

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

- Definición
- Etiología
- Clasificación
- Diagnóstico
- Manejo
- Consecuencias y complicaciones
- Medidas paliativas
- Prevención

INCONTINENCIA FECAL

- Definición
- Etiología
- Valoración
- Manejo
- Medidas paliativas
- Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

- Absorbentes de incontinencia
- Sondas vesicales
- Bolsas de recogida de orina
- Colectores urinarios
- Dispositivos oclusivos uretrales
- Conos vaginales
- Obturador anal

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA

INCONTINENCIA



**Comunidad
de Madrid**

AUTORES

COORDINADOR:

- Elena Capilla Santamaría. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

AUTORES (por orden alfabético):

- Daniele Alioto. Farmacéutico de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Betsabé Cáliz Hernández. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- M^o Ángeles Cruz Martos. Farmacéutica de atención primaria. Dirección Asistencial Sur.
- Nuria González Alonso. Médico de Familia. Dirección Asistencial Noroeste.
- Silvia Herrero Hernández. Farmacéutica. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Carmen Morales Blanca. Médico. Residencia de Mayores de Navalcarnero.
- María Victoria Valverde Moyer. Médico. Residencia de Mayores Gastón Baquero.

REVISORES EXTERNOS (por orden alfabético):

- Miguel Ángel Jiménez Cidre. Médico especialista en Urología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Edición: 1/2018

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia del SERMAS.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

ABREVIATURAS

ACV	Accidente cerebrovascular
CH ó Ch	Escala francesa o de Charriere
cm	Centímetro/s
ICIQ-SF	Cuestionario de incontinencia urinaria
IU	Incontinencia urinaria
L	Litros
min.	Minutos
mL	Mililitros
mm	Milímetros
PVC	Cloruro de Polivinilo

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

- Definición
- Etiología
- Clasificación
- Diagnóstico
- Manejo
- Consecuencias y complicaciones
- Medidas paliativas
- Prevención

INCONTINENCIA FECAL

- Definición
- Etiología
- Valoración
- Manejo
- Medidas paliativas
- Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

- Absorbentes de incontinencia
- Sondas vesicales
- Bolsas de recogida de orina
- Colectores urinarios
- Dispositivos oclusivos uretrales
- Conos vaginales
- Obturador anal

La continencia es una función básica, que se debe mantener independientemente de la edad debiéndose interpretar la incontinencia como una disfunción, bien del tracto urinario inferior, del aparato digestivo o de algún otro sistema que participe en el mantenimiento de la continencia.

El envejecimiento genera una serie de cambios en distintas estructuras del organismo (aparato urinario, próstata, vagina, suelo pélvico, tubo digestivo, sistema nervioso), los cuales condicionan que la persona mayor tenga una mayor vulnerabilidad para sufrir incontinencia, sin poder aceptarse que el envejecimiento por sí mismo la genere.

La pérdida de la continencia lleva consigo un número importante y variado de repercusiones, tanto médicas como psicológicas, que deterioran considerablemente la calidad de vida de la persona mayor. No obstante, todavía sigue siendo un problema oculto, con un escaso índice de consulta y una tasa baja de tratamiento.

INCONTINENCIA URINARIA

1. DEFINICIÓN

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina que provoca cualquier tipo de molestia o incomodidad. La prevalencia de la IU en la población anciana se estima que es de entre un 15-36% en atención primaria y un 30-35% en hospitales. Las cifras son mayores en los individuos que viven en residencias alcanzando el 44-77%. Es más frecuente en mujeres (2-3 mujeres por cada hombre), pero la cifra se iguala a la edad de 80 años.

2. ETIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La pérdida de la continencia en el paciente puede estar relacionada con la alteración de alguno de los requisitos básicos para su mantenimiento (como el reconocimiento e interpretación del deseo miccional, la mala movilidad, la falta de destreza en la utilización del retrete o en el manejo de la ropa, etc.), o incluso que la medicación utilizada altere la dinámica miccional. No hay que olvidar que los pacientes pueden sufrir alguna causa transitoria de incontinencia, como el delirio que influye en la precipitación o perpetuación de la incontinencia.

Hay que destacar la influencia de los factores ambientales o sociales en el manejo del paciente, tanto por las propias barreras físicas como por la sobreutilización de los productos paliativos para la incontinencia.

Para conocer la etiología de la incontinencia es interesante el análisis de aspectos clínicos como la duración de la incontinencia, distinguiendo entre unas formas agudas y otras crónicas.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

3. CLASIFICACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

3.1 CLASIFICACIÓN SEGÚN LA DURACIÓN

Incontinencia transitoria (aguda o potencialmente reversible)

Casos de corta duración (menor de 3-4 semanas), así como situaciones de pérdida de continencia de tipo funcional, sin existencia de lesión estructural responsable.

Suelen ser de inicio brusco, relacionadas con enfermedad o iatrogenia.

La historia médica, exploración física y analítica básica podrán descubrir un porcentaje considerable de causas responsables de incontinencia transitoria.

La intervención precoz y certera podría resolver en torno al 75% de casos.

La falta de resolución da lugar a la incontinencia persistente.

CAUSAS INCONTINENCIA TRANSITORIA POTENCIALMENTE REVERSIBLES

DRIP: REGLA NEMOTÉCNICA. MODIFICADA DE OUSLANDER

D	Delirium – Drogas (diuréticos, psicofármacos, analgésicos, anticolinérgicos, quimioterapia, radioterapia, etc.)
R	Retención Urinaria – Barreras arquitectónicas (institución, cambio domicilio)
I	Impactación fecal – Infección urinaria – Inflamación (vaginitis, atrofia,...) Inmovilización
P	Poliuria (diabetes, hipercalcemia, hipokaliemia, etc.)– Psicológicas (depresión, ansiedad, deterioro cognitivo)

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Fármacos que alteran la continencia urinaria:

Diuréticos	Incontinencia de urgencia, aumento del volumen y frecuencia
Antidepresivos	Retención de orina, incontinencia por sobredistensión vesical, sedación (ésta se asocia con incontinencia funcional)
Antihistamínicos	Retención de orina, incontinencia por sobredistensión vesical, impactación fecal, delirio
Anticolinérgicos	Retención de orina, incontinencia por sobredistensión vesical, impactación fecal, delirio
Antipsicóticos	Retención de orina, incontinencia por sobredistensión vesical
Antagonistas del calcio	Retención de orina, incontinencia por sobredistensión vesical
Antiespasmódicos	Retención de orina, incontinencia por sobredistensión vesical, impactación fecal
Beta agonistas	Retención de orina, incontinencia por sobredistensión vesical
Ansiolíticos	Sedación y retención de orina
Alcohol	Sedación, poliuria, urgencia, delirio
Opiáceos	Sedación, impactación fecal
Alfa bloqueantes	Relajación uretral (disminuyen el tono del esfínter interno) por lo que pueden producir incontinencia de esfuerzo
Relajantes musculares	Relajación uretral
Simpaticolíticos	Relajación uretral
Cafeína	Acentúa o precipita la incontinencia porque producen rápido llenado de la vejiga, estimulando así el detrusor

Incontinencia establecida (crónica y potencialmente irreversible)

Se debe a lesiones estructurales del tracto urinario o fuera de él. Suelen tener una duración mayor de 4 semanas. Se requieren exploraciones complementarias (urodinámica), o valoración por especialistas (urólogo, ginecólogo) para descubrir la alteración estructural.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

3.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN CLÍNICA DEPENDIENDO DE LA FISIOPATOLOGÍA SUBYACENTE QUE ACOMPAÑAN A LOS ESCAPES DE ORINA SE DIFERENCIA.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA (IUU)	<p>Tipo más común en la persona mayor institucionalizada.</p> <p>Mecanismo: Hiperactividad del detrusor. La vejiga pierde el control inhibitorio y aparecen contracciones involuntarias.</p> <p>Causas: Idiopática: causa más frecuente. Secundaria a patología : Orgánica: patología vesical (litiasis, neoplasia, infección) y obstrucción (hiperplasia prostática, estenosis uretral). Neurológica: Parkinson, ACV, demencia, lesión medular, hidrocefalia, tumores, neuropatías.</p> <p>Clínica: Pérdida espontánea acompañada de urgencia miccional en cuantía moderada-elevada. Nicturia. Polaquiuria.</p>
INCONTINENCIA DE ESTRÉS O DE ESFUERZO	<p>Más común en las mujeres ancianas e infrecuente en los varones.</p> <p>Mecanismo: Presión intravesical mayor que presión intrauretral.</p> <p>Causas: Debilidad del suelo pélvico (multiparidad, cirugía ginecológica, hipoestrogenismo, obesidad). Debilidad o lesión esfínter uretral (resección transuretral prostática, cirugía pélvica).</p> <p>Clínica: Cursa con escapes de orina ante aumento de presión intravesical (tosar, reír, estornudar, ejercicio...).</p>
INCONTINENCIA MIXTA	<p>Es la combinación de IU de urgencia y la IU de esfuerzo.</p> <p>Mecanismo: Tradicionalmente se pensaba que representaba la combinación de la hiperactividad vesical y el defecto de la función esfinteriana uretral pero la fisiopatología precisa está aún en investigación.</p>

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO	<p>Mecanismo: Aparece en situaciones de vejiga sobredistendida.</p> <p>Causas: Obstrucción del tracto urinario de salida (hiperplasia prostática, estenosis uretral, impactación fecal, compresión extrínseca). Alteración contráctil vesical (lesión medular, neuropatía, ACV, miopatía del detrusor, fármacos anticolinérgicos). Síndrome de hiperactividad del detrusor en el llenado con hipoactividad en el vaciado.</p> <p>Clínica: Pueden presentar tanto síntomas urinarios de llenado (polaquiuria, urgencia miccional), síntomas de vaciado (sensación de micción incompleta) y síntomas postmicciones (retención urinaria).</p>
INCONTINENCIA FUNCIONAL	<p>Sólo debe aceptarse cuando se han excluido las otras causas de incontinencia establecida.</p> <p>Causas: Deterioro físico (inmovilidad) o mental (demencia). Alteración psíquica (depresión, inhibición, falta de motivación). Barreras arquitectónicas o falta de cuidadores.</p>

Se ha de tener en cuenta que con frecuencia el origen de los Síntomas del Tracto Urinario (STUI) de la persona mayor son multifactoriales.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

4. DIAGNÓSTICO

Existen dos niveles de valoración de la persona incontinente: básico y ampliado.

La elección ha de ser individualizada en función de las características clínicas y funcionales, repercusión de la incontinencia, expectativa de vida y posibilidades de mejorar con la intervención de otro especialista.

4.1 NIVEL BÁSICO

Realizado por el médico de residencia y/o atención primaria.

Debe realizarse a toda persona con incontinencia.

4.2 NIVEL AMPLIADO

Realizado por especialistas (urólogo, ginecólogo, geriatra).

En personas mayores seleccionadas, por ejemplo, aquellos pacientes que sin estar incapacitados, tienen mala respuesta al tratamiento inicial.

4.3 VALORACIÓN BÁSICA DE LA INCONTINENCIA

La valoración básica comprenderá: hábitos higiénico-dietéticos, antecedentes personales, causas predisponentes, historia de incontinencia, valoración geriátrica integral y exploraciones complementarias.

Hábitos higiénico-dietéticos	Antecedentes personales	Causas predisponentes (drip)	Historia incontinencia
Actividad física Hábito intestinal Tipo dieta Ingesta líquida Toma de excitantes Consumo de fármacos: diuréticos, psicofármacos	Historia ginecológica Cirugía pélvica y prostática Déficit cognitivo Déficit neurosensorial Déficit motor, etc.	- Evaluar la posible existencia de causas asociadas a incontinencia transitoria reversible (ver tabla anterior)	Inicio Evolución Aparición de escapes Circunstancias de escapes Factores predisponentes Cuantía. Sintomatología acompañante, ritmo horario, etc. Es muy útil el diario miccional en donde el paciente recoge lo que ha ocurrido las 24-72h previas

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Valoración integral	Exploraciones complementarias
<ul style="list-style-type: none"> - Valoración mental: detección deterioro cognitivo / demencia, detección trastornos psicoafectivos, etc. - Valoración funcional: movilidad, transferencias, etc. - Valoración social y del entorno: posibilidad de desplazamiento y uso de W.C., etc. - Valoración de la calidad de vida: a través de cuestionarios específicos (ICIQ-SF) - Valoración clínica con énfasis en incontinencia: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración abdominal: masas, hernias, globo vesical, etc. • Tacto rectal: próstata, heces, impactación, masas • Valoración uroginecológica: prolapsos, cirugía previa, cistocele, rectocele 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis sangre: glucosa, electrolitos, calcio, perfil renal - Análisis orina: sedimento + urocultivo - Volumen residual postmiccional: el residuo debe ser < 100 mL

Dependiendo de los resultados de la valoración de la persona mayor se pueden establecer los siguientes criterios para derivar a atención especializada a unas personas mayores institucionalizadas con incontinencia urinaria.

Criterios de derivación a especialista
<p>Evidencia de alteraciones orgánicas manifiestas (prolapso uterino, cistocele, rectocele, hiperplasia prostática, etc.).</p> <p>Dificultad para introducir el catéter vesical y medir volumen residual.</p> <p>Demostración de residuo vesical postmiccional patológico (mayor 100 mL): hacer al menos dos valoraciones, puesto que, una medición es imprecisa.</p> <p>Sospecha de patología orgánica subyacente (hematuria, infecciones repetidas, insuficiencia renal, etc.).</p> <p>Fracaso del tratamiento médico utilizado y si la intervención de otro especialista va a mejorar la atención de la persona mayor.</p> <p>Casos de manejo complejo (ver apartado D).</p>

Antes de derivar, valorar si el/la paciente tienen un estado general físico y/o mental que aconsejen o permitan profundizar en el estudio.

5. MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

El tratamiento de la incontinencia urinaria está basado en diferentes técnicas, las cuales no son excluyentes entre sí, pudiendo usarse de forma complementaria para obtener los mejores resultados

Es fundamental plantear los objetivos de una forma muy realista, ya que en determinadas condiciones (inmovilidad, enfermedades neurológicas en fases avanzadas, mala situación clínica), no será fácil obtener unos resultados muy positivos. En estos casos el objetivo es la disminución de la

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

severidad de la incontinencia y un mayor bienestar para el paciente, y no tanto la recuperación de la continencia. Por ello, es imprescindible la individualización del esquema terapéutico, adaptándolo a las características de cada paciente.

El tratamiento de la IU se divide en:

Medidas generales: aplicable en todos los tipos de IU

Tratamiento específico: incluye cuatro modalidades, cada una con indicaciones específicas, por lo que es importante disponer del diagnóstico del paciente y del tipo de IU antes de establecer el programa.

- Terapias de conducta
- Tratamiento farmacológico: ver capítulo de patología genitourinaria
- Técnicas de rehabilitación
- Tratamiento quirúrgico

5.1 MEDIDAS GENERALES

DIETÉTICAS	<p>Registrar diariamente el volumen de ingesta de líquidos.</p> <p>Asegurar una eliminación intestinal regular mediante una dieta rica en fibra.</p> <p>Reducir aporte de líquidos, sobre todo por las tardes.</p> <p>Reducir consumo de sustancias irritantes: café, té, colas, cítricos y alcohol.</p>
HIGIENE PERSONAL Y CUIDADO DE LA PIEL	<p>Vigilar diariamente el estado de la piel: eritema, induración, laceración, eczemas, dermatitis, micosis, etc.</p> <p>Realizar el aseo diario en ducha en lugar de en bañera para evitar contaminación fecal y caídas.</p> <p>Extremar la higiene de la zona para asegurar la integridad de la piel, evitar malos olores y favorecer el confort y el bienestar del usuario.</p> <p>Utilizar jabón o gel neutro, secar minuciosamente, sobre todo en pliegues cutáneos, con ligeros toques de toalla y no frotar.</p> <p>Utilizar esponjas desechables.</p> <p>Aplicar cremas hidratantes y si es necesario cremas protectoras después de la higiene.</p>
VESTIDO	<p>Utilizar ropas de fácil manejo con cierres automáticos o velcro.</p> <p>Tratar de disimular siempre el uso de absorbentes para mejorar la autoestima y facilitar las relaciones sociales. En caso de utilizar sonda con bolsa, impedir que esta sea visible. Utilizar bolsas sujetas a la pierna u ocultarlas en bolsas adecuadas.</p>

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

ESQUEMA DEL PROGRAMA DE AYUDA	<p>Promover la autoestima: ayudar al paciente a no perder o a recuperar el respeto y la confianza.</p> <p>Tratar de efectuar micción de manera voluntaria cada hora y media o 2 horas.</p> <p>Registrar diariamente los escapes de orina y el volumen para determinar las pautas de micción y sus posibles relaciones con otras actividades.</p> <p>Plan de visitas al W.C. programadas e individualizadas anticipándose al escape.</p> <p>Estimular a los usuarios a realizar la petición de micción y reforzar positivamente en lugar de invitar a la micción en el absorbente.</p> <p>Utilizar el absorbente adecuado, prescrito y reflejado en la hoja de cuidados.</p> <p>Ante una petición de evacuación evitar demoras que provoquen episodios consumados.</p> <p>Identificar al cuidador responsable de realizar estas tareas.</p>
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	<p>Informar con lenguaje comprensible sobre qué es la incontinencia, sus complicaciones y cómo puede mejorar.</p> <p>Informar sobre productos de incontinencia existentes en el mercado y la forma correcta de utilizarlos.</p> <p>Informar sobre técnicas de modificación de conducta.</p> <p>Informar sobre signos y síntomas de infección urinaria.</p>
ADAPTACIÓN DEL ENTORNO	<p>Facilitar adaptadores de retrete, asideros, timbres y material complementario (cuñas, botellas).</p> <p>Crear y mantener un ambiente de confianza a fin de reducir la ansiedad y permitir la expresión de dudas e inquietudes.</p> <p>Mejorar la movilidad dotando de ayudas técnicas si se precisa.</p> <p>Acceso fácil al cuarto de baño: valorar barreras arquitectónicas de acceso al W.C. y si es posible eliminarlas. Identificar claramente el W.C.</p> <p>Adecuar la iluminación, sobre todo por la noche.</p> <p>Controlar las restricciones físicas: barandillas, sujeciones, etc. Un usuario sometido a restricciones físicas no tiene por qué convertirse en incontinente si atendemos sus demandas o nos adelantamos ofreciéndole periódicamente visitar el W.C. o la cuña o botella.</p> <p>En espacios públicos: WC accesibles</p>
FARMACOLÓGICOS	<p>Revisar tratamiento habitual y cambio de fármacos potencialmente implicados en la incontinencia: diuréticos, alfa-bloqueantes, etc.</p> <p>Reducción o cambios de fármacos que disminuyen la percepción: psicofármacos.</p>

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

5.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Las técnicas de modificación de conducta persiguen fomentar un cambio en la conducta del paciente (o del cuidador), tratando de restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical ó evitar que el paciente esté mojado. Se consideran técnicas sencillas, no invasivas y altamente efectivas en el manejo de la incontinencia. Algunas técnicas conductuales son adecuadas para casi todos los tipos de pacientes y de incontinencia, pudiendo utilizarse de forma conjunta con otras opciones terapéuticas, especialmente con el tratamiento farmacológico.

Se diferencian dos grupos de técnicas: las efectuadas por el propio paciente (ejercicios del suelo pélvico; reentrenamiento vesical; biofeedback) o las efectuados por el cuidador (entrenamiento miccional; micciones programadas). Las técnicas dependientes del paciente requieren una instrucción previa, así como un grado suficiente de comprensión y de colaboración, por lo que en pacientes con demencia en fase severa y/o alteraciones de la conducta estarán más limitadas.

Técnicas dependientes del paciente:

✓ **Reentrenamiento Vesical ("timed voiding"):**

- Programar micciones a intervalos determinados (30 min.) en base al diario miccional de cada paciente, tenga o no ganas y esté o no mojado. Los intervalos se prolongan progresivamente llegando a 2-3 horas.
- Ha resultado útil en incontinencia aguda o transitoria y en la establecida de urgencia.

✓ **Ejercicios de Suelo Pélvico (Kegel):**

- Serie de ejercicios (3-4 tandas de 20-25 contracciones) de la musculatura púbica y cóxigea.
- Útil en incontinencia establecida de esfuerzo leve-moderada especialmente en mujeres independientes.

✓ **Técnica del control de la urgencia miccional:**

- Ante una urgencia miccional, quedarse quieto y concentrarse en hacer fuerza hasta que el episodio de urgencia pase. Para ello, se puede contraer el músculo elevador del ano para cortar o impedir el escape, ya que, esto manda una orden al cerebro para inhibir la contracción del detrusor. Una vez pasado, intentar ir lo antes posible al retrete (despacio y concentrado), para intentar orinar y vaciar vejiga.
- Útil en incontinencia de urgencia.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Técnicas dependientes del Cuidador:

✓ Micción Programada:

- Muy difundida ante deterioro funcional y cognitivo.
- Instaurar un esquema de vaciamiento vesical fijo, intentando condicionar las micciones voluntarias a través de la estimulación periódica y las técnicas de refuerzo positivo. Habitualmente se establece una frecuencia miccional de cada dos horas respetando las horas de sueño.
- Objetivo mantener seco y el menor tiempo posible el contacto orina-piel.
- Restricciones igual que el anterior. Cuidadores se frustran y sólo desplazan al W.C. para los cambios reglamentarios de absorbente (3-4 veces / día, es decir a cada 6-8 horas).

✓ Micción Estimulada o anticipación de la micción ("prompted voiding")

- Es la técnica conductual que cuenta con mayor soporte científico en pacientes institucionalizados.
- Determina el intervalo de tiempo más corto en el que el paciente se mantiene seco (generalmente 2-3h) Cada vez que transcurre dicho intervalo, el cuidador se acerca al paciente e intenta que orine de forma adecuada. Si se consiguen 2 días sin episodios de incontinencia prolongar los intervalos en 30-60 min.

5.3 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA TRANSITORIA

La importancia del abordaje de la incontinencia transitoria estriba en su potencial reversibilidad.

Por ello una vez determinado el factor determinante de la misma debe procederse enérgica y precozmente a su corrección:

- Eliminar o disminuir la dosis de fármacos predisponentes.
- Abordaje del deterioro cognitivo y delirium.
- Tratamiento del estreñimiento e impactación fecal.
- Tratamiento antibiótico frente a infecciones del tracto urinario (ITU)
- Control de la hiperglucemia.
- Rehabilitación funcional, etc.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

5.4 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ESTABLECIDA O PERSISTENTE

Tabla: Tipos de incontinencia y su tratamiento (el tratamiento farmacológico se desarrolla en capítulo de patología genitourinaria)

	De urgencia o hiperactividad vesical	De esfuerzo o de estrés	De rebosamiento	Funcional
Definición	Contracciones involuntarias de la vejiga (músculo detrusor)	Salida de orina relacionada con el aumento de la presión intraabdominal (ej. tos, estornudos)	Obstrucción a la salida (urológica) o deterioro de la contractibilidad de la vejiga (causa más frecuente neurológica)	Función fisiológica y anatómica del sistema urinario es normal. La IU se debe a condiciones como deterioro cognitivo o incapacidad física
Problema de movilidad y/o mental	No	No	No	Si
Vejiga hiperactiva	Si	No (variable)	No (variable)	No
Maniobra de estrés (Valsalva)	No (variable)	Positiva	No (variable)	Negativa
Residuo posmiccional	<150 mL	<150mL	>150mL	<150 mL
Opciones de Tratamiento	- Medidas generales -Terapia de conducta; micciones programadas -Fármacos relajantes de la vejiga. -Otras: estimulación eléctrica, cirugía	-Medidas generales -Terapia de conducta: Kegel - Otros: conos vaginales, cirugía	- Sondaje vesical (permanente o intermitente) - Cirugía	-Medidas generales -Fisioterapia general -Terapias de conducta: prompted voiding

Tabla adaptada de la Guía de Buena Práctica clínica en Geriátrica de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología: Incontinencia Urinaria (2012)

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

6. CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DE LA INCONTINENCIA

Médicas	Psicológicas	Sociales	Económicas
<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis de pañal, micosis, etc. - Riesgo de aparición de úlceras por presión - Riesgo de caídas, fundamentalmente nocturnas, que se asocian a fracturas - Infecciones de piel, úlceras, etc. - Infecciones urinarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de autoestima y aislamiento - Depresión; ansiedad - Disfunciones sexuales - Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - Sobrecarga para familia y cuidadores - Factor predictor de institucionalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevado coste (absorbentes, colectores, sondas, etc.) - Sobrecarga del trabajo del cuidador (lavado ropa, etc.)

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

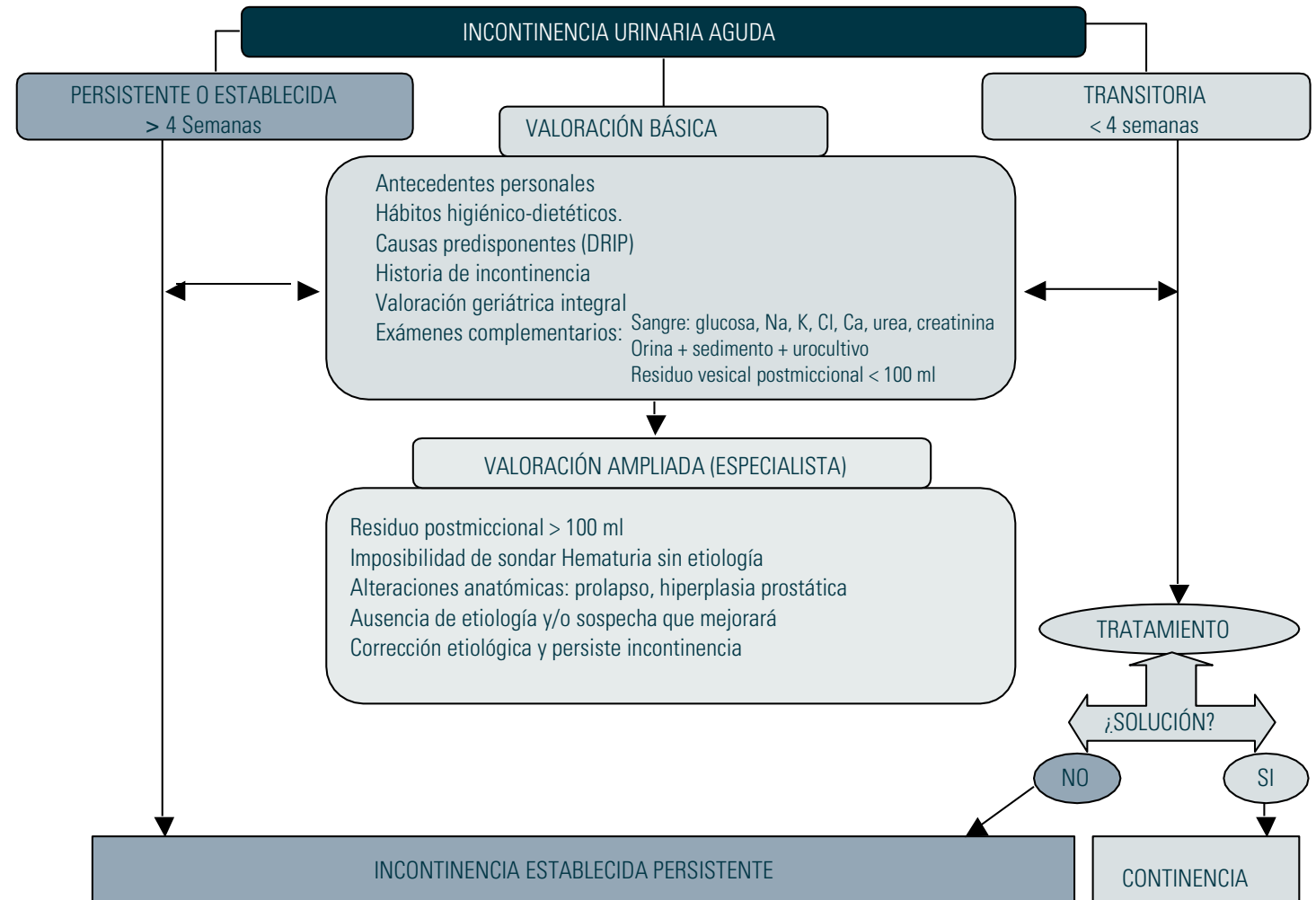
Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal



INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal



7. MEDIDAS PALIATIVAS

En pacientes seleccionados se pueden utilizar una serie de medidas dirigidas a ofrecer cierto grado de confort o facilitar el manejo de la incontinencia. Las medidas más comunes son los absorbentes, los colectores externos (en varones sin obstrucción al tracto de salida) y los catéteres vesicales. Aunque están disponibles otros productos como son los dispositivos oclusivos uretrales.

La utilización de medidas paliativas, debe constituir el último recurso tras agotar progresiva y gradualmente los anteriores: corrección de factores predisponentes, tratar las diferentes causas de incontinencia transitoria y por último los fármacos, ejercicios o cirugía.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Una vez que se procede a la aplicación de medidas paliativas parece bien definido que los absorbentes junto a las anteriores medidas generales constituyen la elección.

Los requisitos para cualquier material utilizado en la incontinencia son los siguientes:

Eficacia. Ha de servir para la función a la que está destinado: recibir y recoger la orina.

Tolerancia. No debe contener sustancias tóxicas que causen daño o irritación a la piel con la que está en contacto, ni crear condiciones no fisiológicas para su viabilidad.

Discreción. Determinado por el derecho de cada persona a proteger su intimidad.

Fácil de llevar. Relacionado con lo anterior, se refiere a las posibilidades de adaptación del producto a las características del incontinente, permitiendo su desenvolvimiento en el ambiente familiar y social.

Fácil de colocar. Justifica la importancia de este requisito el gran número de incontinentes seniles o con alguna disminución en la capacidad de movimientos, decisivo para garantizar la autonomía del incontinente.

Fácil de adquirir. Por las peculiaridades de la persona incontinente que utiliza este producto, debe ser de fácil adquisición en el mercado en cualquier lugar geográfico al que se desplace.

8. PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

El objetivo es retrasar la aparición de signos y síntomas de envejecimiento del sistema genitourinario y mejorar la calidad de vida del paciente.

Es fundamental la detección y posterior intervención sobre las situaciones de riesgo que puedan derivar en una incontinencia urinaria:

polimedicación,

actividades de la vida diaria (toser, estornudar, etc.),

ingesta de bebidas como té o café bebidas gaseosas (con cafeína): la cafeína irrita la vejiga, se recomienda sustituir por productos descafeinados

ingesta de alimentos picantes y ácidos que pueden irritar la vejiga

enfermedades asociadas como asma o EPOC,

tabaquismo: la tos asociada puede debilitar los músculos del suelo pélvico

obesidad: el exceso de peso puede debilitar los músculos del suelo pélvico y causar incontinencia, debido al aumento de presión intraabdominal.

estreñimiento: el hecho de realizar esfuerzo al defecar debilita los músculos del suelo pélvico. No se debe retrasar el deseo de defecación y se recomienda mantener una dieta rica en fibra y un estilo de vida que incluya ejercicio. También puede ser útil cambiar la forma de sentarse.

antecedentes ginecológicos, etc.).

No se recomienda empujar al orinar, pues provoca el aumento de la presión durante la micción, lo que podría dañar los músculos del suelo pélvico.

Se recomienda beber agua.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

La prevención específica de la incontinencia de esfuerzo se basa pues en: ejecución de un plan de ejercicios de reforzamiento de los músculos del suelo pélvico (los ejercicios de Kegel) y consejos generales de prevención.

La prevención de la IU de urgencia se basa en la disminución del consumo de fármacos y bebidas estimulantes, así como en la reeducación, intentando espaciar los intervalos entre micciones.

INCONTINENCIA FECAL

1. DEFINICIÓN

La incontinencia fecal se puede definir como el estado en el que un individuo experimenta un cambio de los hábitos intestinales normales, caracterizado por una emisión involuntaria de heces.

La prevalencia de la incontinencia fecal se eleva hasta más del 50-70% en los ancianos institucionalizados.

2. ETIOLOGÍA

Las causas de incontinencia fecal se relacionan con las siguientes:

Patología colo-rectal: tumor, enfermedad inflamatoria, isquemia, diverticulosis.

Patología neurológica de base: demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebro vascular, lesiones medulares, polineuropatías.

Lesión esfínter-anal y/o del suelo pélvico: traumatismo, poscirugía, patología neurológica, idiopática, prolapso rectal.

Síndrome diarreico.

Barreras arquitectónicas o limitaciones ambientales.

Inmovilidad.

Diarrea paradójica en los casos de impactación fecal.

3. VALORACIÓN DE INCONTINENCIA FECAL

Determinar el mecanismo patogénico de la incontinencia fecal:

Historia clínica y factores higiénico-dietéticos, problemas médicos, hábito intestinal, síntomas ano-rectales, fármacos.

Exploración física: examen abdominal y de la región perineal. Tacto rectal.

Valoración funcional básica: capacidad física y mental.

Valoración ambiental (accesibilidad al retrete) y social (relación con cuidadores).

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Estudio analítico: hemograma, hormonas tiroideas, iones y hemorragia oculta en heces.

Exploraciones complementarias: valorar en caso necesario realizar radiología convencional del abdomen, colonoscopia, manometría anal.

4. MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL

Siempre que se haya identificado el mecanismo responsable de la incontinencia hay que tratar de solucionarlo.

4.1 MEDIDAS GENERALES

DIETÉTICAS	<p>Registro diario de volumen de ingesta de líquidos y sólidos.</p> <p>Dieta rica en fibra y alimento y bebidas astringentes.</p> <p>Observar sistemáticamente para descubrir si existe una alerta relacionada con las comidas próximas a los escapes.</p>
CUIDADO DE LA PIEL	<p>Vigilar diariamente el estado de la piel: eritema, induración, laceración, eczemas, dermatitis, micosis, etc.</p> <p>Realizar el aseo diario en ducha en lugar de en bañera para evitar contaminación fecal y caídas.</p> <p>Extremar la higiene de forma minuciosa de la zona para asegurar la integridad de la piel, evitar malos olores y favorecer el confort y el bienestar del usuario.</p> <p>Utilizar jabón o gel neutro, secar minuciosamente sobre todo en pliegues cutáneos con ligeros toques de toalla y no frotar.</p> <p>Utilizar esponjas desechables.</p> <p>Aplicar cremas hidratantes y si es necesario cremas protectoras después de la higiene.</p>
VESTIDO	<p>Utilizar ropas de fácil manejo con cierres automáticos o velcro.</p> <p>Tratar de disimular siempre el uso de absorbentes para mejorar la autoestima y facilitar relaciones sociales.</p> <p>En caso de colostomía usar ropa que permita el fácil acceso a la bolsa.</p>
ESQUEMA DEL PROGRAMA DE AYUDA	<p>Registro diario de los escapes y la cantidad para averiguar pautas y relaciones con otras actividades.</p> <p>Plan de visitas al W.C. programadas e individualizadas anticipándose al escape</p> <p>Estimular a los usuarios a realizar la petición y reforzar positivamente en lugar de invitar a la defecación en el absorbente.</p> <p>Ante una petición de evacuación evitar demoras que provoquen episodios consumados.</p> <p>Identificación del cuidador responsable de realizar estas tareas.</p>
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	<p>Informar con lenguaje comprensible qué es la incontinencia, sus complicaciones y cómo puede mejorar.</p> <p>Informar sobre los productos de incontinencia existentes en el mercado y sobre la forma correcta de utilizarlos.</p> <p>Informar sobre las técnicas de modificación de conducta.</p>

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

	Informar sobre los signos y síntomas de impactación fecal y estreñimiento.
ADAPTACIÓN DEL ENTORNO	Facilitar adaptadores de retrete, asideros, timbres, material complementario (cuñas, botellas). Crear y mantener un ambiente de confianza a fin de reducir la ansiedad y permitir la expresión de dudas e inquietudes. Mejorar la movilidad dotando de ayudas técnicas si precisa. Valorar las barreras arquitectónicas de acceso al W.C. y si es posible eliminarlas. Identificación clara del W.C. Adecuar la iluminación, sobre todo por la noche. Control de restricciones físicas: barandillas, sujeciones, etc. Un usuario sometido a restricciones físicas no tiene por qué convertirse en incontinente si atendemos sus demandas o nos adelantamos ofreciéndole periódicamente visitar el W.C. o la cuña o botella. En espacios públicos: WC accesibles
FARMACOLÓGICOS	Revisar tratamiento habitual y cambio de fármacos potencialmente implicados en la incontinencia. Reducción o cambios de fármacos que disminuyen la percepción: psicofármacos.

4.2 TRATAMIENTO

El manejo terapéutico de la incontinencia fecal va a depender de las características del paciente, del tipo de incontinencia, del resultado de la evaluación individual y de la severidad de la incontinencia. Por todo ello, el manejo debe ser individualizado incluyendo desde aspectos más básicos y conservadores (tipo de ropa, intervención ambiental, medidas paliativas, etc.), hasta los más sofisticados (biofeedback, cirugía reparadora).

Actualmente las medidas conservadoras ocupan un lugar destacado en el manejo del incontinente:

Pacientes con demencia:

- Entrenamiento del hábito defecatorio: programa regular para estimular al defecación, habitualmente puesto en marcha después del desayuno.
- Fármacos antiperistálticos del tipo loperamida.
- Enemas si no se produce defecación en 48 horas.

Heces líquidas por impactación fecal:

- Desimpactación y corrección del hábito intestinal.

Heces líquidas sin impactación fecal:

- Fármacos antiperistálticos (loperamida) para aumentar la consistencia de las heces.

Heces sólidas:

- Programas de entrenamiento del hábito defecatorio.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición

Etiología

Clasificación

Diagnóstico

Manejo

Consecuencias y complicaciones

Medidas paliativas

Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición

Etiología

Valoración

Manejo

Medidas paliativas

Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia

Sondas vesicales

Bolsas de recogida de orina

Coletores urinarios

Dispositivos oclusivos uretrales

Conos vaginales

Obturador anal

Las técnicas quirúrgicas se pueden considerar en pacientes con defectos anatómicos, incontinencia severa y en los que hayan fallado las medidas conservadoras.

La técnica de electroestimulación se reserva a aquellos pacientes que no son candidatos a las terapias anteriores. Parece ser especialmente eficaz en los pacientes con desórdenes neurológicos y aquellos con incontinencia fecal tras resección quirúrgica.

5.

MEDIDAS PALIATIVAS

Las medidas paliativas pueden ofrecer cierto grado de confort, especialmente en pacientes severamente incapacitados y que sufran de incontinencia severa. Las más utilizadas son los absorbentes y el obturador anal. La última solución para algunas personas mayores con incontinencia fecal severa y deterioro de su calidad de vida podría ser la colostomía, la cual se podría realizar incluso vía laparoscópica.

6.

PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA FECAL

Reducir el estreñimiento: aumentar el ejercicio (estimula el tránsito intestinal), comer más alimentos ricos en fibra y beber líquidos abundantes.

Control de diarrea: el tratamiento o la eliminación de la causa de la diarrea, tales como una infección intestinal, puede ayudar a evitar la incontinencia fecal.

Evitar la tensión: el esfuerzo durante la defecación puede debilitar los músculos del esfínter o dañar los nervios

Entrenamiento de la musculatura pélvica. La obesidad, el embarazo, el parto, el levantamiento de peso de forma regular y una tos crónica pueden debilitar el suelo pélvico.

Postura correcta: sentarse en el inodoro con los codos sobre las rodillas, inclinarse hacia adelante y apoyando los pies con un taburete. Esto ayuda a relajar completamente el suelo pélvico y los músculos del esfínter.

Ir al baño cuando se tiene el deseo de defecar, ya que este es el momento más eficaz para vaciar por completo. La mayoría de la gente recibe el impulso a primera hora de la mañana o después de una comida.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

1 ABSORBENTES DE INCONTINENCIA

2 SONDAS VESICALES

3 COLECTORES URINARIOS

4 BOLSAS DE RECOGIDA DE ORINA

5 DISPOSITIVOS OCLUSIVOS URETRALES

6 CONOS VAGINALES

7 OBTURADOR ANAL

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

ABSORBENTES DE INCONTINENCIA

1. DEFINICIÓN

Son productos sanitarios de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior, con el fin de mantener la piel y la ropa seca y sin humedad. Están indicados en personas que padecen pérdidas urinarias y/o fecales cuando no pueden usarse otros métodos o tratamientos. Mejoran la calidad de vida de los pacientes y los cuidados del paciente encamado.

Los absorbentes están compuestos por capas de distintos componentes unidos entre sí.

La primera capa de los absorbentes está en contacto con la piel y está compuesta de un material hipoalergénico y filtrante que permite que la orina pase rápidamente al interior del absorbente, ayudando a mantener la superficie de la piel seca.

El núcleo absorbente está compuesto por celulosa, que es la que retiene los líquidos en su interior de forma que la capacidad final de absorción depende de la cantidad de celulosa. Puede estar adicionado o no de polímeros superabsorbente que transforma la orina en un “gel” que le proporciona una consistencia semisólida e incrementa así las propiedades de absorción y retención. Disponen de un sistema que impide que el núcleo absorbente una vez mojado se desplace al exterior y pierda su disposición inicial.

La capa externa tiene como finalidad evitar la salida de la humedad al exterior asegurando la impermeabilidad. Además los distintos fabricantes han ido añadiendo otros componentes como los indicadores de humedad (indicador de tinta soluble que en contacto con la orina, cambia de color o desaparece, indicando así el nivel de saturación del absorbente y el momento óptimo de cambio), barreras laterales antifugas, refuerzo de absorción central, ajuste elástico en la entrepierna, etc.

2. TIPOS DE ABSORBENTES

Los distintos modelos de absorbentes se distinguen por su capacidad de absorción y por su sistema de colocación.

En la elección de un absorbente se ha de hacer una valoración de la situación particular de cada usuario para tener la seguridad de que es necesario, garantizar una utilización óptima, obtener la máxima eficacia del absorbente y proporcionar a la persona afectada la máxima comodidad posible.

En la siguiente tabla se muestran los tipos de absorbentes para la incontinencia que a fecha hay disponibles en el mercado. El nombre de los distintos tipos no está ligado al momento cronológico en que se deben usar, sino a la capacidad de absorción del absorbente. Así, en función de dicha capacidad se denominan absorbentes de DIA, NOCHE y SUPERNOCHE.

Se debe hacer una **prescripción individualizada** de los absorbentes teniendo en cuenta distintas variables:

Los episodios de incontinencia del usuario: se pautará un absorbente de mayor o menor capacidad de absorción en función del volumen de la pérdida de orina en el periodo de tiempo en el cual se recomienda que permanezca puesto un absorbente.

La complexión física del usuario: importante para seleccionar la talla más adecuada.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

El estado físico, la movilidad y la capacidad cognitiva del usuario: importante a la hora de seleccionar el subtipo de absorbente (rectangular, anatómico o elástico).

Tipos	Absorción	Indicación	Subtipos
COMPRESA	Hasta 600 mL	Episodios de incontinencia ligera. No financiados por el sistema sanitario	Para mujeres: absorbentes ligeramente más grandes que una compresa. Para hombres: fundas absorbentes de pene.
DÍA	600-900 mL	Episodios de incontinencia leve-moderada.	Rectangular (talla única). Anatómico (talla única) + malla (varias tallas) - Talla pequeña: (50-80 cm de cintura-cadera) - Talla normal (80-125 cm de cintura-cadera) Anatómico elástico con tiras adhesivas reposicionables. - Talla extra-pequeña (<50 cm de cintura-cadera) - Talla pequeña: (50-80 cm de cintura-cadera). - Talla mediana (80-125 cm de cintura-cadera). - Talla grande (110-150 cm de cintura-cadera). Anatómico elástico tipo braga (no financiado) - Talla mediana: (75-125 cm de cintura-cadera) - Talla grande: (95-145 cm de cintura cadera)
NOCHE	900-1200 mL		Rectangular (talla única) Anatómico (talla única) + malla (varias tallas). Anatómico elástico o braga con tiras adhesivas - Talla pequeña (50-80 cm de cintura-cadera). - Talla mediana (80-125 cm de cintura-cadera). - Talla grande (110-150 cm de cintura-cadera). - Talla extragrande (>150 cm de cintura-cadera) Anatómico elástico ajustable con cinturón - Talla mediana: (71-102 cm de cintura-cadera) - Talla grande: (83-120 cm de cintura-cadera) Anatómico elástico tipo braga (no financiado) - Talla extrapequeña: (50-70 cm de cintura-cadera)

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Tipos	Absorción	Indicación	Subtipos
			- Talla pequeña: (60-90 cm de cintura-cadera) - Talla mediana: (75-125 cm de cintura-cadera) - Talla grande: (95-145 cm de cintura-cadera) - Talla extragrande. (130-170 cm de cintura-cadera)
SUPERNOCHE	>1200 mL	Episodios de incontinencia grave.	Rectangular (única) Anatómico (talla única) + mall a (varias tallas). Anatómico elástico o braga con tiras adhesivas. - Talla pequeña (50-80 cm de cintura-cadera) - Talla mediana (80-125 cm de cintura-cadera). - Talla grande (110-150 cm de cintura-cadera) - Talla extragrande (>150 cm de cintura-cadera) Anatómico elástico ajustable con cinturón - Talla grande: (83-120 cm de cintura-cadera) Anatómico elástico tipo braga (no financiado) - Talla mediana: (75-125 cm de cintura-cadera) - Talla grande: (95-145 cm de cintura-cadera)

Presentaciones disponibles a fecha 13/11/2015

ABSORBENTES RECTANGULARES

Son discretos y se sujetan por medio de una malla elástica que consigue una perfecta adaptación al cuerpo.

Indicaciones: Personas con actividad normal o que permanezcan en silla de ruedas.

Talla: Son de talla única, pero las mallas con las que se utilizan son elásticas.

ABSORBENTES ANATÓMICOS

Por su forma se adaptan mejor que los rectangulares a la anatomía del cuerpo lo que permite una mayor comodidad para el paciente. Se colocan con una malla elástica.

Son los absorbentes más adecuados en pacientes que deambulan ya que permiten mayor transpiración de la piel, evitando dermatitis, y mayor confort que los elásticos.

La ropa interior se debe poner por encima de la malla. Si se utiliza la ropa interior para sujetar el absorbente se producirán pérdidas de orina al no ser correcta la adaptación del absorbente al cuerpo.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

- Definición
- Etiología
- Clasificación
- Diagnóstico
- Manejo
- Consecuencias y complicaciones
- Medidas paliativas
- Prevención

INCONTINENCIA FECAL

- Definición
- Etiología
- Valoración
- Manejo
- Medidas paliativas
- Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

- Absorbentes de incontinencia
- Sondas vesicales
- Bolsas de recogida de orina
- Colectores urinarios
- Dispositivos oclusivos uretrales
- Conos vaginales
- Obturador anal

Indicaciones: Personas con actividad normal, ambulantes o que permanezcan en silla de ruedas.

Tallas: Son de talla única, pero las mallas con las que se utilizan son elásticas. Además en el mercado hay mallas de varios tamaños.

ABSORBENTES ELÁSTICOS O BRAGA PAÑAL

Se sujetan por medio de tiras adhesivas que permiten abrir y cerrar varias veces.

Son menos discretos que los anatómicos.

Constan de una capa de plástico impermeable que rodea por completo al paciente hasta la cintura, haciendo mucho más difícil la transpiración de la piel, lo que conlleva un mayor riesgo de maceración y de dermatitis.

Indicaciones: incontinentes fecales, encamados, pacientes con trastornos mentales que tienden a quitarse los absorbentes anatómicos y pacientes en los que es imposible la colocación de los anatómicos (pacientes muy obesos o muy agitados).

Generalmente disponen de material superabsorbente en el centro y en la espalda donde más lo necesitan las personas encamadas.

Tallas: Dado que hay distintas tallas, es fundamental tener en cuenta el diámetro cintura/cadera del paciente para seleccionar la talla adecuada del absorbente.

Una utilización de tallas excesivamente grandes para el paciente conlleva un peor ajuste, facilitando los derrames y un peor cuidado de la piel.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Rectangular



Anatómico



Elástico



3. ¿CÓMO SE DEBEN COLOCAR LOS ABSORBENTES?

La forma de colocación es diferente según la posición habitual de la persona incontinente y según sea su sistema de sujeción. Como medida general, es importante retirar siempre los absorbentes por la parte posterior.

ABSORBENTES RECTANGULARES Y ANATÓMICOS

PERSONAS AMBULANTES

- Realizar la higiene de la piel.
- Colocar la malla a la altura de las rodillas.
- Introducir el absorbente entre las piernas, realizando la operación de atrás hacia delante.
- Asegurarse de que la parte absorbente está en contacto con la piel.
- Abrir la parte trasera del absorbente y fijarla sobre las nalgas con una mano mientras que con la otra se sube la malla hasta cubrir la totalidad del absorbente.
- Abrir la parte delantera y fijarla al vientre con una mano mientras con la otra se tira hacia arriba de la malla hasta cubrir totalmente el absorbente.
- Ajustar bien todo el conjunto, asegurándose de que todo el absorbente quede introducido en la malla.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal



PERSONAS EN POSICIÓN SENTADA

Levantar a la persona, bajar la malla a la altura de las rodillas y realizar la higiene de la piel.

Sentarlo para colocar un absorbente nuevo bajo la malla.

Elevar a la persona y al mismo tiempo extender la parte trasera del absorbente sobre las nalgas, tirando de la malla desde atrás hasta cubrirlo.

Ajustar el conjunto y asegurarse que de todo el absorbente queda introducido dentro de la malla.



PERSONAS EN LA CAMA

- Bajar la malla a la altura de las rodillas y con el paciente recostado sobre un lado, retirar el absorbente por la parte posterior.
- Realizar la higiene de la piel y colocar un absorbente nuevo, realizando la operación de atrás hacia delante.
- Asegurarse de que la parte absorbente está en contacto con la piel.
- Abrir la parte trasera del absorbente y fijarla sobre las nalgas.
- Subir la malla hasta cubrir la totalidad del absorbente y girar al paciente sobre su espalda.
- Abrir la parte delantera y fijarla al vientre con una mano mientras con la otra se tira hacia arriba de la malla hasta cubrir totalmente el absorbente.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

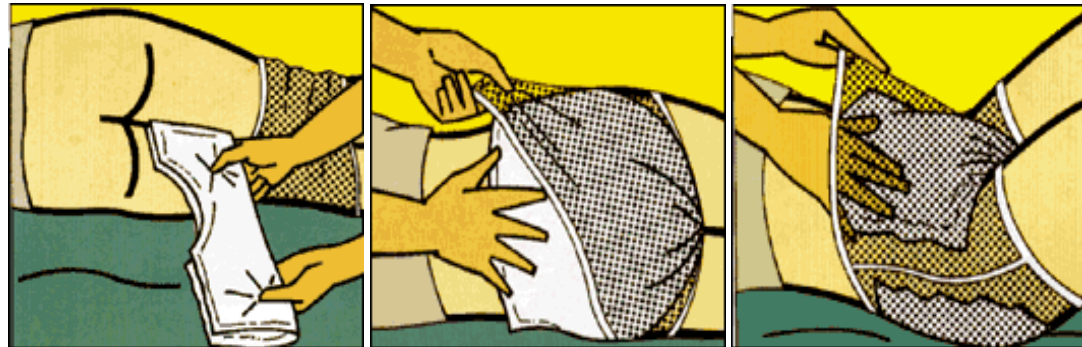
Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal



ABSORBENTES ELÁSTICOS O BRAGA PAÑAL

PERSONAS AMBULANTES

- Extender el absorbente colocando la parte con adhesivos en la espalda a la altura de la cintura.
- Sujetar con una mano, mientras que con la otra se pasa el absorbente entre las piernas.
- Colocar la parte posterior sobre la anterior, abrir los adhesivos y fijarlos a la vez que se ajusta el absorbente a la cintura.



INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

PERSONAS EN POSICIÓN SENTADA

- Levantar a la persona, retirar el absorbente y realizar la higiene de la piel.
- Colocar un absorbente nuevo desplegado sobre el asiento y sentar de nuevo a la persona.
- Ajustar las dos partes, de forma que los elásticos queden fijos en la entrepierna.
- Colocar la parte posterior sobre la anterior, abrir los adhesivos y fijarlos a la vez que se ajusta el absorbente a la cintura.

PERSONAS EN LA CAMA

- Desajustar el absorbente y colocar a la persona de lado.
- Retirar el absorbente y realizar la higiene de la piel
- Girar al paciente hacia un lado y extender el absorbente sobre la cama con los adhesivos hacia arriba.
- Colocar al paciente sobre el absorbente boca arriba, asegurándose de que la parte posterior queda a la altura de la cintura.
- Pasar por la parte anterior entre las piernas, de forma que los elásticos queden ajustados en la entrepierna.
- Colocar la parte posterior sobre la anterior, abrir los adhesivos y fijarlos.



4. ¿CUÁNDO SE DEBEN CAMBIAR?

Los productos actuales consiguen mantener la piel seca hasta la saturación del absorbente (se detecta gracias a los indicadores de humedad, que en contacto con la orina cambian de color o desaparecen). Esto permite adecuar los cambios a la valoración individualizada de cada persona incontinente.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Es recomendable realizar controles periódicos. No es necesario el cambio de absorbente en caso de un episodio de incontinencia urinaria que no suponga la saturación del absorbente. En caso de episodios de incontinencia fecal se cambiará en cualquier caso. En el caso de los elásticos los adhesivos permiten abrir y cerrar varias veces, esto permite que el paciente pueda orinar en el baño o en un recipiente adecuado sin necesidad de cambiar el pañal.

El número de cambios establecido para un paciente con incontinencia urinaria diurna y nocturna es de 3 a 4 veces en 24 horas. Como pauta general se establecen 3 cambios en periodo diurno (cada 4-6 horas) con absorbentes de día y un cuarto en horario nocturno, respetando el descanso, con absorbente tipo noche o supernoche. Estas estimaciones se hacen teniendo en cuenta que la absorción global de los cuatro absorbentes varía de 2700 a 3900 mL/día, cantidad que normalmente no supera la mayoría de los pacientes.

5. ERRORES FRECUENTES

- Utilizar una talla mayor con el objetivo de lograr una mayor absorción: no existe relación entre ambas, la capacidad de absorción es la misma en todas las tallas. La utilización de tallas incorrectas o absorbentes no adecuados a la gravedad de los episodios de incontinencia o al estado físico de cada usuario, así como las pautas de cambios inadecuadas, puede dar lugar a escapes de orina, dermatitis, mayor frecuencia de cambios y una gran incomodidad para la persona.
- Colocación incorrecta del absorbente elástico en pacientes que deambulan: tienden a bajarlo hasta colocarlo caído a la cadera provocando un desajuste del pañal y escapes de orina.
- Utilizar dos absorbentes superpuestos (generalmente uno de tipo rectangular sobre un anatómico: el pañal que está en contacto con el paciente tiene un sistema barrera que impide que la orina pase al segundo lo que hace que está medida resulte inútil para disminuir los cambios y resulta incómodo para el paciente.
- Utilizar absorbente supernoche/noche durante el día para evitar cambios: el contacto continuado puede producir dermatitis
- Utilizar absorbente supernoche cuando hay incontinencia fecal y urinaria, en cuyo caso no es necesaria una mayor absorción sino aumentar el número de cambios.
- Utilizar absorbentes anatómico elásticos cuando el paciente tienen movilidad. Deben reservarse para una incontinencia grave y poca movilidad.

SONDAS VESICALES

1. DEFINICIÓN

Las sondas son tubos de consistencias variadas (rígidos, semirrígidos, blandos) de diferentes composiciones (látex, plástico, silicona, látex siliconados, cuerpos rígidos en su interior, etc.).

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Se introducen a través de la uretra, hasta la vejiga urinaria, para evacuar la orina contenida en su interior o bien instilar líquido a través de la misma, con fines diagnósticos o terapéuticos:

Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.

Control de la cantidad de la diuresis.

Recoger muestra de orina estéril, cuando no se puede obtener por los medios habituales.

Determinar si persiste orina residual después de una micción espontánea.

Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.

Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria (lavados), o administrar medicación con finalidad de diagnóstico o tratamiento.

Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.

Su tamaño está calibrado en unidades francesas que miden la circunferencia externa: CH o Ch es la escala francesa o de Charriere (French en inglés) y es una medida que se utiliza para expresar el calibre de diferentes instrumentos sanitarios tubulares. Equivale a 1/3 de mm.

Las sondas vesicales poseen uno o varios orificios en su parte distal, la forma de los mismos y el tamaño depende del tipo de sonda y de la forma que tienen en la punta. En su interior pueden tener hasta 3 vías distintas. Las de una sola vía son generalmente rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes. En las sondas de dos vías una de ellas correspondería al balón que serviría para fijarla rellenándola con suero y/o agua destilada, y en las de tres, la tercera vía se utiliza para irrigar la vejiga de forma continua.

2. TIPOS DE SONDA:

Según su composición:

- **Látex:** uso muy frecuente, pueden causar alergia. Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona (siliconada). Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes de duración inferior a 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios).
- **Silicona:** los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia. Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex.
- **Cloruro de Polivinilo (PVC):** conocidas como sondas Nelaton. Se usan en sondajes intermitentes, para fines diagnósticos o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos.

Según el calibre:

Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente. En el caso de adultos existen calibre del 8 al 30, los que más se emplean son:

- Mujeres: CH 14 y 16.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

– Varones: CH 16-18-20-22

También hay diferencia en el caso de la longitud de la sonda en el sondaje intermitente o autosondaje: hombre 40 cm y mujer 20 cm

Según indicaciones :

Sonda	Características	Indicación
FOLEY	Látex o silicona Rectas. De dos o tres vías. En ambos casos incluyen un balón de fijación.	Dos vías: lavado, vaciado vesical y sondajes permanentes sin sospecha de patología urinaria Tres vías: cuando hay sospecha de hematuria
NELATON	Son rectas, semirrígidas y de una sola vía. Sin sistema de fijación. Con dos orificios laterales.	Vaciado de vejiga y/o recogida de muestras Fines diagnósticos o terapéuticos Instilaciones Medir Residuos
Los siguientes tipos de sondas son variaciones de la forma de la punta de las sondas Foley y Nelaton		
TIEMANN	Son curvas con punta olivada y puntiaguda. Con dos orificios laterales.	En pacientes varones prostáticos o de vaciado dificultoso
COUVELAIRE	Punta biselada o en pico de flauta. Con dos orificios laterales.	En pacientes con hematuria o para mantener un circuito de lavado
MERCIER	Punta acodada y olivada (en forma de palo de golf) y con dos orificios laterales más anchos	Se emplean después de resección del adenoma de próstata
DOFUOR	Punta acodada en forma de pico y perforada en el codo	Para lavados vesicales con coágulos
FOLYSIL	De punta completamente abierta para poder introducir una guía de referencia	Postoperatorio de prostatectomía radical

3. TIPOS DE SONDAJE

Sondajes intermitentes

Se realiza cada cierto tiempo (6-8h) y se emplea en incontinencia causada por daño medular o de los nervios que controlan la micción. Consiste en la introducción de una sonda en la vejiga para vaciar la orina, siendo retirada inmediatamente después del vaciado. La frecuencia de sondaje dependerá del volumen de orina, la capacidad de la vejiga y si el cuidador/paciente puede realizarlo adecuadamente.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

En los casos de incontinencia por rebosamiento en los que se precisara la colocación de un catéter para solucionar el mecanismo patogénico, y siempre que fuera posible, habría que plantear la realización de cateterismo vesical intermitente debido a su menor tasa de complicaciones,

Este tipo de sondaje es poco frecuente en personas mayores institucionalizadas, pero en aquellos casos en que sea necesario se utilizaran sondas de PVC de una sola vía y de punta recta (sonda Nelaton). También se pueden utilizar las sondas de baja fricción. Son sondas de silicona tratadas con lubricantes que producen un rozamiento mínimo.

Sondajes permanentes de larga duración

Con una duración mayor a 30 días. Indicado en pacientes con retención urinaria crónica.

Se prefieren tipo Foley, de látex recubiertos de silicona o de silicona pura: se introduce la sonda hasta la vejiga, donde va a realizar su función, y una vez que la cabeza ha llegado a la vejiga, se infla, con lo que el diámetro del globo es mayor que el del uréter por donde se ha introducido. Se recomienda no hinchar el globo con suero fisiológico, utilizar agua, y un volumen de 5-10 mL. Es útil cuando se requiere que el paciente sondado pueda tener movilidad.

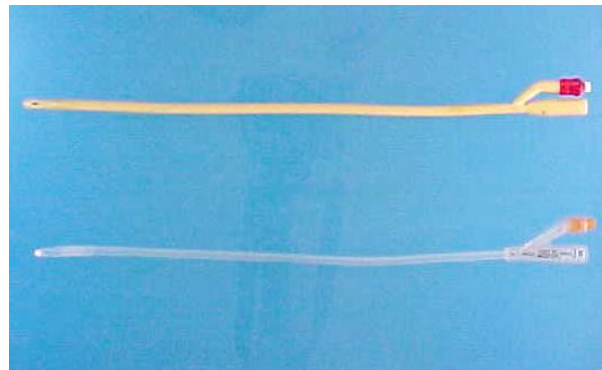
Sondajes permanentes de corta duración:

De iguales características que el anterior pero con una duración menor a 30 días. Se emplea en patologías agudas.

Recambio de sondaje permanente

Se debe tener en cuenta que el material de la sonda influye, así la sonda dura hasta un máximo de 45 días si es de látex y 90 días si es de silicona. Se suelen aplicar políticas locales para el cambio. No obstante una evidencia limitada indica que debería cambiarse cada 4-6 semanas

Y por supuesto deberá cambiarse en caso de obstrucción o infección sintomática.



Sondas Foley de látex y silicona



Detalle de las puntas de sondas Tieman (sondajes difíciles)

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

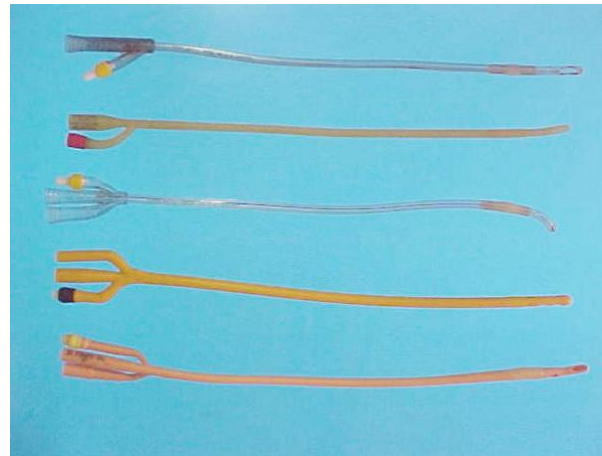
Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal



Sondas Tieman y Nelaton de látex y Silicona



Puntas de sondas Tieman, Foley y Nelaton

4. INDICACIONES

Factores externos	Factores internos
Dermatitis. Úlceras por presión. Necesidad de control de la diuresis en algunas de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Patología aguda que lo requiera. ○ Inmovilidad. ○ Deterioro cognitivo. ○ Coma y paciente terminal. 	Incontinencia por rebosamiento: Arreflexia Estenosis de uretra Patología prostática Otras patologías obstructivas

5. CONTRAINDICACIONES DEL SONDAJE

Alteraciones anatómicas del tracto urinario
Sospecha de rotura uretral

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

6. RIESGOS DEL SONDAGE

Irritación mecánica de la uretra.

Perforación uretral o vesical.

Desgarros del glande.

Hematuria, exudado y obstrucciones.

Infección urinaria (40% de los sondajes presentan contaminación a las 48 h y a los 30 días urocultivo positivo), desarrollado en el siguiente punto (G)

Incomodidad del paciente.

La estrategia más eficaz para reducir las complicaciones del sondaje urinario es evitar el sondaje innecesario. Además, es fundamental la formación adecuada del paciente, el personal sanitario, y los cuidadores para evitar los riesgos y asegurar los cuidados adecuados

7. INFECCIONES URINARIAS

El riesgo de desarrollar bacteriuria asociada incrementa de un 3 a un 10% por día. De las personas con bacteriuria, aproximadamente del 10 al 25% desarrollan ITU. El factor de riesgo más importante es la duración de la cateterización. El 40% de los sondajes presentan contaminación a las 48 h y a los 30 días urocultivo positivo casi en su totalidad. Además del factor tiempo hay otros elementos que aumentan el riesgo de bacteriuria: diabetes, creatinina en niveles por encima de lo normal, sexo femenino, manejo incorrecto de la sonda y/o de la bolsa colectora.

La bacteriuria generalmente cursa en forma asintomática. Cuando causa síntomas, es frecuente la fiebre y piuria. El delirio de nueva aparición sugiere la posibilidad de infección. Un 5% de bacteriurias asociadas a la sonda pueden derivar en bacteriemia.

Los gérmenes aislados más frecuentes son los enterobacilos, *Enterococcus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*, *Staphylococcus spp.* Los hongos son particularmente aislados en personas que recibieron antibióticos.

8. PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Respecto a la prevención hay pocos estudios controlados y aleatorizados que midan la eficacia de medidas preventivas para la ITU secundaria al cateterismo vesical.

Una de las medidas más importantes para prevenir esta infección es realizar el **cateterismo vesical** sólo cuando sea preciso y retirar la sonda tan pronto como sea posible.

El sondaje intermitente puede reducir el riesgo de bacteriuria, y se asocia a un menor riesgo de complicaciones y bacteriemia, pero son necesarios más estudios.

Otra medida es utilizar alternativas a las sondas, como son los **colectores urinarios**, útiles para hombres incontinentes sin obstrucción y con reflejo de micción intacto. Su utilización no está libre de contraer una infección urinaria.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

No se recomienda profilaxis antibiótica de forma rutinaria durante el sondaje o en el momento de la retirada de la sonda para prevenir las infecciones urinarias.

Algunas recomendaciones importantes con respecto al vaciado de la bolsa recolectora de orina son:

1. Vaciar la bolsa recolectora regularmente utilizando un recipiente de recogida distinto para cada paciente, evitando tocar la llave de drenaje de la bolsa recolectora con el recipiente de recogida
2. Mantener la bolsa recolectora bajo el nivel de la vejiga en todo momento
3. No cambiar las bolsas colectoras con intervalos rutinarios y fijos (preferiblemente se sugiere cambiarlas basándose en la aparición de signos clínicos de infección, obstrucción o cuándo el sistema cerrado está comprometido)

9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE

Colocar la sonda con técnicas asépticas.

Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.

Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.

Lavar la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica.

Indicar al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.

Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.

Estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección, excepto cuando esté contraindicado (pacientes con fallo renal o cardíaco).

Limpieza de la zona perineal exhaustivamente cada 12 horas.

Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco suprapúbico, orina turbia o maloliente, hematuria). a

Valorar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda. En caso de que ésta existiera, tomar una muestra para cultivo.

Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en la sonda.

Vaciar la bolsa al menos cada 8 horas o cuando esté llena.

Los **cambios de sonda vesical permanente** están indicados cuando:

La obstrucción de la sonda no se pueda permeabilizar.

Por roturas de la misma.

Cuando lo aconseje la duración máxima de la sonda

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Para los pacientes que requieren sondaje durante un periodo prolongado, se recomienda mantener un sistema de drenaje cerrado y estéril, evitando las desconexiones sonda/bolsa innecesarias.

COLECTORES URINARIOS

1. DEFINICIÓN

Funda de látex hipoalergénico transpirable, elástico de pared delgada, adaptable al pene, cuyo extremo inferior abierto termina en un tubo de pared más gruesa para el acoplamiento al sistema de conducción (tubo) y de recolección de la orina (bolsa).

2. TIPOS

1. SEGÚN TAMAÑO: Los tamaños están relacionados al diámetro y según las casas comerciales pueden definirse en;

Talla 1, talla 2, talla 3, talla 4 y talla 5.

Talla pequeña, talla mediana y talla grande

Medidas de 20 mm, 21 mm, 25 mm, 30 mm, 35 mm y 40 mm.

Generalmente estos productos se comercializan con medidores de pene. Es importante elegir el tamaño adecuado según el diámetro del pene. Si es mayor habrá escape de orina y provocará la caída del colector. Si es menor provocará exceso de presión.

2. SEGÚN FORMA DE FIJACIÓN

Tira: se coloca sobre el colector como una cinta sujetándolo al pene. Suele ser de poliuretano y tener un adhesivo acrílico.

Apósito adhesivo que se coloca sobre la piel del pene, en forma de cinturón en su línea media, por una cara se pega a la piel y por la otra a la goma del colector. Deben ser cambiados diariamente para proteger la piel del pene y prevenir las infecciones urinarias. La piel debe ser cuidada diariamente para evitar la maceración.

Colectores autoadhesivos a medida que se van desenrollando.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

3. INDICACIONES

FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS
<p>Úlceras por presión.</p> <p>Necesidad de control de la diuresis en algunas de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patología aguda que lo requiera. ○ Inmovilidad. ○ Deterioro cognitivo. ○ Coma y paciente terminal <p>Utilización exclusiva en incontinentes masculinos.</p> <p>Incontinentes que desarrollan actividad, viajes o desplazamientos.</p> <p>Incontinentes con la suficiente capacidad de aprendizaje para su colocación y buen uso o que dispongan de la ayuda de terceras personas para su colocación.</p>	<p>Estrechez de la uretra.</p> <p>Patología prostática.</p>

4. RECOMENDACIONES

Usar el tamaño adecuado.

Rasurar la base del pene o cortar el vello.

Debe quedar un espacio entre el extremo distal del pene y el tubo de drenaje del colector para evitar presión en el glande.

Comprobar el estado del pene a los 30 min. de la colocación del colector.

Cambio del colector cada 24 horas, observar la piel y el estado del pene. Realizar higiene.

Para penes retráctiles usar casas comerciales que tengan colectores de tamaños pequeños.

5. COMPLICACIONES

Derrames por roturas por presión o fallos de sujeción.

Reacciones alérgicas en la piel.

Infecciones locales por falta de higiene o maceración (balanitis).

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Infecciones urinarias recurrentes.

En el caso de penes pequeños y retráctiles, se pueden liberar con facilidad de estas fundas. En este caso es aconsejable la utilización de colectores con sujeción añadida.

BOLSAS DE RECOGIDA DE ORINA

1. DEFINICIÓN

Son recipientes de polímeros plásticos, destinados a la recogida de orina en caso de incontinencia o de estenosis (orgánica o funcional) de los tramos finales de las vías urinarias. Estas bolsas se conectan al colector o a la sonda vesical.

2. TIPOS

SEGÚN CIRCUITO

Sistema colector abierto. La bolsa posee únicamente la escala graduada y el tubo de drenaje, lo cual presenta una serie de inconvenientes, ya que no se puede vaciar cuando está llena de orina. Por ello, cada vez que se precisa el recambio de la bolsa, hay que desconectar el tubo de drenaje de la bolsa llena y conectar a la sonda una bolsa vacía (sistema abierto). Todo ello favorece la contaminación bacteriana. No permite la toma de muestras.

Indicación: Utilizada en sondaje vesical único, fístulas, drenajes, urostomías.

Sistema colector cerrado. Es el más completo y seguro, ya que presenta varios mecanismos que dificultan la contaminación bacteriana. Consta de las siguientes partes:

Tubo de drenaje. Es un tubo flexible que se encuentra en la parte superior de la bolsa y que está unido herméticamente a ella. Puede disponer de una o dos válvulas unidireccionales (una en la porción del tubo que conecta con la sonda urinaria y la otra en la zona de conexión con la bolsa de drenaje) que dificultan el reflujo de la orina.

Tubo de drenaje de la bolsa. Se halla situado en la parte inferior de la bolsa y también está unido herméticamente a ella. Posee una llave de paso que, al abrirla, permite el vaciado de la bolsa así como la posibilidad de tomar muestras (sistema cerrado).

Respiradero de la bolsa. Es un pequeño orificio por el que entra aire, con el fin de facilitar el vaciado de la bolsa.

Filtro para bacterias. El orificio del respiradero posee un filtro que impide que las bacterias del medio externo penetren en el sistema.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Dispositivo para colgar la bolsa. Se encuentra en su parte superior. Posee dos ganchos a modo de percha que permiten colgar la bolsa del lateral de la cama.

Escala graduada. Permite conocer la cantidad de orina existente en la bolsa en un momento dado.

Indicación: Pacientes que requieren un control estricto de la diuresis. Son de aplicación en sondajes permanentes.

SEGÚN EL TIPO DE PACIENTE

Para el paciente encamado. Se pueden emplear cualquiera de los 2 descritos (abierto y cerrado). La capacidad de la bolsa es variable, por lo general se trata de utilizar las que poseen capacidad de 2 L para que la manipulación sea menor y evitar molestias y complicaciones al paciente.

Para el paciente ambulante.: Capacidad de entre 500 y 750 mL. Llevan una válvula antirreflujo que impide que la orina pueda regresar a la sonda. Disponen además de un tubo de salida con el fin de vaciarla cómodamente, sin necesidad de desconectarla. Se trata siempre de un sistema colector cerrado donde lo que varía es el procedimiento de sujeción de la bolsa, en este caso no se cuelga de la cama, se coloca en la pierna del paciente,

DISPOSITIVOS OCLUSIVOS URETRALES

1. DEFINICIÓN

Consiste en un dispositivo que ocluye ligeramente la uretra creando una resistencia uretral suficiente para evitar los escapes de orina, pero sin provocar complicaciones isquémicas.

El material del sistema oclusivo es semirrígido y se aplica en la base del pene, cerrándose mediante un sistema de velcro.

2. INDICACIONES

Estos dispositivos serían útiles para los varones con incontinencia urinaria de estrés (fundamentalmente tras la resección prostática), permitiéndoles mantener una mayor independencia y evitando los escapes de orina en las situaciones de esfuerzo.

De una forma general se recomienda liberar el dispositivo uretral cada 3-4 horas.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

CONOS VAGINALES

1. DEFINICIÓN

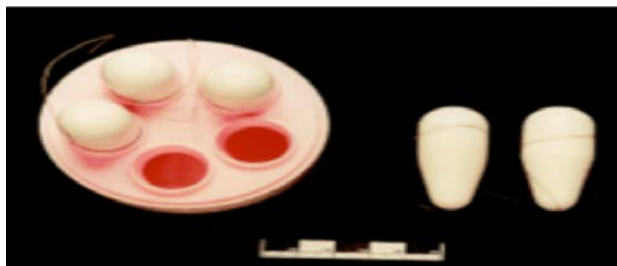
Los conos vaginales son dispositivos con cierto peso que se insertan en la vagina y que se utilizan para fortalecer la musculatura del suelo pélvico de la mujer.

El suelo pélvico es el conjunto de músculos que sostiene toda la parte baja del abdomen, como un arco protector para la vejiga, el útero o matriz y el intestino inferior. A través del suelo pélvico pasan los conductos de salida al exterior de estos órganos: la uretra, la vagina y el recto. El debilitamiento de los músculos del suelo pélvico y las lesiones en los nervios durante el parto pueden ser algunas de las causas que pueden provocar a corto o largo plazo incontinencia urinaria de esfuerzo.

El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (la base de la cavidad abdominal) puede mejorar este trastorno. Un método de entrenamiento del suelo pélvico es la utilización de los conos pesados que se introducen y mantienen dentro de la vagina. La teoría es que al mantener un cono especialmente fabricado dentro de la vagina, éste entrena automática y correctamente el suelo pélvico.

Los conos vaginales consisten en un sistema de pesas vaginales de peso creciente, que van desde los 20 a los 100g, aunque son del mismo tamaño (Figura 1), y se usan manteniéndolos en la vagina como un pequeño tampón (Figura 2) durante un periodo aproximado de 15 min. dos veces al día, de pie o caminando.

Figura 1. Conos vaginales



Al introducir el cono en la vagina, tiende a descender y caer por su propio peso. La sensación de pérdida del cono provoca un suave reflejo de contracción en los músculos del suelo pélvico que hace retener el cono. La mujer comienza con aquel cono que le sea más cómodo de retener y posteriormente irá incorporando conos de mayor peso. La contracción de los músculos y el avance gradual hacia conos de mayor peso fortalece el suelo pélvico. El 70% de las mujeres obtiene una mejoría sintomática significativa al cabo de un mes de uso, con una correlación importante entre las pérdidas de orina y el peso del cono retenido. Un tratamiento completo suele durar entre 2 y 3 meses.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Suponen una alternativa para aquellas mujeres que tengan dificultad para realizar los ejercicios de suelo pélvico correctamente –Kegel- (bien porque contraigan el grupo muscular equivocado por no saber reconocerlo, o bien por ni siquiera contraerlo) permitiendo automatizar los ejercicios y aprender a realizar la contracción correcta fácilmente. Por otro lado, pueden presentar algún problema con su aplicación y dificultades para mantener la motivación.

2. INDICACIONES

Incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer

OBTURADOR ANAL

1. DEFINICIÓN

El obturador anal es un dispositivo de inserción en el conducto del ano, diseñado para la incontinencia fecal tanto en adultos como en niños. Esta fabricado en una espuma de poliuretano, lo que le confiere flexibilidad y suavidad, y una gasa de algodón en su base a modo de cordón. El poliuretano posee una estructura de celdillas abiertas que permite el paso de gases y aire a través del mismo. La espuma esta comprimida a la mitad de su volumen formando un diseño similar a un supositorio, y recubierta de una película de alcohol de polivinilo que se disuelve cuando está expuesta al calor y a la humedad corporal (38°C), tomando su forma definitiva de campana entre 30-60 segundos después de su aplicación.

A continuación se muestra la morfología del producto tanto comprimido como expandido.



Forma inicial



Forma expandida

Los tapones anales pueden ser difíciles de tolerar, sin embargo, si se toleran pueden ser útiles en la prevención de la incontinencia. Los obturadores se presentan en diferentes tamaños y elegir la medida adecuada es fundamental para obtener la mayor eficacia.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

2. MODO DE APLICACIÓN

La forma de aplicación, mecanismo de acción y retirada del producto se despliega en la siguiente secuencia:

APLICACIÓN

Introducir con suavidad el obturador en el ano como si fuera un supositorio dejando el cordón de su extremo visible para facilitar la retirada posterior. Si fuese necesario, para evitar posibles molestias, aplicar un poco de vaselina en la punta del obturador.

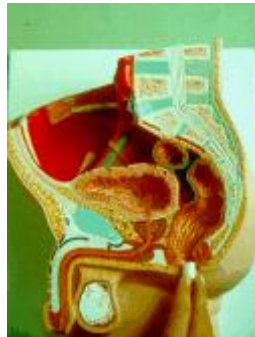
Se debe tener especial cuidado en introducir completamente el obturador en el interior del recto.

MECANISMO DE ACCIÓN

Una vez colocado en su posición, el contacto con la mucosa del recto hace que la película de alcohol de polivinilo se disuelva, expandiéndose la espuma de poliuretano a su tamaño real en forma de campana, lo que produce un bloqueo contra la salida de las heces.

RETIRADA

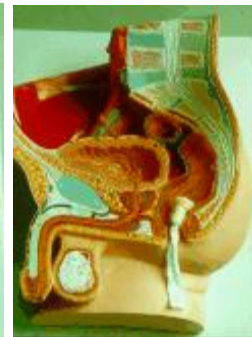
Para retirar el producto simplemente hay que tirar del cordón de gasa situado en el extremo que hemos dejado fuera del ano.



Inserción



Expansión



Obturación

3. INDICACIONES

Incontinencia fecal en la que no existe tono en el esfínter anal

Úlceras por presión

Dermatitis

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

- Definición
- Etiología
- Clasificación
- Diagnóstico
- Manejo
- Consecuencias y complicaciones
- Medidas paliativas
- Prevención

INCONTINENCIA FECAL

- Definición
- Etiología
- Valoración
- Manejo
- Medidas paliativas
- Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

- Absorbentes de incontinencia
- Sondas vesicales
- Bolsas de recogida de orina
- Colectores urinarios
- Dispositivos oclusivos uretrales
- Conos vaginales
- Obturador anal

4. INCONVENIENTES

Incomodidad del producto una vez insertado

Este inconveniente no está ligado a la sensibilidad del paciente en la zona anal, existiendo pacientes con poca sensibilidad a los que les resulta incómodo y pacientes sin problemas de sensibilidad que se adaptan perfectamente, por lo que no se puede predecir previamente que pacientes se podrían beneficiar más de su uso.

Expulsión involuntaria del dispositivo o la retirada voluntaria

Debido a la falta de acomodación. Estas dificultades parecen resolverse tras un periodo de entrenamiento y adaptación al obturador anal.

Otros inconvenientes, mucho menos frecuentes:

Molestias en la retirada del dispositivo: debido a que se ha extraído demasiado pronto por lo que no ha dado lugar a que el producto se reblandezca y permanece seco en la retirada.

Molestias en la inserción: se suelen resolver impregnando el producto en vaselina.

5. VENTAJAS

Alternativa estéticamente más aceptable que los absorbentes, ya que evita el olor y controla satisfactoriamente la continencia, mejorando por tanto su calidad de vida.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

BIBLIOGRAFÍA

- Abad Luna MC, Medrano Chivite J. Evaluación y homologación de artículos para la incontinencia urinaria. En: Simposium Nacional sobre Incontinencia Urinaria en el anciano y avances en urogeriatria. Tenerife. 1987.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M., Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam* 2002; 21:167-78.
- Alarcon Benito J, et al. Libro blanco sobre la incontinencia urinaria en España. Ministerio de sanidad y consumo. Dirección general de farmacia y productos sanitarios. 1991
- Castaneda Pfeifer et al. Temas de enfermería gerontologica. Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontologica. Logroño: SEEGG; 1999.
- Castleden M., Evans S. Incontinence. En: Qizilbash N, Scheider LS, Chui H, Tariot P, Brodaty H, Kaye J, Erkinjuntti T, editores. *Evidence Based Dementia Practice*. Oxford: Blackwell Publishing; 2002. p 734-43.
- Chassagne P, Landrin I, Neveu C, et al. Fecal incontinence in the institutionalised elderly: incidence; risk factors and prognosis. *Am J Med* 1999; 106:185-90.
- Circular 12/96, de 19 de Julio, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Instrucciones para la aplicación del RD 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados.
- Consensus Development Conference. Assessment and treatment of urinary incontinence. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. *Lancet* 2000; 355:2153-8
- Dubeau C. Urinary incontinence. En: Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB, editores. *Geriatrics Review Syllabus: a core curriculum in Geriatric Medicine*. 5ª ed. (ed. española). Barcelona: Medical Trends S.L.; 2002. p 101-112.
- Durrant J., Snape Urinary incontinence in nursing home for older people. *Age Ageing* 2003; 32:12-8.
- Enciclopedia médica en español. Incontinencia de urgencia. Medline Plus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/Spanish/ency> [Consulta: 16-03-2004]
- Eulalia Sevilla, et al. Incontinencia urinaria en el Paciente Anciano: Enfoque inicial y cuidados. *Residencial* 1996; 4:27-32.
- Eustice S., Roe B., Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002 (CD002113).
- Florez Lozano JA. Aspectos psicologicos en la incontinencia urinaria. España: Coloplast.
- Füsgen I, Bienstein C, Böhmer F, et al Interdisciplinary care of urinary incontinence in the elderly. *Worl J Urol* 1998; 16 Suppl 1: S62-71.
- Grupo de Trabajo de Incontinencia de la SEGG. Manejo de la incontinencia urinaria en el adulto. Madrid: Idepsa, 1997.
- Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
- Holroyd-Leduc JM, et al. Management of urinary incontinence in women. *Scientific Review. JAMA* 2004;291(8):986-995.
- Hu TW, Igou JF, Kaltreider DT et al. A clinical trial of a behavioural therapy to reduce urinary incontinence in nursing homes. Outcome and implications. *JAMA* 1989; 261:2656-62.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

International Continence Society. Committee on Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Urologica* 1991;1:57-75.

Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003; 70 (1):54-61.

Managing incontinence due to detrusor instability. *DTB* 2001;39(8):59-64.

Marion Moody. *Incontinencia : Problemas del Paciente y Cuidados de Enfermería*. Ancora S.A.. 1993.

Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr AI. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 82:327-38.

Ouslander J. Intractable incontinence in the elderly. *BJU International* 2000; 85 Suppl 3:S72-8.

Ouslander JG. Geriatric considerations in the diagnosis and management of overactive bladder. *Urology* 2002; 60 Suppl 1: S50-5.

Potenziani JC. ¿Cómo fortalecer los músculos del piso pélvico muscular y con ello mejorar la incontinencia urinaria en pacientes femeninas?. Disponible en: <http://www.urologiaaldia.com> [Consulta: 16-03-2004]

Ramos P, Verdejo C, Lopez Gil JA. Incontinencia en los ancianos. Encuentros en geriatría. Esquemas de actuación en residencias. SMGG y APMER. 2000.

Recomanacions per a l'ús de bolquers en la incontinència urinària. Direcció clínica en l'atenció primària. Guies de pràctica clínica i material docent. Institut Català de la Salut.

Neil M. Resnick, M.D., Subbarao V. Yalla, M.D., and Edna Laurino, M.S., R.N.P. The Pathophysiology of Urinary Incontinence among Institutionalized Elderly Persons.

Schiller LR. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:497-515.

Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007408. DOI: 10.1002/14651858

Tannenbaum C, Perrin L, DuBeau CE, Kughel GA. Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82:134-138.

Tariq SH, Morley JE, Prather CM. Fecal incontinence in the elderly patient. *Am J Med* 2003; 115:217-27.

Thakar R, Stanton S. Management of urinary incontinence in women. *BMJ* 2000; 321:1326-1331.

Tratamientos paliativos. En: Información, soluciones y consejos ante la incontinencia urinaria [en línea]. Disponible en: <http://www.indas.es/revista/pub2/0.html> [Consulta: 16 de marzo de 2004]

Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary incontinence in adults: Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research. Public Health Service. Rockville MD (USA). March 1992. Update 1996.

Warren J.W. Catheter-Associated urinary tract infections. *Urinary tract infection. Inf Dis N A*; 1997;11(3):609-18.

Weinberger MW. Conservative treatment of urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38:175-88.

Bermejo Boixareu C, Rodríguez Salazar J. *Manual Terapéutico en Geriatría*. Madrid. IMC. 2013.

Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. *Geriatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica; 2008.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Incontinencia Urinaria*. 2012.

M.G. Lucas (chair), D. Bedretdinova, J.L.H.R. Bosch,, F. Burkhard, F. Cruz, A.K. Nambiar, C.G. Nilsson,, D.J.M.K. de Ridder, A. Tubaro, R.S. Pickard. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2014.

Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Protocolo de prevención, tratamiento y gestión de la incontinencia en residencias de mayores del Servicio Regional de Bienestar Social. 2010.

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>.

Schaeffer AJ, Richie JP, Collins KA. Placement and management of urinary bladder catheters. Julio 2014. Disponible www.UptoDate.com. Consultado el 28/08/2014.

Fekete T, Carlderwood SB, Bloom A. Catheter-associated urinary tract infection in adults. Julio 2014. Disponible en www.UptoDate.com. Consultado 28/08/2014.

Schaeffer AJ, Richie JP, Collins KA. Complications of urinary bladder catheters and preventive strategies. Julio 2014. Disponible www.UptoDate.com. Consultado 28/08/2014.

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.

Sinclair L, Hagen S, Cross S. Washout policies in long-term indwelling urinary catheterization in adults: a short version cochrane review. Neurourol Urodyn. 2011 Sep;30(7):1208–12.

Jahn P, Beutner K, Langer G. Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD004997.

Niël-Weise BS, van den Broek PJ. Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD004203.

Niël-Weise BS, van den Broek PJ. Antibiotic policies for short-term catheter bladder drainage in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD005428.

Niël-Weise BS, van den Broek PJ, da Silva EMK, Silva LA. Urinary catheter policies for long-term bladder drainage. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD004201.

Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. TITLEREVISTA. 2004 Mar 6;122(08):288–92.

Griebing TL. Urinary incontinence in the elderly. Clin Geriatr Med. 2009 Aug;25(3):445–57.

Guía del buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de sanidad Xunta de Galicia. 2007.

DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A, Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. Neurourol Urodyn. 2010;29(1):165–78.

Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. TITLEREVISTA. 2011 Jan 1;46(01):5–6.

Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn. 2010;29(1):213–40.

Prado Villanueva B, Bischoffberger Valdés C, Valderrama Gama E, Verdejo Bravo C, Damián J. [Prevalence and main characteristics of urinary incontinence among institutionalized older

Zunzunegui Pastor M, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes M, Aguilar Conesa M, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. TITLEREVISTA. 2014 Jun 1;46(06):337–42.

Deutekom M, Dobben AC. Plugs for containing faecal incontinence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD005086. DOI: 10.1002/14651858.

Entrenamiento muscular del piso pélvico agregado a otro tratamiento activo versus el mismo tratamiento activo solo para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 11.

Schroder A, Abrams P, Andersson K-e, Artibani W, Chapple C.R, Drake M.J, Hampel C, Neisius A et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. European Association of Urology 2010

INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Definición
Etiología
Clasificación
Diagnóstico
Manejo
Consecuencias y complicaciones
Medidas paliativas
Prevención

INCONTINENCIA FECAL

Definición
Etiología
Valoración
Manejo
Medidas paliativas
Prevención

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA

Absorbentes de incontinencia
Sondas vesicales
Bolsas de recogida de orina
Colectores urinarios
Dispositivos oclusivos uretrales
Conos vaginales
Obturador anal

Robson MK, Lembo AJ. Fecal incontinence in adults: Management. Disponible en WWW.UPTODATE.COM. Última actualización noviembre 2014.

PREEVID Murcia Salud. ¿Cuál es la forma más adecuada de realizar el vaciado de la bolsa colectora de orina, en pacientes con sondaje vesical? Disponible en [HTTP://WWW.MURCIASALUD.ES](http://WWW.MURCIASALUD.ES)

AHRQ. Prevention of Urinary and Fecal Incontinence in Adults Publication No. 08-E003 December 2007. Disponible en: <https://archive.ahrq.gov>

SEGG. Manual del residente de geriatría. Año 2011. ISBN: 978-84-695-0862-6

PREEVID Murcia Salud. ¿Cada cuánto tiempo debo cambiar la sonda vesical en un paciente con sondaje vesical permanente? Disponible en [HTTP://WWW.MURCIASALUD.ES](http://WWW.MURCIASALUD.ES)

Incontinence 5th Edition 2013 ICUD 5th International Consultation on Incontinence, Paris February, 2012. ISBN : 978-9953-493-21-3

Hospital Ciudad Real. Sondaje vesical. Protocolo de enfermería. 2010. Disponible en: <http://www.hgucr.es>