga hiperactiva (urgencia miccional, con o sin incontinencia, y aumento de frecuencia miccional) que responden mal al tratamiento farmacológico o no lo toleran. Se dan 14 sesiones (de 30 minutos) en total repartidas en 8 semanales, 4 quincenales y 2 mensuales. Previamente se le explica la técnica a desarrollar, contraindicaciones (marcapasos, niños, embarazadas, pacientes con epilepsia), rellenan un cuestionario tipo ICQ-SF, se les entrega el calendario de cita y el diario miccional.

Usaremos electrodos de superficie o transdérmicos en pacientes anticoagulados. Una vez finalizado el tratamiento, tras un periodo de reposo, se realiza una evaluación clínica del paciente, con control del diario miccional, cuestionario ICIQ-SF<sup>19</sup> y, si es necesario, un estudio urodinámico para valorar su evolución y la efectividad del tratamiento realizado.

## BOLAS CHINAS Y CONOS VAGINALES

Constituyen un mecanismo de refuerzo de la musculatura del suelo pélvico y complementario a las anteriores técnicas terapéuticas. Requiere un cierto grado de control, pues la paciente debe ser capaz de mantener el cono o las bolas chinas en la vagina sin que se caigan.

Los conos vaginales son dispositivos intravaginales de peso creciente y destinados a activar los músculos del suelo pélvico mediante la estimulación de la retención del cono (imagen 3). La sensación de pérdida del cono actúa como *feedback* reflejo para garantizar la activación contráctil de la musculatura del suelo pélvico y su fortalecimiento.

### IMAGEN 3. CONO VAGINAL



Fuente: Manuel de la Marta.

Hay varios formatos, uno de ellos son cinco conos iguales de diferentes pesos que oscilan entre los 5 y los 55 g. Otro formato es un cono que se abre, pudiendo introducir bolas de diferente tamaño y peso, pudiendo combinarse y variar de 18 a 61 g. También podemos encontrar otro formato que se compone de dos conos de diferentes tamaños a los cuales se les puede colocar cuatro pesos, y varían de 5 a 20 g.

Su colocación es como un tampón, con el hilo por fuera, que al introducirlo en la vagina, el cono tiende a descender por su peso. Esta sensación provoca una contracción de la musculatura del suelo pélvico para evitar que se caiga. Se

tienen puestos mientras está de pie o caminando y se mantienen al principio unos 15 minutos, para ir aumentando el tiempo hasta mantenerlo unos 45 minutos o 2 veces al día de 15-20 minutos. Se va cambiando de bola de mayor tamaño y/o peso hasta completar unas 8-12 semanas.

Existe otro sistema de cono vaginal, que consiste en un dispositivo inercial y que estaría entre un cono y una bola china que no funciona por un sistema de peso progresivo. En lugar de eso, es un cono que contiene una bola interna, que produce la transmisión de una vibración al músculo, activando su contracción de forma involuntaria.

Las bolas chinas consisten en una o dos bolas de diferentes tamaños y diferentes pesos, unidas por un cordón y en su interior tienen otra bola de menor tamaño, y que choca contra las paredes de la bola que la contiene cuando, al llevarlas colocadas, la mujer camina o está en movimiento (imagen 4 e imagen 5). La vibración que produce en las paredes de la vagina provoca una contracción involuntaria y continua de los músculos del suelo pélvico, aumentando la circulación sanguínea y el tono muscular. Se puede complementar con los ejercicios de Kegel, donde trabajamos la fuerza muscular.

#### IMAGEN 4. BOLAS CHINAS



**IMAGEN 5. INTERIOR DE UNA BOLA CHINA**

Fuente: Amelia de la Marta.

Se debe comenzar con la bola de mayor tamaño y menor peso. Las dos bolas tienen la ventaja de abarcar una zona más amplia de la pared vaginal a estimular. Se puede utilizar lubricante para introducirla con mayor facilidad, pero si se caen o tiende a salirse, es preferible que se utilice agua.

Es importante tener en cuenta que solo funcionan cuando se usan en movimiento, cuando se camina, no cuando se está sentada o tumbada. Como se trata de un dispositivo de gimnasia pasiva, no es necesario realizar contracciones voluntarias, ya que será el movimiento de la bola interna el que provoque las vibraciones que actuarán sobre la pared vaginal, generando ligeras contracciones.

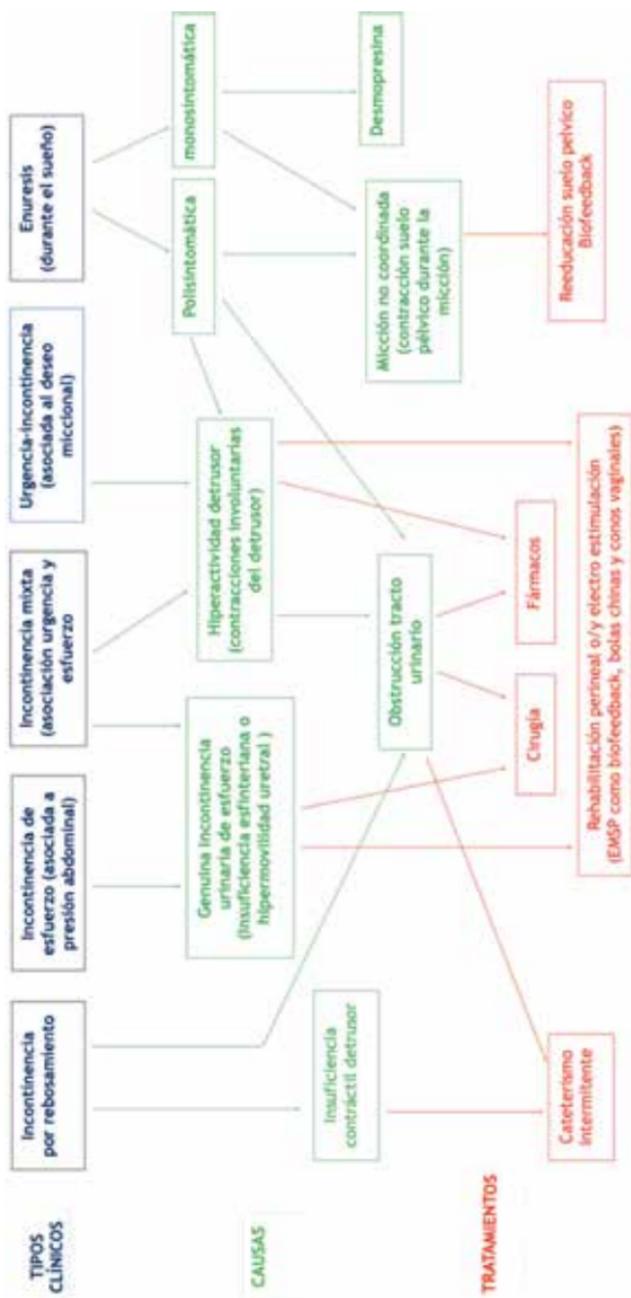
Se utilizarán 10-15 minutos, unas 2 o 3 veces por semana las 2 primeras semanas, y luego se puede ir aumentando 10 minutos por semana, si las mantienen con facilidad sin que se salgan. Según el fabricante, se pueden llevar hasta un máximo de 1 o 2 horas, según tamaño y peso. Tanto para las bolas chinas como para los conos es importante que los materiales que se usen para su fabricación sean hipoalérgicos, que no provoquen irritaciones, ni altera-

ciones dermatológicas. De igual forma, hay que lavarlos con agua y jabón antes y después de usarlos, secándolos muy bien con una toalla limpia. No se deben usar si se tiene infección vaginal, prolapso, después de cirugía ginecotorurinaria o pélvica, durante la menstruación o si se está embarazada.

Algunas de las ventajas de su uso es la prevención de alteraciones del suelo pélvico, que es fácil y sencillo de utilizar, además de seguro y sin efectos secundarios; permite valorar los progresos personalmente; no son productos caros, y su uso es discreto y privado. Muy aceptado por la mayoría de las mujeres. Además de estas terapias, como dijimos anteriormente, tenemos que tener en cuenta el tratamiento farmacológico y la alternativa quirúrgica si no mejora o en caso de incontinencia severa.

Como resumen, debemos considerar que la incontinencia urinaria es un síntoma detrás del cual existen diversos mecanismos fisiopatológicos que a su vez pueden ser causados por diversas enfermedades. Con esta realidad debemos entender lo importante de realizar un diagnóstico preciso, para lo cual nos ayudaremos de una adecuada anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, para posteriormente elaborar una buena estrategia terapéutica adecuada a cada paciente.

Existen múltiples alternativas terapéuticas que responden a cada mecanismo fisiopatológico y que incluyen una gran variedad de opciones, desde terapias conductuales, fisiátricas y/o farmacológicas, hasta las quirúrgicas cuando las anteriores fracasan (figura 1). Dentro de estas opciones terapéuticas, tenemos que las farmacológicas y quirúrgicas son de manejo por médico-urólogo/ginecólogo. El resto de técnicas conservadoras entra dentro de las competencias de enfermería. Cada una de ellas tiene efectos positivos sobre la incontinencia urinaria y se pueden emplear solas o combinadas, e incluso con fármacos, según cada caso particular, aumentando de esta forma sus efectos positivos.

**FIGURA 1. DIAGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA**


Fuente: Servicio de Urología. Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.

Existen otros métodos, menos usados, como la estimulación magnética, el método Paula, el pilates, el yoga, los ejercicios de respiración, la corrección postural y el entrenamiento en general. Pero estos métodos alternativos no se han demostrado más eficaces que el EMSP para el tratamiento y prevención de la incontinencia urinaria, por lo que hay que esperar a que se profundice en su estudio y que se desarrolle más evidencia científica que pueda demostrar su eficacia para mejorar las disfunciones del suelo pélvico<sup>14, 23</sup>.

## Dispositivos

Hay diferentes dispositivos para ayudar a disminuir o minimizar los síntomas asociados a la incontinencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estos se pueden usar de forma transitoria, en espera de cirugía o cuando el problema es leve o el paciente no puede o no quiere ser tratado por otras condiciones patológicas asociadas.

En la actualidad hay una gran variedad de productos sanitarios disponibles, pero los más usados son los colectores, las sondas y los absorbentes. La elección de uno u otro depende de las limitaciones físicas y personales del paciente, del pronóstico de la enfermedad y de la colaboración del entorno del paciente.

### COLECTOR DE ORINA

Dispositivo que se emplea en el drenaje urinario externo en varones con incontinencia urinaria y vaciamiento completo. Consiste en una funda flexible y blanda que se coloca en el pene y tiene en la punta un tubo que se conecta a una bolsa para recoger la orina (imagen 6).

Esta bolsa puede ser de pierna, más pequeña y se fija a la pierna, o de cama, de mayor tamaño y capacidad. Tienen la ventaja de dar poco olor, no irritar la piel por la humedad y ser fáciles de usar. Existen varios tamaños; según el tamaño del pene y dependiendo de las casas comerciales suelen ser: pequeños, medianos, grandes y extragrandes. Incluso para

pene retráctil hay colectores más cortos, para evitar que se salga.

### IMAGEN 6. COLECTORES



Fuente: Servicio de Urología. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Los materiales que se suelen usar para su fabricación son látex, sintético sin látex y de silicona, que actualmente son los más utilizados y son autoadhesivos, con una mayor adherencia y menor irritación en la piel.

Recomendaciones de uso:

- Usar el tamaño adecuado, para ello hay medidores para averiguar la talla.
- Antes de colocarlo, limpiar y secar muy bien la zona, rasurar la base del pene o recortar el vello, para un mejor ajuste.
- Debe quedar un espacio entre el extremo distal del pene o meato y el tubo de drenaje del colector, para evitar presiones en el glande.
- Comprobar el estado del pene una vez colocado y pasados 30-40 minutos, para evitar presiones excesivas o que se escape por ser pequeño o grande.

- Cambiar el colector cada 24 horas, como mínimo, y observar el estado de la piel o también cada vez que se sonde, si realiza cateterización vesical intermitente (CVI).

Es importante no usarlo por la noche, si es posible, para que descanse la piel; como alternativa se puede usar una botella urinaria o un absorbente.

## SONDA VESICAL

Es un dispositivo intravesical. Se trata de un catéter destinado a recolectar la orina directamente de la vejiga y se suele pasar a una bolsa recolectora de orina. Pueden ser de diferentes calibres y materiales (látex, plástico, silicona, etc.). Dependiendo del tiempo que se mantenga en la vejiga pueden ser: permanentes (SVP) o intermitentes (SVI)<sup>26</sup>.

Está indicado en pacientes con incontinencia urinaria que no pueden vaciar totalmente la vejiga, bien por disfunción vesical, por tratamiento farmacológico para incontinencia o también por la situación física, psíquica y/o social del paciente.

La SVP, al mantenerse un tiempo en la vejiga, precisa de unos cuidados y valoraciones:

- Tipo de sonda: normalmente se recomienda de silicona, por biocompatibilidad y menor adherencia. Evitar uso de látex, por las posibles alergias y para los centros libres de látex.
- Calibre adecuado, procurando siempre utilizar el menor calibre posible, según paciente, generalmente 14 o 16 Ch.
- Cambio cada 30-60 días, previa profilaxis, para prevenir infecciones de orina. En algunos centros, como el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, por protocolo es cada 30 días, pero en el ámbito domiciliario se podría mantener 2 meses, si no hay ningún tipo de complicaciones (obstrucción, infección de orina, etc.). Valorar siempre el riesgo-beneficio de cada paciente y situación.

- Tanto en varones como en mujeres, fijar la sonda en la parte interna del muslo para evitar el movimiento de tracción uretral (categoría IB). En los pacientes medulares o con bajo nivel de conciencia se fijará en el abdomen, para evitar úlceras por presión<sup>26, 27</sup>.
- Vigilancia respecto a la permeabilidad de la sonda y limpiezas del meato.
- Tener cuidado en los movimientos para evitar tracciones y posibles complicaciones, como lesiones uretrales, hematuria o incluso arrancamiento de la SVP.

Se debe intentar mantener el menor tiempo posible, por las complicaciones que suele conllevar, como lesiones uretrales, infecciones de orina, litiasis, decúbito en la uretra, disminución de la capacidad vesical, etc.

Es posible que algún paciente, por su situación clínica, social o familiar, sea portador de una SVP en el tiempo. En estos casos se debe valorar sustituirla por una cistostomía o talla vesical suprapúbica, cuyos cuidados serán los mismos que los de la SVP más los propios de la cistostomía, como son las curas con suero salino y la cobertura de la zona con un apósito. La mayoría de los protocolos revisados no indican el uso de antisépticos en la zona del estoma, sino limpieza diaria con agua y jabón (igual que para el cuidado diario de la SVP).

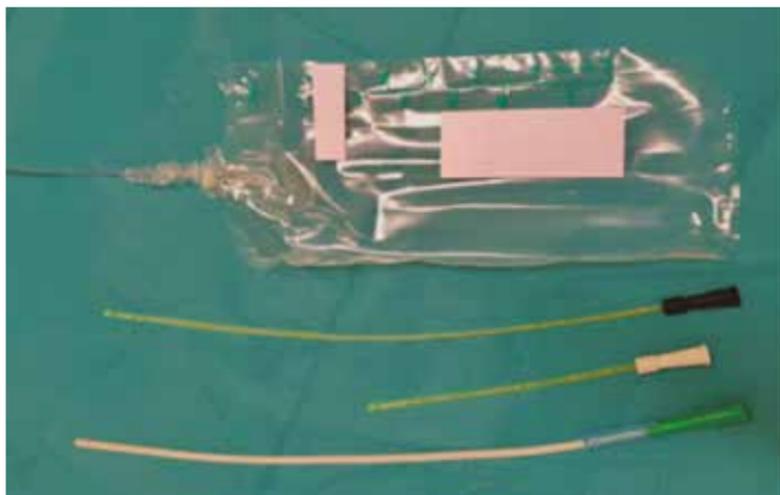
La SVI es quizás la mejor alternativa para el vaciamiento completo de la vejiga en situaciones de retención urinaria o vejiga neurogénica entre otras, donde se introduce un catéter estéril desde la uretra hasta la vejiga, periódicamente, aunque siempre se retira una vez vaciada la vejiga.

Es necesario previamente un adiestramiento, y aquí la enfermería tiene un papel fundamental en la educación sanitaria y enseñanza de las técnicas de la SVI dirigida al paciente, familiares y/o cuidador para alcanzar un mayor grado de independencia en los cuidados y control vesical. La técnica más utilizada es la SVI limpia o aséptica. El objetivo de la SVI es el vaciamiento completo y periódico de la vejiga para

favorecer la continencia, disminuir la posibilidad de aparición de complicaciones dérmicas, vesicales e incluso renales a largo plazo, facilitar la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), la adaptación social y familiar, aumentando con ello su calidad de vida.

Es importante que conozca la gran variedad de sondas que hay en el mercado, para que pueda elegir la que se adapte más a sus características particulares. Es recomendable sobre todo las sondas vesicales estériles, de un solo uso, de baja fricción y que incluya sistema “no tocar”, para minimizar al máximo las lesiones uretrales y la aparición de infecciones de orina, que son las complicaciones más habituales (imagen 7).

#### IMAGEN 7. CATÉTER O SONDA DE BAJA FRICCIÓN PARA CATETERISMO SVI



Fuente: Servicio de Urología. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Además de estos dispositivos, existen otros menos usados, como:

- **Pinza de Cunningham:** se coloca sobre el pene, manteniendo la uretra suavemente cerrada, y se suelta para va-

ciar la vejiga. Aunque puede ser incómoda, es reutilizable y puede ser más económica que otras opciones.

- **Pesarios:** estos son dispositivos reutilizables que se introducen en la vagina para sostener su vejiga y ejercer presión sobre la uretra para evitar fugas. Los pesarios tienen diferentes formas y tamaños, los más utilizados suelen tener forma de disco. No es fácil de poner y suele necesitar ayuda o adiestramiento.

## ABSORBENTES

Son dispositivos o productos sanitarios de un solo uso, especialmente diseñados para que se ajusten al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener la piel seca y protegida, además de evitar malos olores y mejorar la calidad de vida de los usuarios. Están indicados en personas con incontinencia urinaria y/o fecal<sup>28</sup>.

Por ello es importante conocer los siguientes conceptos y características para el mejor manejo y uso de los mismos:

- **Capacidad de absorción:** el Ministerio de Sanidad en la década de los ochenta definió 3 niveles de absorción de manera orientativa aunque no indica que deben usarse exclusivamente en esos horarios del día ya que la absorción la define el nivel de incontinencia del paciente:
  - Día, de 600-900 ml.
  - Noche, de 900-1.200 ml.
  - Supernoche, de > 1.200 ml.

Existen unas pautas en cada Comunidad Autónoma que deben ser tenidas en cuenta.

- **Indicador de humedad o de cambio:** es un indicador que aparece en la parte exterior del absorbente que indica si el pañal está mojado (1<sup>er</sup> caso) o en qué momento se debe cambiar (2<sup>o</sup>).

Hay diferentes tipos de indicadores, unos son líneas que cambian de color y otros son un dibujo que se borra cuando hay humedad en el interior del absorbente.

- **Transpirabilidad:** esta característica se garantiza en mayor medida si se trata de tejido no-tejido que permite que transpire la piel.
- **Dermoprotección:** se puede conseguir mediante la introducción de loción dermoprotectora para proteger la piel delicada de la zona sacra, la transpirabilidad mencionada en el punto anterior y el mantenimiento de pH 5,5 neutro de la piel con celulosa que amortiguan el efecto del sudor, orina, etc.<sup>29, 30</sup>.

Después de aclarar estos conceptos podemos concluir que los absorbentes deben ser:

- Cómodos y fáciles de colocar.
- Con capacidad de absorción y dermoprotección.
- Discretos por volumen y/o gracias al tejido no-tejido que no hace ruido al andar.
- Fáciles de ajustar. En el caso de los absorbentes elásticos nos podemos encontrar con 2 o 4 tiras/etiquetas reposicionables para ayudar a ajustar el pañal y evitar fugas. También hay un cinturón.
- *Rewetting* adecuado. Este término define el retorno de humedad que tiene un absorbente después de 2 micciones y tras ejercer presión en él. Este efecto influye en la sensación de humedad que tiene el paciente una vez que se ha producido la micción.
- Es importante la velocidad de absorción, ya que cuanto menos tiempo esté la piel en contacto con la orina (que se deteriora en amoníaco) mejor; además, ayuda a evitar fugas y a mejorar la sensación de sequedad del paciente.

Usar un buen absorbente puede evitar la aparición de úlceras, las complicaciones derivadas de ellas y el gasto que producen.

Existen diferentes modelos y tamaños, tanto para hombres como para mujeres y para diferentes situaciones y actividades.

### **Clasificación de absorbentes, especificaciones técnicas, composición**

Existen absorbentes de diferentes tipos y tamaños y capacidades, por lo que es muy importante elegir el modelo que mejor se adapte a las características y necesidades de cada paciente. La colocación también es un aspecto fundamental, pues de ello dependen en gran medida los escapes o la mala experiencia e incidencias que pueden producirse.

Para ello, se deben tener en cuenta varios criterios de selección:

- Capacidad de absorción según la severidad de la incontinencia urinaria:
  - Absorbente de goteo: compresas femeninas y absorbentes masculinos.
  - Para pérdidas ligeras de orina: 50-300 ml.
  - Absorbente día: 600-900 ml.
  - Absorbente noche: 900-1.200 ml.
  - Absorbente supernoche: > 1.200 ml.
- Forma y tipo de sujeción según nivel de incontinencia y estado cognitivo o de movilidad y autonomía del usuario:
  - Compresas para pérdidas ligeras de orina, tanto para varones como para mujeres (imágenes 8 y 9). Se sujetan mediante tiras adhesivas. Son ideales para una incontinencia inicial, buen estado cognitivo y movilidad.

### IMAGEN 8. COMPRESA MASCULINA



Fuente: Manuel de la Marta.

---



Fuente: Lindor.

---

### IMAGEN 9. COMPRESA FEMENINA



Fuente: Manuel de la Marta.

---

- Rectangular, se ajusta a través de mallas elásticas (imagen 10). Talla única. Permite una mejor adaptación al cuerpo. Para incontinencia leve, buen estado cognitivo y movilidad.

### IMAGEN 10. ABSORBENTE RECTANGULAR



Fuente: Manual de la Marta.



Se muestra la explicación de la colocación del producto.

Fuente: Lindor.

- Anatómico, con aberturas en la zona inguinal (imagen 11). Talla única. Se fija mediante mallas elásticas, posee excelente adaptación y es discreto. Con barreras laterales para evitar fugas, para incontinencia de moderada a severa, buen nivel cognitivo y movilidad.

**IMAGEN 11. ABSORBENTE ANATÓMICO**

Fuente: Manual de la Marta.



Fuente: Lindor.



Se muestra la explicación de la colocación del producto.

Fuente: Lindor.

- Anatómico con elástico o con cinturón, que se sujeta a través de tiras autoadhesivas (imagen 12) aunque puede llevar 2 o 4 tiras. Buena adaptación al cuerpo, con barreras laterales antifuga y con alas laterales de tejido que permiten la transpiración. Para usuarios dependientes y/o encamados, para personas en silla de ruedas e incluso ambulantes para el uso nocturno.

## IMAGEN 12. ANATÓMICOS CON ELÁSTICOS



Fuente: Manuel de la Marta.



Se muestra la explicación de la colocación del producto.

Fuente: Lindor.

- *Pants*. Se trata de una braga-pañal que se coloca como la ropa interior, con barrera antifuga para pacientes independientes y/o deambulantes (imagen 13). Para elásticos y *pants* existen diferentes tallas que varían según el fabricante, el tipo de absorbente y/o modelo (extrapequeña, pequeña, mediana, grande y extra-grande, para cintura mayor de 150 cm). Como referencia, recomendamos utilizar la talla de pantalón y/o medir la cintura y cadera del paciente.

### IMAGEN 13. PANTS



Se muestra la explicación de la colocación del producto.

Fuente: Lindor.

Básicamente están formados por tres capas:

- **Capa interna o superior:** constituida por (tejido-no tejido), material filtrante (que permite el paso de la orina rápidamente a la capa intermedia del absorbente) e hidrófilo (lo que contribuye a mantener la sensación de sequedad y evitar que la humedad entre en contacto con la piel del paciente).
- **Capa intermedia:** compuesta por pulpa de celulosa, generalmente combinada con un material superabsorbente

que, en contacto con la orina, la absorbe y retiene y la convierte en un gel. Asimismo, el material superabsorbente contribuye a la eliminación de malos olores y se ubica en las zonas donde es más necesario, es decir, en la parte central entre las piernas y posterior del absorbente.

- **Capa exterior:** es la capa externa impermeable que evita la salida de la humedad al exterior. En general, está constituida por materiales plásticos (polietileno) cubiertos con una capa exterior de tejido sin tejer y rematados en los bordes por materiales no plásticos. Debe asegurar la impermeabilidad, impedir el deslizamiento y evitar el ruido. Debe poseer un indicador de humedad o de cambio (unas bandas que cambian de color en contacto con la humedad) para su control exterior.

El producto final no deberá desprender residuos, desintegrarse en capas ni producir separaciones entre ellas. Asimismo, el sistema de sujeción será adecuado al tipo y capacidad de absorción, ya que un volumen excesivo de orina aumenta y disminuye su capacidad de fijación, lo que puede ser incómodo para el paciente y modificar su ajuste al cuerpo.

### **Pautas de uso**

La elección de modelo y pauta del absorbente se basará en el grado de incontinencia y la situación clínica del paciente. Es importante que las barreras antiescape estén totalmente levantadas para evitar fugas laterales; en el caso de los anatómicos, la parte más ancha debe colocarse detrás<sup>31</sup>.

Valorar de manera personalizada, teniendo en cuenta las necesidades individuales de la persona que los va a usar y que estas pueden variar en el tiempo. Habrá que tener en cuenta el nivel de incontinencia, el estado físico (camina, en cama y/o silla de ruedas, etc.), la medicación que toma (diurético, etc.), el tipo de alimentación, etc.

Habitualmente se usan cuatro absorbentes al día, de los cuales uno puede ser tipo noche o supernoche para utilización

en horario nocturno. En aquellos pacientes encamados que lo precisen se contempla el uso de tipo noche durante el día.

El absorbente está bien puesto si el indicador de humedad queda en línea con la columna y se cambiará cuando se haya saturado (cambio de color).

En los elásticos hay que elegir bien la talla y seguir las recomendaciones del fabricante según el número de tiras adhesivas. Como norma general, en los de 4 tiras colocaremos primero las tiras autoadhesivas de la parte inferior, ajustándose bien en las ingles y luego las tiras superiores, para evitar fugas a nivel de la entrepierna. En los de 2 tiras, una vez el absorbente esté centrado con el paciente, se colocará primero la tira de un lado, y posteriormente la del otro lado. Como las tiras son reposicionables, se pueden abrir y cerrar las veces necesarias para conseguir el ajuste correcto.

Los errores más frecuentes en el uso de los absorbentes son:

- Utilizar dos absorbentes superpuestos es una mala praxis que puede provocar graves consecuencias como la luxación de cadera, úlceras y dermatitis, y que, en ningún caso ayudan a evitar las molestias al usuario, por tanto, no debe realizarse dicha práctica.
- Usar tallas más grandes o con mayores absorciones de lo necesario, en lugar de emplear un absorbente acorde al nivel de incontinencia y características del paciente.

Esto, a la larga, solamente producirá complicaciones al paciente y un gasto innecesario.

La formación en todos los entornos, incluyendo el hospitalario, Atención Primaria y centros sociosanitarios, para los profesionales, junto con la información al usuario, puede contribuir a un buen uso de estos productos y a minimizar el uso inadecuado que se hace de ellos en el manejo de la incontinencia.

Los absorbentes son productos sanitarios de venta en farmacias e incluidos la mayoría en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, y, por tanto, financiados por los

servicios de salud de las comunidades autónomas, si bien hay algunos casos, como los absorbentes de goteo o compresas y determinados absorbentes masculinos, que no lo están.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bados A, García-Grau E. La entrevista clínica. Publicación electrónica Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). 2014. [Consultado el 13 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/54766>.
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). A proactive approach to bladder and bowel management in adults. 4th ed. Toronto (ON): RNAO; 2020. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.
3. NICE guideline CG148. Surveillance of urinary incontinence in neurological disease: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019. [Consultado el 12 de febrero de 2021]. Disponible en: Overview | Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management | Guidance | NICE.
4. Sussman RD, Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. *BJU Int.* 2020;125(5):638-55.
5. Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int.* 2016;117(1):20-33.
6. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol.* 2018;73(4):596-609.
7. Bardsley A. An overview of urinary incontinence. *Br J Nurs.* 2016;25(18):S14-S21.
8. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A (eds.). Incontinence 6th ed. ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK. 2017. [Consultado el 10 de febrero de 2021].
9. Martín-Losada L, Parro-Moreno AI, Solís-Muñoz M; Grupo de investigación en cuidados en Incontinencia Urinaria del Hospital Guadarrama. Cuidados basados en terapias conductuales aplicados al paciente con incontinencia urinaria. *Enferm Clin.* 2020;30(5):349-53.
10. Newman DK. Prompted Voiding for Individuals with Urinary Incontinence. *J Gerontol Nurs.* 2019;45(2):14-26.

11. Registered Nurses' Association of Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería: Manejo de la incontinencia urinaria mediante evacuación inducida. Toronto (ON): RNAO; 2011. [Consultado el 12 de febrero de 2021]. Disponible en: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).
12. Esteban-Fuertes M, Fernández-Fernández P, Fuentes A, Gálvez-Ramírez F, López-Sánchez A., Martínez-Mora M, et al. Guía de atención a personas con incontinencia urinaria. Madrid: Asociación Española de Urología (AEU); 2020.
13. Morilla JC, Iglesias J, Izquierdo JM, Martín MJ, Martín MC, Rodríguez C, et al. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. 3aed. Granada: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC); 2007.
14. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. AUE. 2013;37(4):199-213.
15. Pérez Balseiro V. Técnicas de abordaje de la incontinencia urinaria desde enfermería. 1.ª ed. Madrid: Foren 21 Formación; 2010.
16. Chiang MH, Susaeta CR, Valdevenito SR, Rosenfeld VR, Finsterbusch RC. Incontinencia Urinaria. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013;24(2):219-27.
17. Espuña M, Salinas J. Tratado de uroginecología e incontinencia urinaria. Barcelona: Ars Medica; 2004.
18. Virseda M, Esteban M, Adot JM, Méndez S. Manual de texto en Urodinámica Salinas. Madrid: Ed. Asociación Española de Urología; 2020.
19. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin. 2004;122(8):288-92.
20. Lucas MG, Bedretidnova D, Berghmans LC, Bosch JLHR, Burkhard FC, Cruz F, et al. Guidelines in Urinary Incontinence. Eur Urol. 2012;62(6):1130-42.
21. Milla España J. Protocolo de reeducación vesical con incontinencia urinaria. Enduro. 2007;102:14-7.
22. Geanini Yagüez A, Fernández Cuadrado ME. EMG-Biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Rehabilitación. 2014;48(1):17-24.
23. Sanz MJ, Barbosa RT, Guardiola MR, Llorca TS. Tratamiento de la Incontinencia urinaria. Atención Primaria. 2002;30(5):323-32.
24. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico de la incontinencia urinaria. Prog Obstet Ginecol. 2019;62(1):79-91.

25. Milla España FJ. Electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior para el tratamiento de la hiperactividad vesical. *Enduro*. 2007;104:14-8.
26. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections (2009). Updates February 2017. [Consultado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/index.html>.
27. SERGAS. Programa FEMORA. Servizo Galego de Saúde. Disponible en: <https://femora.sergas.gal/Eliminacion/Sondaxe-vesical?idioma=es>.
28. Morilla JC, Vela MC, Ortega G, Domínguez MA. Guía de uso adecuado de Absorbentes de incontinencia. Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. 2011.
29. Farage MA, Esquerra J, Cheng R y col. Beneficios dermatológicos específicos asociados con la transferencia de cantidades de loción a la piel. *J Cosmet Dermatol*. 2018; 17:900.910. <https://doi.org/10.1111/jocd.12442>.
30. Gray M, Kent D, Ermer-Seltun J, McNichol L. Assessment, Selection, Use, and Evaluation of Body-Worn Absorbent Products for Adults With Incontinence: A WOCN Society Consensus Conference. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018 May/Jun;45(3):243-264.
31. Alfaro ER, Palma D, Hevia E, Caraballo M, Ferrez I, Domínguez JC, et al. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2011;21(6):320-6.

# 4 Prevención y tratamiento de la dermatitis asociada a incontinencia. Cuidados de la piel

Sabemos que la incontinencia (urinaria, fecal o mixta) puede dar lugar a numerosas complicaciones. Posiblemente una de las más relevantes sean las lesiones cutáneas, ocasionando importantes repercusiones al comprometer la integridad de la piel, predisponer a infecciones cutáneas e incrementar el riesgo de padecer lesiones por presión (LPP) cuando otros factores de riesgo están presentes<sup>1</sup>.

La incontinencia en sí y el daño de la piel ocasionado tienen un considerable efecto negativo en el bienestar físico y psicológico de las personas afectadas<sup>2</sup>, así como un importante impacto en términos de dolor, sufrimiento, morbilidad, aumento de estancias y costes asociados. Por ello, para los profesionales de la salud de hospitales, residencias y domicilios supone un reto diario el mantener un adecuado cuidado de la piel en estos pacientes<sup>3</sup>.

A estas lesiones cutáneas ocasionadas por la acción de las heces y/u orina provenientes de la incontinencia se les ha denominado dermatitis asociadas a la incontinencia (DAI) y forman parte de un grupo más amplio, denominado lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH), en el cual también se incluyen otras cinco lesiones ocasionadas por la acción de la humedad y sus irritantes asociados: dermatitis intertriginosa, perilesional, periestomal, cutánea asociada al exudado y dermatitis por saliva o mucosidad<sup>4,5</sup>.

## Dermatitis asociada a la incontinencia

La DAI es una forma de dermatitis de contacto irritante que se observa en pacientes con incontinencia fecal y/o urina-

ria<sup>1, 6, 7</sup>. Podríamos definirla como la lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación de la misma, y que puede manifestarse como eritema y/o erosión cutánea (imagen 1), con apariencia de herida superficial, debido a la acción prolongada y repetida (aunque a veces no necesariamente) de la humedad e irritantes procedentes de heces y/u orina<sup>8</sup>.

### IMAGEN 1. DAI EN MUJER ANCIANA CON INCONTINENCIA URINARIA



Fuente: Manuel Rodríguez, Jesús Vallejo.

En la DAI, el daño cutáneo se presenta inicialmente como un eritema difuso persistente, signo de la inflamación cutánea, y, a veces, con presencia de maceración. El eritema puede variar del rosa al rojo en personas de piel clara, mientras que, en pacientes con tono de piel más oscuro, el enrojecimiento puede ser más sutil y la piel puede estar más pálida u oscura, púrpura, roja o amarillenta en comparación con la piel normal<sup>7, 9, 10</sup>. Con la exposición a orina y heces, la respuesta inflamatoria aumenta, produciéndose una hinchazón de la piel, mostrándose esta más caliente y dura que la adyacente, llegando, en los casos más severos, a presentar erosiones y/o denudaciones (imagen 2).

## IMAGEN 2. DAI EN ANCIANO VARÓN CON DOBLE INCONTINENCIA



Fuente: Teresa Segovia.

Los pacientes con DAI pueden experimentar molestias como dolor, discomfort, prurito, ardor u hormigueo en las zonas afectadas<sup>1,9</sup>. El dolor puede estar presente incluso con la epidermis intacta.

### LOCALIZACIÓN

La DAI se localiza no solo en el perineo, sino también en los genitales (labios mayores/escroto), ingles, nalgas o glúteos, debido a la exposición a la orina, y en el pliegue interglúteo y perianal por la exposición a heces (imágenes 1 a 3).

## IMAGEN 3. DAI EN ANCIANA CON INCONTINENCIA URINARIA



Fuente: Carmen Bermeosolo, Maite Jiménez.

Dependiendo de las zonas de la piel expuestas a orina o heces y/o al uso de dispositivos de contención para la incontinencia, la DAI también puede extenderse a la cara interna y posterior de los muslos y a la parte inferior del abdomen<sup>6,9</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA DAI

Es complejo conocer con exactitud la prevalencia e incidencia de la DAI debido a la ausencia de instrumentos validados para evaluar su presencia y evolución, a la dificultad para diferenciarla de otras lesiones o a la falta de estudios epidemiológicos específicos. Paralelamente, la epidemiología de la DAI puede variar ampliamente dependiendo del país, nivel de atención y población de estudio. Por ello, la literatura científica presenta grandes variaciones, con cifras de prevalencia entre el 4,3 y el 42 %, y tasas de incidencia que oscilan desde el 3,4 al 50 %, dependiendo del tipo de institución o centro y de la población estudiada<sup>1,6</sup>.

## FISIOPATOLOGÍA DE LA DAI

### La piel. Breve repaso anatomofisiológico

Sabemos que la piel es un órgano vital en la homeostasis, ya que se encarga de la interrelación e intercambio entre el medio interno y el ambiente externo, actuando como un órgano de barrera, fotoprotección, inmunológico, metabólico, termorregulador, de protección mecánica y química, así como de expresión, percepción y sensibilidad<sup>11</sup>.

Centrándonos en la función de barrera de la piel, actúa como tal en dos sentidos: evitando la pérdida de agua, electrolitos y otros constituyentes corporales, y bloqueando la penetración de moléculas indeseables o nocivas desde el medio ambiente<sup>11</sup>.

Esta función barrera reside en el estrato córneo (EC), que constituye la parte más externa de la epidermis y está con-

siderado como la capa protectora natural de la piel frente a factores exógenos. El EC se ha comparado con una pared de ladrillos y cemento, modelo “ladrillo-argamasa” (*brick-mortar*)<sup>12</sup>. Los “ladrillos” son los corneocitos o queratinocitos (células protectoras de la piel en forma de complejo de proteínas insolubles que consisten principalmente en una matriz macrofibrilar de queratina altamente organizada), mientras que el “cemento” son los lípidos (una capa continua que rodea y protege a los corneocitos formando una matriz lipídica, compuesta principalmente de ceramidas, ácidos grasos y colesterol). Los lípidos constituyen el elemento esencial de la barrera frente al agua, y los corneocitos protegen contra la abrasión continua por daños químicos o físicos. Estos queratinocitos están unidos entre sí por medio de proteínas llamadas corneodesmosomas, y dentro de cada corneocito se encuentran los factores humectantes naturales (FHN), que son sustancias hidrosolubles e higroscópicas que mantienen el balance de agua dentro del EC<sup>13</sup>.

## ETIOLOGÍA DE LA DAI

La etiología de la DAI es compleja y multifactorial debido a los distintos agentes y procesos fisiopatológicos que interaccionan y tienen lugar simultáneamente. Varios estudios confirman que los pacientes con incontinencia fecal y/o doble incontinencia tienen un mayor riesgo de desarrollar DAI que los pacientes con incontinencia urinaria<sup>14, 15</sup>.

De forma general, la humedad excesiva y la presencia de irritantes provenientes de las heces y/u orina en contacto con la piel provocan la inflamación y maceración de la misma, generan irritación química y física e incrementan el pH de la superficie de la piel y su permeabilidad, comprometiendo la función de barrera cutánea. Esto hace la piel más sensible y permeable a determinados agentes externos irritantes y patógenos y más susceptible a padecer otras lesiones añadidas<sup>8</sup>.

Investigaciones clínicas realizadas en los distintos entornos de atención han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo de la DAI. En estudios realizados en residencias de mayores, destacan la incontinencia fecal, la doble incontinencia, el deterioro cognitivo, la movilidad disminuida, el uso de restricciones físicas, el riesgo de caídas, los déficits funcionales en actividades de la vida diaria, los problemas de oxigenación y perfusión, la fiebre, el soporte nutricional, la presencia de comorbilidades, la fricción y cizalla, la ausencia de intervenciones preventivas, la presencia de úlceras por presión (UPP), la DAI de categoría 1, el índice de masa corporal (IMC) aumentado y el sexo femenino<sup>14, 16-18</sup>.

En el paciente anciano, la presencia de incontinencia puede ocasionar importantes problemas cutáneos, ya que la piel se vuelve vulnerable debido a la humedad y/o a la irritación química que la orina y/o las heces provocan, por lo que la barrera protectora de la piel se ve alterada, haciéndose más frágil y aumentando la probabilidad de que se rompa. Esto es debido al proceso inflamatorio (dermatitis) que tiende a cronificarse, a la alcalinización cutánea ocasionada por orina y/o heces, a los mayores niveles de actividad bacteriana y enzimática, a la alteración de la capa dermolipídica y a la acción de las fuerzas externas<sup>15</sup>.

## Escalas para la valoración de las DAI

El uso de un instrumento válido y fiable para la detección de pacientes en riesgo y la evaluación y monitorización de la evolución de la DAI es importante tanto para la práctica clínica como para la investigación. Hasta la fecha se han desarrollado diversos instrumentos o escalas relacionados con la DAI, tanto para valorar el riesgo<sup>19</sup>, para describir la severidad de las lesiones<sup>20-23</sup> o para favorecer su clasificación y tratamiento<sup>5, 24</sup>, si bien no todos han sido sometidos a los procesos adecuados de validación ni se hallan traducidos al español<sup>25</sup> (tabla 1).

**TABLA 1. INSTRUMENTOS Y ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA DAI**

<b>RIESGO DE DAI</b>	
<i>Perineal Assessment Tool</i> (PAT)	Nix, 2002
<i>Perineal Assessment Tool</i> (e-PAT)	Alexandre, 2017
<b>SEVERIDAD DE LA DAI</b>	
<i>Perineal Dermatitis Grading Scale</i>	Brown & Sears, 1993
<i>IAD Skin Condition Assessment Tool</i>	Kennedy & Lutz, 1996
Escala Visual del Eritema (EVE)	Fader, 2003
IAD-IT	Junkin & Selekof, 2008
<i>IAD and Its Severity Instrument</i> (IADS)	Borchert, 2010
<b>CLASIFICACIÓN DE LA DAI</b>	
Instrumento de categorización de LESCAH	GNEAUPP, 2014
<i>Ghent Global IAD Categorisation Tool</i> (GLOBIAD)	Beeckman et al., 2017

Fuente: GNEAUPP.

Por ello se recomienda que se combinen de manera regular, con valoraciones descriptivas de las zonas anatómicas de riesgo, a la hora de realizar una evaluación individualizada<sup>1</sup>.

En nuestro país existe un instrumento elaborado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) para la categorización de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) (tabla 2), que, si bien no dispone de estudios de validez y adaptabilidad, presenta como novedad la posibilidad de ser aplicado a las DAI<sup>5</sup>; además, recientemente se ha realizado la adaptación cultural y validación de la *Perineal Assessment Tool* (PAT) para valorar el riesgo de desarrollar DAI<sup>26</sup>.

## TABLA 2. INSTRUMENTO DE CATEGORIZACIÓN DE LAS LESCAH

### CATEGORÍA I. Eritema sin pérdida de la integridad cutánea

Piel íntegra, con enrojecimiento, que puede ser no blanqueable, de un área localizada, generalmente sometida a humedad. En función del eritema puede clasificarse como:

#### 1A. Leve-moderado: piel rosada



#### 1B. Intenso: piel rosa oscuro o rojo



### CATEGORÍA II. Eritema con pérdida de la integridad cutánea

Pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una lesión abierta poco profunda, con un lecho de la herida rojo-rosado. Los bordes de la piel perilesional suelen estar macerados, presentando un color blanco amarillento.

En lesiones extensas compuestas por multitud de lesiones satélites puede entremezclarse ese color rojo-rosado con el blanco-amarillento. A su vez, y en función del grado de erosión o denudación, puede clasificarse como:

#### 2A. Leve-moderado: erosión menor del 50 % del total del eritema



#### 2B. Intenso: erosión del 50 % o más del tamaño del eritema



## Prevención y tratamiento de la DAI. Programa de cuidados de la piel

Tanto la prevención como el tratamiento de la DAI se fundamentan en dos principios del cuidado: evitar y/o minimizar el contacto de la orina o heces con la piel a través de un correcto abordaje de la incontinencia y proteger la piel del efecto nocivo de heces y/u orina ayudando a restaurar su función de barrera por medio de la implementación de un programa estructurado de cuidados de la piel<sup>7, 9, 10, 25</sup>.

Aunque la cantidad de estudios sobre prevención y tratamiento de la DAI va en aumento, la evidencia actual aún es limitada. Por ello, las directrices para el cuidado de pacientes con DAI o en riesgo se basan en las mejores prácticas disponibles y en las recomendaciones de expertos.

### PROGRAMA ESTRUCTURADO PARA EL CUIDADO DE LA PIEL

Es necesario adoptar un enfoque holístico e integrado, centrado en las estrategias de prevención y mantenimiento de la integridad de la piel, que permitan obtener unos resultados beneficiosos generales favoreciendo una atención eficaz en la práctica.

Diversos estudios apoyan la importancia de un régimen estructurado de cuidados de la piel bien establecido y aplicado consistentemente para prevenir y tratar la DAI, centrado en la limpieza y protección de la piel, junto con la hidratación o restauración cuando sea preciso<sup>6, 7, 9, 10, 25, 27-30</sup>.

La utilización de un programa estructurado tiene el potencial de maximizar la eficiencia del tiempo y de fomentar la adhesión del personal a ese régimen de cuidados de la piel, así como de reducir costes y mejorar los resultados<sup>9, 31-33</sup>.

Partiendo de una evaluación del riesgo y valoración clínica periódica e individualizada, dicho programa o enfoque debe basarse en tres principios básicos:

## Limpieza suave de la piel

Es importante usar una técnica de limpieza suave y cuidadosa en pacientes con DAI o en riesgo, evitando la fricción y el frotado vigoroso, y utilizando productos con un pH similar al de la piel normal. Se aconseja limpiar diariamente y después de cada episodio de incontinencia fecal con dichos productos. Agua tibia solamente en caso necesario. Se deben evitar los lavados frecuentes y/o agresivos que ocasionen la irritación y sequedad de la piel al influir en su pH y en la microbiota.

Como alternativa al agua y jabón tradicional, existen productos limpiadores para pacientes con incontinencia que contienen detergentes y surfactantes que eliminan la suciedad y las sustancias irritantes de la piel y no afectan de manera negativa al pH cutáneo, añadiendo en ocasiones humectantes y emolientes que preservan los lípidos de la superficie cutánea. Los estudios que contrastan los limpiadores de la piel con el agua y jabón proporcionan indicios de que los primeros tienen un uso terapéutico y unos beneficios económicos mayores, especialmente cuando se combinan con un emoliente<sup>34</sup>. Se presentan en forma de soluciones limpiadoras, espumas, toallitas o manoplas, no requiriendo enjuague ni aclarado, por lo que se evita el uso de toallas para secar la piel. En las situaciones que, tras la limpieza, sea necesario secar la piel, se recomienda hacerlo suavemente evitando fricciones.

## Protección de la piel

El objetivo principal de un protector cutáneo o productos barrera es evitar el deterioro de la piel, proporcionando una barrera impermeable o semipermeable e impidiendo así la penetración del agua y los irritantes biológicos que se encuentran en las heces y la orina.

Han de realizarse intervenciones para proteger la piel y prevenir la DAI, incluyendo el uso de productos de protección cutánea, para crear una capa protectora en la superficie de la piel que simultáneamente mantenga los niveles de hidra-

tación adecuados mientras bloquea la humedad y los irritantes externos.

Los protectores cutáneos están disponibles como cremas, *sprays*, hisopos o toallitas. Las cremas pueden ser aplicadas en piel seca, intacta, mientras que los *sprays*, toallitas o aplicadores pueden ser aplicados sobre piel desnuda y/o intacta.

Los protectores de la piel o productos barrera pueden ser clasificados como películas protectoras, que utilizan polímeros de acrilatos y cianoacrilatos, creando una barrera transparente que repele la humedad, o como cremas barrera (pomadas o ungüentos), que hidratan y protegen la piel bloqueando la humedad.

Los acrilatos líquidos son películas barrera de copolímeros acrílicos, también llamadas películas de barrera no irritantes (PBNI), que se adhieren a la capa córnea y se desprenden a las 72 horas, están exentos de alcoholes y sustancias irritantes y citotóxicas, protegiendo contra heces, orina, exudado y la acción agresiva de los adhesivos.

Las cremas barrera tienen una base de agua y pueden contener dimeticona, petrolato u óxido de zinc en distintas proporciones. Deben aplicarse en una fina capa y eliminarlas después de cada episodio de incontinencia para evitar la acumulación de crema y restos orgánicos. Los ungüentos tienen una base de aceite y ejercen un efecto oclusivo sobre la piel<sup>35</sup>, ofreciendo más protección que las cremas<sup>6</sup>.

Las PBNI pueden aplicarse sobre la piel rota o irritada y secan rápidamente. Los productos barrera deben ser aplicados de acuerdo a las instrucciones del fabricante y pueden proporcionar hasta 72 horas de protección; en los casos de incontinencia severa, se pueden volver a aplicar cada 24 horas. Antes de colocar absorbentes o ropa, las películas o cremas barrera han de dejarse secar por completo (entre 30-60 segundos), teniendo en cuenta que, independientemente del producto barrera utilizado, es esencial que no obstruya o reduzca la absorbencia de los dispositivos de continencia.

La formulación de los productos de barrera disponibles varía ampliamente en cuanto a composición y concentraciones y, por tanto, la elección del producto dependerá del estado de la piel, entre otros aspectos. Se recomienda aplicar el protector cutáneo con una frecuencia acorde a su capacidad para proteger la piel y según las instrucciones del fabricante, comprobar que dicho producto es compatible con otros productos utilizados e intentar la aplicación del protector en toda la piel que esté en contacto o potencialmente pueda estarlo con la orina y/o heces.

### Hidratación

Como intervención adicional y cuando es necesaria, la hidratación o restauración es clave para reparar o mejorar la barrera de la piel, manteniendo y aumentando su contenido en agua, reduciendo su pérdida transepidérmica y restaurando la capacidad de la barrera de lípidos de atraer, retener y redistribuir el agua. A efectos prácticos, podemos clasificar las sustancias hidratantes en:

- **Emolientes:** suavizan la piel y complementan su contenido en lípidos (por ejemplo: lanolina, vaselina, dimeticona, ácidos grasos...).
- **Humectantes:** sustancias que atraen el agua a la piel (por ejemplo: glicerina, urea, propilenglicol...).
- **Oclusivas:** crean una barrera que protege la piel de la exposición a irritantes y evitan que se pierdan fluidos a través del estrato córneo (por ejemplo: parafina líquida, cera de abeja, aceites vegetales...).

En pacientes con piel hiperhidratada o macerada, como puede ser en los estadios iniciales de la DAI, se recomienda el uso de sustancias emolientes (preferiblemente no oclusivas). Los productos emolientes se presentan en forma de pomada, loción o sustancias oleosas, debiendo aplicarse posteriormente al baño del paciente y después de cada cambio de absorbente. Es recomendable limitar la cantidad de hidratante en los pliegues de la piel para evitar su ablandamiento y maceración. En el caso de piel seca o áspera, es

esencial el uso rutinario de emolientes y humectantes para reemplazar los lípidos intercelulares y mejorar el contenido de humedad del EC.

En la figura 1 se esquematizan las claves para el abordaje de estas lesiones en el marco de un programa estructurado de cuidados de la piel.

**FIGURA 1. PROGRAMA ESTRUCTURADO DE CUIDADOS DE LA PIEL EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DAI**



Fuente: Teresa Segovia Gómez. Adaptada de referencia 8.

## INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO

Las intervenciones específicas, tales como la aplicación de productos fungicidas, productos antiinflamatorios tópicos a base de esteroides o antibióticos tópicos, no deberían utilizarse para el tratamiento rutinario de la DAI. Los productos antimicóticos (antibióticos polienos, azoles y alilaminas) solo deben utilizarse si existe una erupción fúngica, teniendo en cuenta que empiezan a estar disponibles algunos protectores de piel (productos barrera), en crema o pomada, con agentes antifúngicos, que pueden ser aplicados en un solo paso<sup>36</sup>.

De tratarse de infección por otros microorganismos, deberán seguirse las indicaciones oportunas en razón al antibiograma y otros métodos diagnósticos, teniendo en cuenta que aquellos pacientes que no responden al tratamiento aplicado durante 2 semanas deberían ser derivados para evaluación complementaria por el especialista correspondiente.

Reseñar que, aunque el uso de apósitos para el tratamiento de pacientes con DAI ha sido desestimado de forma habitual por diversos motivos, recientemente algunos clínicos e investigadores sopesan el uso de determinados apósitos, constituyendo una opción terapéutica a considerar.

## Resumen de cuidados de la DAI

La DAI se presenta como un proceso inflamatorio causado por el daño ocasionado a la piel debido al contacto prolongado con las heces y/u orina. Sus manifestaciones clínicas son diversas y tanto en su presentación como en su intensidad intervienen diversos factores. La aparición de DAI es una condición prevalente y clínicamente relevante, con importantes repercusiones sobre el estado de salud y la calidad de vida del paciente, que requiere de una valoración y diagnóstico preciso, así como de una prevención y tratamiento eficaz por parte de los profesionales del cuidado. Tanto la prevención como el tratamiento de estas lesiones pasa por la implementación de un programa estructurado de cuidados de la piel, cuyos elementos esenciales incluyen la limpieza suave con un limpiador de pH similar al de la piel normal, el uso de un producto barrera adecuado y la aplicación, cuando sea necesario, de una crema hidratante con un predominio de emolientes.

El mantener las condiciones óptimas de la piel a través de una correcta higiene y cuidado, abordar la incontinencia de forma individualizada y realizar un diagnóstico y tratamiento precoz en sus formas iniciales pueden ayudarnos a evitar la progresión a lesiones y problemas más complejos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(1):45-54; quiz 5-6.
2. Sibbald RG, Campbell K, Coutts P, Queen D. Intact skin--an integrity not to be lost. *Ostomy Wound Manage.* 2003;49(6):27-8, 30, 3 passim, contd.
3. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs.* 2009;65(6):1141-54.
4. Torra i Bou J, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda J, García Fernández F, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J, et al. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad: Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *Gerokomos.* 2013;24(2):90-4.
5. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, eds. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. GNEAUPP. 2014.
6. Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, et al. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(4):359-70; quiz 71-2.
7. Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, et al. Incontinence-Associated Dermatitis: A Comprehensive Review and Update. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012;39(1):61-74.
8. Rodríguez Palma M, Verdu-Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, García-Fernández FP. Dermatitis asociada a la incontinencia. Estado actual del conocimiento. *Rev Enferm.* 2018;41(11-12):768-76.
9. Beeckman D, Campbell JL, Campbell K, Chimentao D, Coyer FM, Domansky R, et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International.* 2015.
10. Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs Aging.* 2018;35(1):1-10.

11. Franz TJ, Lehman PA. The skin as a barrier: structure and function. In: Kydonieus AF, Wille JJ, eds. *Biochemical modulation of skin reactions Transdermals, topicals, cosmetics*. Boca Raton: CRC Press; 2000;15-33.
12. Elias PM. Epidermal lipids, barrier function, and desquamation. *J Invest Dermatol*. 1983;80 Suppl:44s-49s.
13. Harding CR. The stratum corneum: structure and function in health and disease. *Dermatol Ther*. 2004;17 Suppl 1:6-15.
14. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Thayer D, Smith G. Incontinence-associated skin damage in nursing home residents: a secondary analysis of a prospective, multicenter study. *Ostomy Wound Manage*. 2006;52(12):46-55.
15. Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: a secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(10):1373-80.
16. Bliss DZ, Mathiason MA, Gurchich O, Savik K, Eberly LE, Fisher J, et al. Incidence and Predictors of Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents with New-Onset Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017;44(2):165-71.
17. Boronat-Garrido X, Kottner J, Schmitz G, Lahmann N. Incontinence-Associated Dermatitis in Nursing Homes: Prevalence, Severity, and Risk Factors in Residents with Urinary and/or Fecal Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43(6):630-5.
18. Van Damme N, Van den Bussche K, De Meyer D, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. Independent risk factors for the development of skin erosion due to incontinence (incontinence-associated dermatitis category 2) in nursing home residents: results from a multivariate binary regression analysis. *Int Wound J*. 2017;14(5):801-10.
19. Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manage*. 2002;48(2):43-6, 8-9.
20. Fader M, Clarke-O'Neill S, Cook D, Dean G, Brooks R, Cottenden A, et al. Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *J Clin Nurs*. 2003;12(3):374-86.
21. Brown DS. Perineal dermatitis: can we measure it? *Ostomy Wound Manage*. 1993;39(7):28-30, 1.
22. Borchert K, Bliss DZ, Savik K, Radosevich DM. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(5):527-35.

23. Bliss DZ, Hurlow J, Cefalu J, Mahlum L, Borchert K, Savik K. Refinement of an instrument for assessing incontinent-associated dermatitis and its severity for use with darker-toned skin. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014;41(4):365-70.
24. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P, Arnold Long MC, Beele H, Ciprandi G, et al. Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 countries. *Br J Dermatol.* 2018;178(6):1331-40.
25. Rodríguez Palma M. Revisión sistemática sobre los factores relacionados con la dermatitis asociada a la incontinencia. Propuesta de un nuevo modelo teórico [Systematic review of related factors with incontinence-associated dermatitis. Proposal for a new theoretical model]. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
26. Alexandre S. Adaptación cultural y validación al español de la escala Perineal Assessment Tool [Cultural adaptation and validation to spanish of the Perineal Assessment Tool scale]. Lleida: Universitat de Lleida; 2017.
27. Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(4):CD007408.
28. Ersser SJ, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(7):823-35.
29. Doughty D, Junkin J, Kurz P, Selekof J, Gray M, Fader M, et al. Incontinence-Associated Dermatitis Consensus Statements, Evidence-Based Guidelines for Prevention and Treatment, and Current Challenges. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012;39(3):303-15.
30. Gray M. Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11(3):201-10.
31. Palese A, Carniel G. The effects of a multi-intervention incontinence care program on clinical, economic, and environmental outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(2):177-83.
32. Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability.* 2004;14(2):44-50.
33. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(2):143-52; discussion 52.

34. Beeckman D, Verhaeghe S, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K. A 3-in-1 Perineal Care Washcloth Impregnated with Dimethicone 3% Versus Water and pH Neutral Soap to Prevent and Treat Incontinence-Associated Dermatitis: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(6):627-34.
35. Nix D. Prevention and treatment of perineal skin breakdown due to incontinence. *Ostomy Wound Manage.* 2006;52(4):26-8.
36. Evans EC, Gray M. What interventions are effective for the prevention and treatment of cutaneous candidiasis? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2003;30(1):11-6.

## 5 Retos y soluciones respecto a este problema de salud

---

La incontinencia urinaria (IU) es una patología que afecta a millones de personas en el mundo. Se trata de una patología multifactorial e infraconsultada, debido a que el estigma asociado a la incontinencia lleva a que los pacientes eviten hablar de ello, por lo que no pueden ser ni valorados ni controlados adecuadamente, y esto les deriva a un aislamiento social, a dificultades laborales, a problemas biopsicosociales, así como a un empeoramiento de la calidad de vida.

Además, la incontinencia se percibe como un problema de salud que no reviste gravedad, al no comprometer la vida del paciente, y, en ocasiones, se ve como una consecuencia normal del envejecimiento. Sin embargo, la realidad es que afecta gravemente a la calidad de vida de los pacientes, limitando su autonomía y reduciendo su autoestima.

Por otro lado, la IU no es una sola enfermedad, sino que es un síntoma, detrás del cual existen múltiples mecanismos fisiopatológicos, que a su vez pueden estar causados por un número diverso de enfermedades. Por ello, al hacer el diagnóstico, no basta con saber que el paciente pierde orina involuntariamente, sino que debemos también saber el tipo de incontinencia que padece y cuál es la enfermedad que lo origina, ya que solo así podremos establecer una correcta orientación terapéutica, la cual, a su vez, puede ser múltiple y que incluye una gran variedad de opciones, desde las terapias rehabilitadoras y conductuales hasta la cirugía reconstructiva. Es así que, por ejemplo, la electroestimulación y el *biofeedback* serán buenas alternativas para la IU de esfuerzo; la farmacología, el *biofeedback* y/o neuromodulación tibial posterior (NETP) pueden ser buenas opciones para la vejiga hiperactiva. Sin embargo, para la IU mixta, con más de un mecanismo fisiopatológico involucrado, la terapia requerida puede ser mixta.

De este modo, es fundamental entender que la elección de la terapia, y particularmente los resultados de esta, dependen en gran medida de la precisión con la que se realice el diagnóstico y de lo bien entendido que sea la fisiopatología de base que explica el cuadro clínico de cada paciente.

Una buena parte de los fracasos terapéuticos se debe a una simplificación diagnóstica que lleva a indicar tratamientos inadecuados.

Por todo ello es importante que el personal de asistencia primaria, sobre todo las enfermeras, sean capaces de identificar estos problemas de IU y orientarse adecuadamente para su diagnóstico y tratamiento. Así mismo, será este el personal que realice estos tratamientos y controle la evolución de los mismos, realizando la educación sanitaria en los materiales más adecuados, minimizando las complicaciones de estas incontinencias y, si es necesario, realizando el adiestramiento en pacientes que requieran sondaje vesical intermitente (SVI).

La comunicación con el paciente tiene que ser adecuada, para aumentar la adherencia al tratamiento y que las expectativas del paciente sean reales, que puede ser que no mejore un 100 %, pero sí mejorar un porcentaje adecuado para aumentar su calidad de vida.

- Habría que fomentar la creación de unidades de suelo pélvico multidisciplinarias que estén bien formadas en este tipo de patología, y sería interesante que estén especializadas en teleasistencia o e-salud y nuevas tecnologías, para mantener un contacto directo con los pacientes, siguiendo su evolución y, a su vez, la adherencia al tratamiento.
- Realizar campañas de sensibilización a nivel de Atención Primaria para detectar estas incontinencias infradiagnosticadas, resaltando que la incontinencia no es normal y que se puede tratar.

- Promover el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) en mujeres embarazadas, previamente al parto y en posparto.
- Fomentar el EMSP previa y posteriormente a la cirugía de prostatectomía radical.
- Favorecer la investigación en cuidados y medicamentos para la IU con menos efectos secundarios y que faciliten la adherencia a los mismos, así como la investigación en resultados en salud y calidad de vida de los pacientes y familiares.
- Convencer a las administraciones del alto gasto que supone el tratamiento de la IU: sería mejor la prevención y el tratamiento adecuados. También hay que tener en cuenta el absentismo laboral, los problemas psicológicos y el aislamiento social de las personas que lo padecen.



# 6 Glosario

- **Biofeedback:** es una técnica que permite a una persona aprender a modificar la actividad fisiológica con la finalidad de mejorar la salud y la actividad de la misma por medio del empleo de instrumentos de gran precisión, a través de los cuales se logra medir distintas respuestas o actividades fisiológicas.
- **Cistostomía suprapúbica:** derivación urinaria mediante la colocación de un catéter en la vejiga a través de la pared abdominal para drenar la orina al exterior a una bolsa recolectora de orina.
- **Cuestionario ICIQ-SF:** cuestionario que identifica a las personas con incontinencia urinaria y el impacto en su calidad de vida.
- **Diario miccional:** documento de autoimplantación por parte del paciente en el que se reflejan, de manera organizada y sistematizada, todos los datos relacionados con el patrón miccional.
- **Enuresis:** incontinencia urinaria mientras se duerme, aparentemente involuntaria y persistiendo una vez alcanzada la edad de maduración fisiológica.
- **Estudio urodinámico:** conjunto de pruebas diagnósticas que se realizan para estudiar el funcionamiento de las vías urinarias.
- **Flujometría + electromiografía (EMG):** prueba urodinámica que consiste en la representación gráfica de la micción, permitiendo obtener un registro de la cantidad de orina evacuada por unidad de tiempo (ml/s) más el registro electromiográfico del esfínter periuretral.
- **Incontinencia de esfuerzo:** pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca aumento de la presión abdominal (tosar, reír, correr...).

- **Incontinencia de urgencia:** pérdida involuntaria de orina precedida por la percepción del paciente de un deseo miccional súbito, intenso y difícil de controlar.
- **Incontinencia mixta:** pérdida de orina relacionada con urgencia miccional y esfuerzo físico.
- **Neuroestimulación:** electroestimulación del nervio tibial posterior a baja frecuencia e intensidad que produce una inhibición de las contracciones del detrusor.
- **Reeducación del suelo pélvico:** técnica cuyo objetivo es recuperar la función de los músculos específicos del suelo pélvico mediante la realización de contracciones selectivas, repetitivas y voluntarias.
- **Residuo posmiccional:** orina residual que queda en la vejiga después de orinar.
- **Sondaje vesical intermitente:** inserción de un catéter vesical en la vejiga a través de la uretra para el vaciamiento puntual o periódico.
- **Sondaje vesical permanente:** inserción de sonda en la vejiga a través de la uretra para la evacuación continua de la orina, que queda fijada mediante el inflado de un balón que porta la sonda en su extremo proximal.
- **Test de esfuerzo:** prueba urodinámica que valora si existe pérdida de orina con el incremento de la presión abdominal.

## Glosario de abreviaturas

- **EMG:** electromiografía.
- **EMSP:** entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico.
- **ICIQ-SF:** cuestionario de consulta internacional sobre incontinencia. Versión abreviada de sus siglas en inglés: *International Consultation on Incontinence Questionnaire*.
- **IU:** incontinencia urinaria.
- **NETP:** neuromodulación del nervio tibial posterior.
- **SVI:** sondaje vesical intermitente.
- **SVP:** sondaje vesical permanente.

# 7 Anexo 1: ejercicios de Kegel\*

81

## • Respiraciones

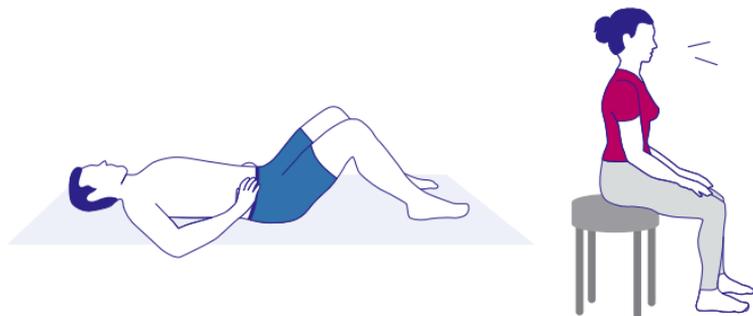
**POSICIÓN DE INICIO:** tumbados sobre la espalda y flexionando las rodillas. Poner las manos reposando a ambos lados del abdomen.

**EJERCICIO:** comience activando los músculos que rodean el recto, apretándolos como si estuviera reteniendo los gases intestinales. Contraer ligeramente el abdomen inferior hacia la columna vertebral y tense los músculos que rodean la uretra como si quisieras detener el flujo de orina. Mantenga los glúteos presionados contra la colchoneta. Aumente gradualmente el tiempo que mantiene esta presión, de 3 a 5 y luego a 7 segundos. Lentamente, relaje todos los músculos mientras espira. Al final de cada respiración, relaje durante el doble del tiempo que hayas mantenido la posición activa.

### En el caso de las mujeres:

**POSICIÓN DE INICIO:** siéntese recta en una silla o taburete.

**EJERCICIO:** poner el peso hacia delante encima de la vagina. Exhalar lentamente y tensar los músculos del suelo pélvico. Empiece a contar hasta llegar a 10 o 15.

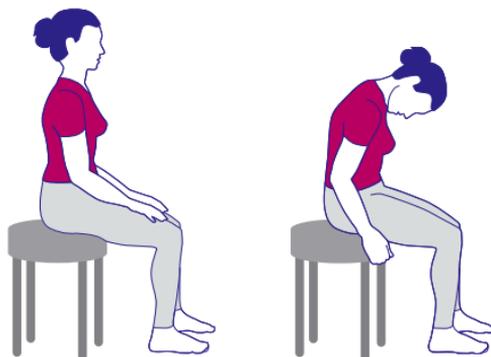


\* Contenido e imágenes cedidas por Lindor.

## • Ejercicio con la silla

**POSICIÓN DE INICIO:** siéntese cómoda en una postura relajada.

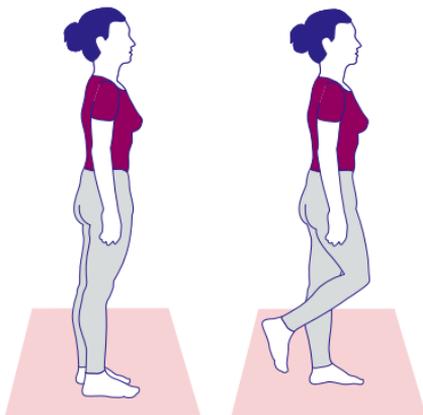
**EJERCICIO:** inclínese ligeramente hacia delante mientras empuja el suelo pélvico hacia delante. Exhale lentamente y apriete fuerte el suelo pélvico. Mantenga esta tensión todo lo que pueda contando hasta 10. Inspire y libere la tensión.



## • Andar en el sitio

**POSICIÓN DE INICIO:** póngase de pie con las piernas separadas la anchura de las caderas y los pies con firme contacto con el suelo.

**EJERCICIO:** flexione ligeramente las rodillas e incline la pelvis ligeramente manteniendo la parte superior del cuerpo erguida. Apriete el suelo pélvico y el estómago mientras exhala lentamente. La parte baja del abdomen se contrae y el suelo pélvico se cierra. Ahora mantenga el suelo pélvico tenso y camine en el sitio. Siga moviéndose, manteniendo el suelo pélvico cerrado.



## • El puente

**POSICIÓN DE INICIO:** tumbese sobre tu espalda y flexione las rodillas. Ponga los brazos relajados a lo largo del cuerpo, con las palmas de las manos hacia abajo.

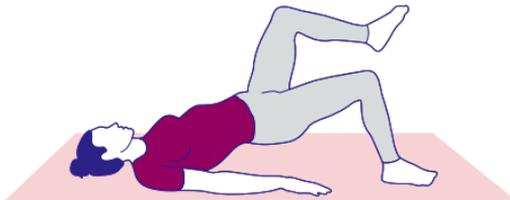
**EJERCICIO:** al igual que en el ejercicio 1, contraiga los músculos que rodean el recto y la uretra, meta la parte baja del vientre hacia dentro, en dirección a la columna, y apriete los músculos de la región abdominal inferior. Eleve la pelvis separándola ligeramente del suelo y mantenga esta posición durante 3, 5 y luego 7 segundos. Cada vez, baje lentamente la pelvis a la colchoneta y relaje los músculos que haya tensado. Al final de cada repetición, relájese durante el doble del tiempo que haya mantenido la posición activa.



## • El puente con una pierna

**POSICIÓN DE INICIO:** mantenga la misma posición que en el ejercicio anterior con la misma tensión en los músculos del suelo pélvico y levantando la espalda.

**EJERCICIO:** levante un pie del suelo y vaya alternando con el otro pie. Asegúrese de que la pelvis se mantiene en una posición horizontal.



## • Decúbito prono

**POSICIÓN DE INICIO:** tumbese boca abajo en la colchoneta, ponga las manos debajo de la frente con las palmas hacia abajo. Mantenga las piernas estiradas y ligeramente separadas.

**EJERCICIO:** mientras espira, estire la columna vertebral y tense los músculos que rodean el recto y uretra. Meta ligeramente la parte baja del abdomen hacia dentro, en dirección a la columna, y apriete los músculos de la región abdominal inferior. Empuje suavemente los tobillos y las caderas contra la colchoneta. Mantenga esta posición durante 3, 5 y 7 segundos; después relaje lentamente los músculos hasta la posición de inicio. Al final de cada repetición, relájese durante el doble del tiempo que haya mantenido la posición activa.



## • Diamante (mujeres)

**POSICIÓN DE INICIO:** manténgase tumbada pero ahora girada hacia un lado con los pies uno encima del otro y las piernas ligeramente flexionadas.



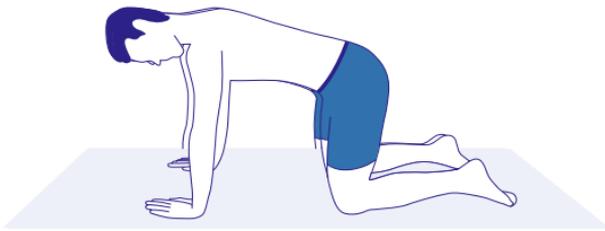
**EJERCICIO:** apoye el brazo inferior debajo de la cabeza, la mano superior se coloca delante del esternón. La pelvis

estará ligeramente inclinada hacia delante. Al exhalar, presione firmemente los talones y levante la rodilla superior para formar un diamante; el suelo pélvico se cierra. Alarge la espalda levantando el esternón, manteniendo el cuello largo. Cierre las rodillas al inhalar.

### ● Postura del gato

**POSICIÓN DE INICIO:** póngase a gatas, apoyado sobre las rodillas y las palmas de las manos. Las manos quedan separadas a la anchura de los hombros y las rodillas a la anchura de las caderas. Mantenga los brazos rectos y la cabeza alineada con el cuerpo.

**EJERCICIO:** al inspirar, arquee la espalda hacia el techo mientras aprieta los músculos que rodean el recto y la uretra. Meta ligeramente la parte baja del vientre hacia dentro, en dirección a la columna, y apriete los músculos de la región abdominal inferior. Mantenga esta presión durante 3, 5, 7 y luego 10 segundos. Al espirar, relaje todos los músculos y recupere gradualmente la posición de inicio de la espalda. No eche la cabeza hacia atrás. Al final de cada repetición, relájese durante el doble del tiempo que haya mantenido la posición activa.



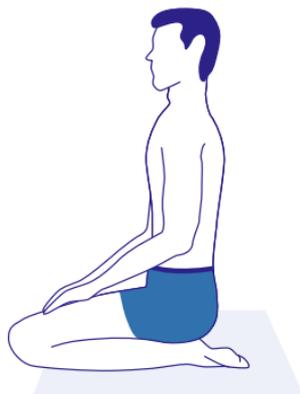
### ● Sentado sobre los talones

**POSICIÓN DE INICIO:** siéntese sobre los talones, con las manos descansando sobre los muslos con las palmas hacia abajo.

**EJERCICIO:** apriete los músculos que rodean el recto y la uretra. Meta ligeramente la parte baja del vientre hacia

dentro, en dirección a la columna, y contraiga los músculos de la región abdominal inferior. Empuje los tobillos contra la colchoneta y empuje suavemente las caderas y la pelvis hacia delante.

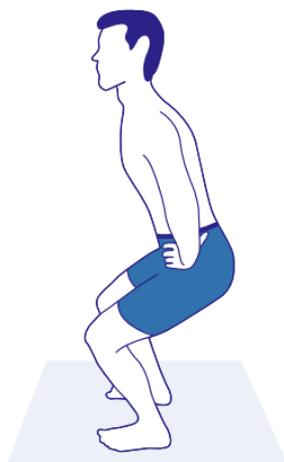
Mantenga esta posición activa durante 3, 5 y luego 7 segundos; relaje lentamente los músculos al terminar cada repetición. Al final de cada repetición, relájese durante el doble del tiempo que haya mantenido la posición activa.



### ● Media sentadilla

**POSICIÓN DE INICIO:** separe las piernas la anchura de las caderas y doble las rodillas ligeramente. Apoye las manos en las caderas, con los codos apuntando hacia afuera, o descansando sobre los muslos, por encima de las rodillas.

**EJERCICIO:** apriete los músculos que rodean el recto y la uretra. Meta ligeramente la parte baja del vientre hacia dentro, en dirección a la columna, y tense los músculos de la región abdominal inferior. Al inspirar, empuje ligeramente las caderas y la pelvis hacia delante. Mantenga esta posición activa durante 3, 5, 7 y 10 segundos. Al espirar, relaje los músculos y lleve las caderas y la pelvis a la posición de inicio. Al final de cada repetición, relájese durante el doble del tiempo que haya mantenido la posición activa.









Patrocinado por:



Material exclusivo profesionales sanitarios

844534 (0921)