

■ Los paciente y familiares pudieron aportar su ideas, y colaboraron con sus escritos en cartulinas de colores; incluso uno de ellos encargó una gran tarta con el eslogan de Humor + Risa = Salud, que se incluía en el tríptico.

Pasamos unas encuestas de satisfacción, para todo aquel que quisiera cumplimentarla voluntaria y anónimamente. De esta manera podríamos evaluar la consecución de objetivos. La entregamos impresa en distintos colores para seguir la tónica alegre del día; se hicieron preguntas cerradas y dejamos abierta la posibilidad de comentarios para mejorar próximos eventos. La encuesta fue la siguiente:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL DÍA DEL HUMOR

Martes 13 de diciembre de 2005.
Servicio de Urología (Unidad de Hospitalización),
Hospital General de los HHUU Virgen del Rocío.

Tras haberse celebrado el Día del Humor, nos gustaría conocer tu opinión sobre el mismo, para así poder mejorarlo en próximas ediciones si fuese el caso.

1. ¿Te ha gustado participar en el Día del Humor?

Sí No

2. ¿Te has sentido más alegre y con mejor humor durante este día?

Sí No

3. ¿Has percibido la participación de todos (pacientes, familiares y personal) en este día?

Sí No

4. ¿Crees que las actividades realizadas son las adecuadas para celebrar este día?

Sí No

Si se te ha ocurrido alguna actividad que pueda incluirse en futuras celebraciones, escríbela aquí:

5. ¿Te gustaría que este día se volviese a celebrar en el hospital?

Sí No

Comentarios:

HUMOR + RISA = SALUD
¡RECUÉRDALO!

RESULTADOS

Pudimos comprobar los efectos beneficiosos del humor y la risa en nuestra unidad; incluso pacientes, profesionales y familiares de otros servicios acudieron para participar en este día, sobre todo los del servicio de Oncología, a los que visitamos para invitarlos a nuestra ala bailando una conga con familiares y pacientes de Urología.

Durante la experiencia no tuvimos ninguna incidencia desagradable; la llamada a los timbres fue prácticamente nula; no se reclamó analgesia alguna; los pacientes y familiares estuvieron más alegres, comunicativos y colaboradores que ningún otro día, se realizaron todas las labores previstas como curas, preparaciones para quirófanos y recepción de los mismos, registros, etc.

El 100% de los pacientes contestaron afirmativamente a las preguntas de la encuesta, y en los comentarios destacaron frases como:

■ ¡Genios!, habéis logrado que todos hayamos tenido un momento de amistad y alegría. Gracias.

■ Ojalá todo esto sea contagioso a otras plantas. Gracias.

■ Desearía que este día se multiplique por 365.

■ Es positivo para la rutina y el ánimo de los pacientes y del personal.

Como se puede comprobar por los comentarios, el ambiente fue muy distendido y cordial.

CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto, el Día del Humor fue un gran éxito y nos dio la posibilidad de relacionarnos y comunicarnos desde la alegría y la risa, desde el retorno a la niñez en un mundo adulto repleto de arquetipos, que pueden difuminarse con sólo la sencillez y sinceridad de la risa. ▼

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Anatomía de una enfermedad, 1979, Nomand Cousins.

www.risa.salud.com

www.rock.com/pacht.hotmail

www.naturamedia.com/risoterapia.hotmail

www.enbuenasmanos.com

www.jubilo.es

www.proyecto.org/risoterapia.hotmail

Queremos hacer extensivo nuestro agradecimiento a las diferentes personas que hicieron posible este evento: Subdirección de Enfermería del hospital, coordinador médico del servicio, personal sanitario y no sanitario, familiares y pacientes.

Un agradecimiento especial para Marta Ligoiz y para todas las personas que, con su risa y actitud, saben dar un nuevo sentido a la vida.

ANA MARÍA ÁLVARO SÁNCHEZ, DUE; VANESA RUIZ LUJÁN, DUE; MARÍA CRUZ CARRASCO GARCÍA, DUE; ELENA ROMERO MARÍ, Supervisora de Hospitalización Quirúrgica.

Fundación Hospital Alcorcón. Hospitalización Quirúrgica. Área de Urología. Alcorcón, Madrid 2006

Fomento del autocuidado en pacientes con incontinencia urinaria

INTRODUCCIÓN

La pérdida involuntaria de orina es un problema que puede generar en las personas que lo padecen sensación de inseguridad, de apatía, e incluso de cólera, dependencia o vergüenza. Llegando a la depresión y negación de quienes lo padecen. La pérdida de confianza y autoestima debido a la carencia de higiene personal empeora la situación.

La prevalencia de la IU es difícil de precisar. Los datos exactos varían considerablemente en función de los estudios epidemiológicos de un 2% a un 55%. Esto es debido, sobre todo, a diferencias en los criterios de evaluación para la incontinencia urinaria (métodos diagnósticos utilizados, intensidad de la pérdida de orina), diferencias en relación a la población investigada y, en menor grado, diferencias en función del país de estudio.

También hay que tener en cuenta que sólo del 20 al 30% de la población que lo padece, acude a un especialista.

En general las mujeres sufren más incontinencia urinaria que los hombres.

El número de casos también aumenta con la edad, siendo los pacientes ancianos los que presentan la más alta frecuencia de incontinencia urinaria (40%). Esta proporción se incrementa hasta el 75% de los pacientes con deterioro mental severo.

La incontinencia de esfuerzo es la más frecuente en mujeres menores de 75 años, y al aumentar la edad, la incontinencia de urgencia pasa a ser el tipo más frecuente de incontinencia en la mujer.

La OMS calcula que un 35% de las mujeres están afectadas de esta dolencia en algún momento de su vida.

Entre los 30 y los 60 años se reduce al 25%, aumentando después de los 80 años.

Dicho todo lo anterior, podemos decir que lo que nos ha llevado a la elaboración de este trabajo es una serie de razones, entre las que podríamos destacar las siguientes:

Se trata de un problema de salud bastante común en el anciano. La incontinencia urinaria de éste puede obedecer a diferentes causas, unas más simples y evidentes y otras más complejas.

No se puede seguir pensando que la incontinencia apare-

ce como consecuencia directa del envejecimiento, sino que lo razonable sería considerar a la incontinencia como un síntoma de que algún sistema de nuestro organismo falla, y darnos cuenta de que genera importantes repercusiones que influyen considerablemente sobre la calidad de vida.

Muchos profesionales sanitarios no han recibido una adecuada formación en este tema, y tenemos que tener claro que todo paciente con incontinencia tiene derecho a ser adecuadamente valorado y tratado, porque existen posibilidades reales de curación o de mejoría.

Hoy en día podemos decir que estamos ante una epidemia silenciosa, que sobre todo padecen las mujeres.

No sufra en silencio este problema de salud, y si padece incontinencia de orina consulte a un profesional de la salud lo antes posible.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Nuestro propósito es educar y entrenar al personal de enfermería en medidas de prevención 1ª y 2ª ante la incontinencia urinaria (IU).

Nuestro objetivo es definir en qué momento el personal de enfermería inicia la educación del paciente, tanto en medidas de prevención de la IU como en el mantenimiento de los ejercicios de fortalecimiento pélvico, consiguiendo así la mejora del autocuidado del paciente.

Como segundo objetivo queremos conseguir que los pacientes conozcan e integren los conocimientos enseñados por el profesional sanitario para la mejora de su autocuidado.

PLAN DE ACTUACIÓN. FORMACIÓN A DUE

Antes de nada hay que tener claro ¿qué entendemos por suelo pélvico? Conocemos como suelo pélvico al grupo de músculos (perineo) limitados por las nalgas, los muslos y la pelvis, que proporcionan el sostén a toda la parte baja del abdomen (vejiga de la orina, útero o matriz e intestino inferior).

FISIOLOGÍA DE LA CONTINENCIAS

El tracto urinario inferior está constituido por la vejiga, que es una cavidad de composición muscular con función de almacenamiento de la orina, y por la uretra o conducto de drenaje al exterior.

La musculatura pelviana ayuda a la continencia urinaria fortaleciendo el mecanismo esfinteriano.

VEJIGA

Órgano hueco de forma triangular situado en la parte baja del abdomen en el cual se deposita la orina, se sostiene por ligamentos insertados a otros órganos y a los huesos de la pelvis.

Está formada por una estructura muscular encargada de la contracción vesical -el detrusor- y la región anatómica de salida al exterior -el trigono-.

El detrusor está formado por un 70% de fibras elásticas y un 30% de fibras colágenas.

Durante la fase de llenado, la orina se acumula en la vejiga a un promedio de 20 ml/min. La capacidad vesical varía según los individuos.

Se considera normal 350-300 ml. Al inicio de ésta, en la fase de almacenamiento una presión baja de llenado debido a la relajación del músculo detrusor. En la fase final de la misma, la presión aumenta produciendo sensación de plenitud y deseos de orinar. En la fase de vaciado, se produce la contracción del detrusor gracias al estímulo del parasimpático.

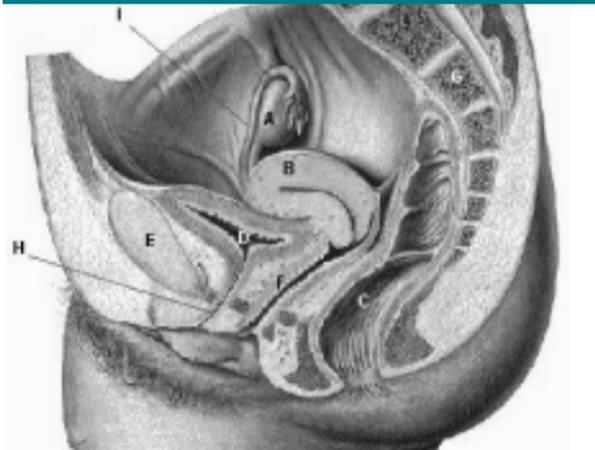
URETRA

Conducto estrecho a través del cual pasa la orina de la vejiga al exterior del cuerpo.

Tiene una doble función: de control del vaciado y de su conducción. Está constituida por un esfínter interno formado por fibras musculares lisas y rodeado en su capa más externa por una capa de músculo estriado que constituye el esfínter externo, el cual tiene un papel muy importante en el mantenimiento de la continencia. Durante el llenado vesical la presión intrauretral permanece más alta que la intravesical asegurando la continencia, la diferencia de presión entre uretra y vejiga recibe el nombre de presión uretral de cierre. En la fase de vaciado se produce la apertura del esfínter interno y la relajación voluntaria del esfínter externo con una caída de la presión intrauretral que favorece la micción.



Fig. 2



A. Ovario; B. Útero; C. Recto; D. Vejiga; E. Sínfisis del pubis; F. Vagina, G. Sacro, H. Uretra.

SUELO PÉLVICO

Está constituido por un conjunto de músculos (ver figuras 3 y 4) cuya función es dar un soporte flexible a los órganos de la pelvis; vejiga urinaria, útero y ovarios y porción final del intestino. La función correcta de estos órganos depende de la integridad y fortaleza de los músculos que los mantienen.

CAUSAS QUE DEBILITAN LOS MÚSCULOS DEL SUELO PÉLVICO

La ejercitación de estos músculos no se realiza de manera espontánea, aunque se mantenga una excelente condición física con la práctica habitual de deportes. Existen varias causas y factores de riesgo que inciden o agravan su deterioro, aunque la mayoría de ellos son prevenibles y su adecuado conocimiento contribuiría a evitarlos.

1. Embarazo y parto

Constituye la principal causa del debilitamiento. Cuando la mujer está embarazada, la presión abdominal aumenta a medida que el bebé aumenta de peso y tamaño, como consecuencia el suelo pélvico debe realizar un esfuerzo mucho mayor. Además, la distensión de estos músculos aumenta cuando el bebé pasa a través de ellos en el parto.

Por otro lado la vida que vivimos, obliga a la mujer a mantener su figura, por esto es normal tras el parto realizar ejercicios físicos (abdominales...) que en lugar de favorecer la recuperación de su cuerpo lo deterioran, ya que contribuyen a cargar el suelo pélvico sin antes haberlo recuperado.

2. Ejercicio físico

El deporte que aumenta la presión intraabdominal, y no se equilibra con los correspondientes ejercicios para reforzar el suelo pélvico, lo debilita. Esto tiene consecuencias a medio y largo plazo: es muy frecuente encontrar incontinencia urinaria en deportistas, que practican deportes que sobrecargan el periné.

Fig. 3 PERINÉ FEMENINO

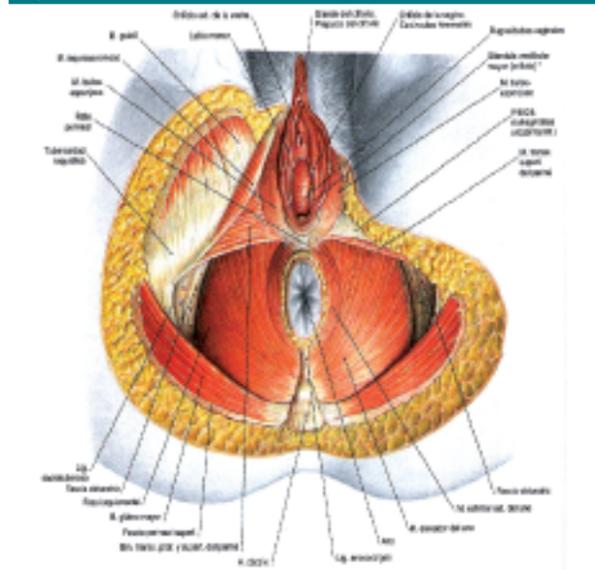
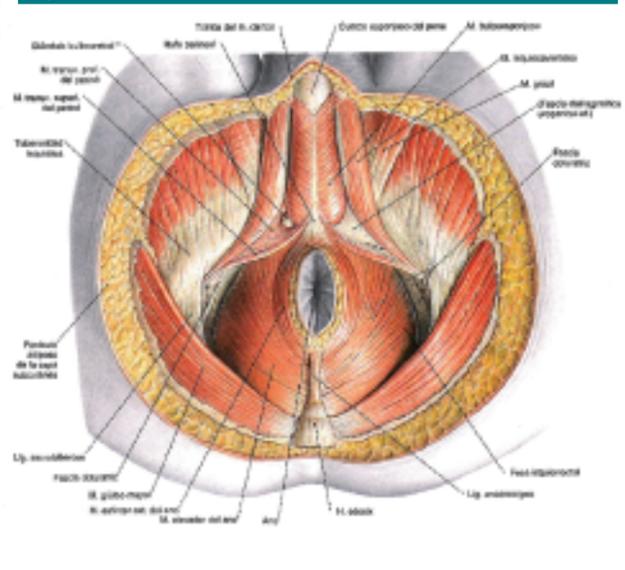


Fig. 4 PERINÉ MASCULINO



3. Envejecimiento

La situación de semejanza con el resto de los músculos es que cuando no se ejercitan, simplemente con el paso de los años se van atrofiando. Además, los cambios hormonales de la menopausia pueden producir pérdida de flexibilidad. Por tanto, en esta etapa de la vida de la mujer es muy habitual la presencia de los efectos de la debilidad del suelo pélvico, siendo la más habitual la incontinencia al esfuerzo.

Los cambios que acontecen durante la menopausia y el envejecimiento normal, la influencia hereditaria y la presencia de determinados hábitos, retener mucho tiempo la orina, hacer presión con el abdomen, utilizar fajas o prendas muy ajustadas, la obesidad, el estreñimiento, la tos crónica, el tabaquismo, etc., aumentan considerablemente la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y los trastornos derivados de la debilidad de los músculos pélvicos.

4. Obesidad

5. Una preparación y/o recuperación insuficiente en las intervenciones efectuadas sobre los órganos pélvicos, como sucede en histerectomías, cirugías de colon y recto, intervenciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria, cirugías de vejiga y próstata en el varón, etc., se acompañan de lesiones y disfunciones musculares pélvicas de grado variable susceptibles de rehabilitación.

INERVACIÓN

En la inervación de los responsables de la dinámica miccional así como en su control participan el sistema simpático, el parasimpático y el somático, los cuales actúan de forma sinérgica modulados por los centros encefálicos y medulares.

1. El sistema nervioso parasimpático inerva el detrusor asegurando el vaciado vesical por contracción del mismo. El sistema nervioso simpático inerva el trigono y el esfínter

interno, asegurando la continencia al mantener el cuello vesical cerrado durante el llenado de la vejiga. El nervio pudendo inerva el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal asegurando la continencia, al poder cerrar la uretra y el ano.

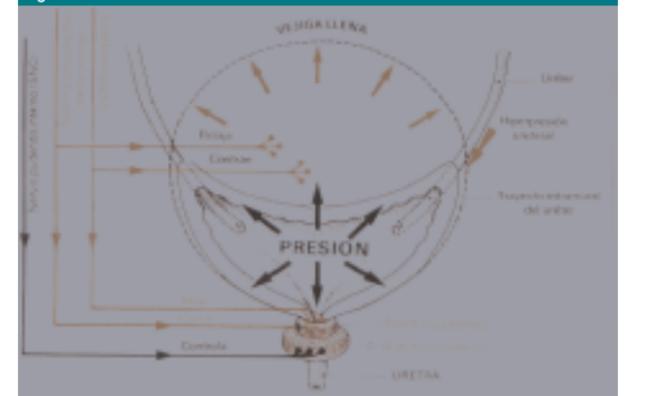
2. Los centros medulares que actúan sobre la micción son:
 - El núcleo simpático (metámera D10-L1), núcleo parasimpático (metámera S2-S4) y núcleo somático (metámera S3-S4).

- La coordinación de los núcleos medulares la realiza un centro superior, denominado núcleo pontino, auténtico núcleo de la micción.

- El orinar es un acto voluntario y consciente que se consigue gracias al control que ejercen los centros superiores sobre núcleo pontino que informa a la corteza cerebral del llenado vesical, y la necesidad de micción se controla por inhibición del reflejo miccional, hasta que se pueda orinar en un lugar adecuado.

3. La interrupción del flujo miccional se consigue mediante la contracción del esfínter periuretral y la inhibición de la contracción del detrusor (figura 5).

Fig. 5 PAPEL DE LAS PRESIONES Y DE LA INERVACIÓN EN EL LLENADO VESICAL



CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Revisando la bibliografía que hemos utilizado para la realización de este trabajo, nos damos cuenta de la multitud de definiciones que existen en la clínica médica de la IU, atendiendo a similitudes entre los distintos conceptos que viene a exponer una misma definición optamos por nombrar las siguientes nomenclaturas de la IU; sin embargo, el interés de la disciplina enfermera no es la etiología sino la respuesta, en términos conductuales, que la pérdida de orina involuntaria genera en los individuos.

Nombramos los diferentes tipos de IU dentro de las clasificaciones de Enfermería según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), incluidos en el patrón 1 denominado intercambio (entre otros)

ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

- IU DE ESFUERZO. Pérdida de orina inferior a los 50 ml al aumentar la presión intraabdominal.
- IU REFLEJA. Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.
- IU DE URGENCIA. Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de orinar.
- IU FUNCIONAL. Incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina.
- IU TOTAL. Pérdida de orina continua e imprevisible.

1. Incontinencia transitoria

En el 50% de los ancianos hospitalizados que presentan incontinencia, ésta es de tipo reversible, mientras que en el 33% de los que viven en la comunidad se trata de pérdidas urinarias transitorias.

Las causas que desencadenan la incontinencia aguda son múltiples, pero las principales son: infecciones del tracto urinario, delirio, vaginitis o uretritis atrofica, fármacos (sedantes, diuréticos, anticolinérgicos, antagonistas del calcio), disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hiperglucemia e hipercalcemia), inmovilidad e impactación fecal.

2. Incontinencia de urgencia

También conocida como inestabilidad del detrusor, es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente (65% de los casos) entre las personas mayores. Esta incontinencia se produce cuando las contracciones no inhibidas del detrusor superan la resistencia de la uretra, lo que permite la pérdida de pequeñas cantidades de orina. Los ancianos presentan una súbita urgencia de orinar y un residuo posmiccional con frecuencia menor de 50 ml.

Básicamente, existen cuatro mecanismos responsables de este tipo de incontinencia:

1. Defectos en la regulación por parte del SNC.
2. Obstrucción del tracto urinario inferior (como en las primeras fases del síndrome prostático).
3. Afectación orgánica vesical.
4. Inestabilidad idiopática (forma más frecuente en mujeres).

3. Incontinencia por rebosamiento

Ocurre cuando la presión de llenado vesical excede a la uretral, pero sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga sin que exista actividad del detrusor. Suele corresponder a la etapa final de la obstrucción del tracto inferior urinario y se caracteriza por un residuo posmiccional superior a 100 ml.

Existen dos mecanismos de producción. El primero, por obstrucción, al existir un obstáculo en el flujo miccional, las fibras musculares del detrusor se hipertrofian, pero con el tiempo pierden su capacidad de contracción produciendo un insuficiente vaciado de orina y el consiguiente residuo vesical.

Puede aparecer en ambos sexos, aunque es más frecuente en el varón por hipertrofia benigna de próstata.

La otra causa son los fármacos: antihipertensivos, antagonistas del calcio e inhibidores prostaglandinas (AINEs), que disminuyen la contractibilidad del detrusor. Clínicamente se manifiesta con síntomas obstructivos, aunque algunos pacientes pueden referir polaquiuria.

4. Incontinencia de estrés

Conocida también como incontinencia de esfuerzo pura o genuina. Se produce cuando el aumento de presión intraabdominal supera la resistencia uretral, permitiendo la expulsión de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor.

Entre sus causas se incluyen la deficiencia estrogénica, la debilidad de los músculos pelvianos, la debilidad del esfínter uretral y la obesidad.

Clínicamente existen pequeñas pérdidas de orina después de la tos o de un acceso de risa o cualquier actividad física que aumente la presión abdominal.

El residuo posmiccional es mínimo.

Su prevalencia se sitúa entre el 40-50%.

5. Incontinencia funcional

Este tipo de incontinencia tiene lugar cuando un anciano continente con tracto urinario intacto no desea o es incapaz de alcanzar el retrete para orinar.

Son variadas las situaciones que contribuyen a este tipo de incontinencia, entre ellas: depresión, hostilidad, alteraciones musculoesqueléticas, ausencia de iluminación en la habitación, etc.

6. Incontinencia neurógena

Puede ser:

1. Hiperrefléjica. Por afectación de la primera motoneurona. Se define como hiperactividad del detrusor y surge en traumatismos craneoencefálicos, ACV, tumores cerebrales, esclerosis múltiples en fases iniciales, demencias, enfermedad de Parkinson, etc. Clínicamente se manifiesta como una IU de urgencia.
2. Arrefléjica. Por afectación de la segunda motoneurona. Se produce una ausencia de contracciones del detrusor y aparece en tetraplejia, paraplejia, espina bífida y esclerosis múltiple en fases avanzadas. Clínicamente se manifiesta como una IU por rebosamiento. Alteraciones de la innervación pelviana.

Se produce disfunción de los esfínteres a consecuencia de lesiones traumáticas o quirúrgicas del nervio pudendo, pélvico o hipogástrico, o por neuropatía autonómica (como en la diabetes).

RELACIÓN ENTRE DEFINICIÓN CLÍNICA Y DEFINICIÓN DE NANDA EN LAS DISTINTAS IU

- Incontinencia por rebosamiento: IU REFLEJA
- Incontinencia de estrés: IU DE ESFUERZO
- Incontinencia funcional: IU FUNCIONAL
- Incontinencia total: No se relaciona con ninguna de las definiciones encontradas en la clínica médica, pero puede relacionarse con una respuesta posible en varias de ellas
- Incontinencia de urgencia: IU DE URGENCIA

CORRESPONDENCIAS EN LAS I.U. ENTRE LA CLÍNICA MÉDICA Y LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA. Tratamientos de elección			
NANDA	PLANES DE CUIDADOS	CLÍNICA MÉDICA	TRATAMIENTOS DE ELECCIÓN
IU DE ESFUERZO	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Ejercicios de Kegel ▼ Conos vaginales ▼ Estimulación Eléctrica 	IU DE ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Agonistas alfa adrenérgicos ▼ Estrógenos vaginales o transdérmicos ▼ Cirugía
IU REFLEJA	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Sondaje intermitente ▼ Colectores de pene ▼ Absorbentes 	IU POR REBOSAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Agonistas alfaadrenérgicos
IU DE URGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Vaciamiento programado ▼ Doble vaciamiento ▼ Colectores de pene ▼ Absorbentes 	IU DE URGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Anticolinérgicos ▼ Relajantes fibra lisa ▼ Tricíclicos
IU FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Vaciamiento programado ▼ Doble vaciamiento ▼ Colectores de pene ▼ Absorbentes 	IU FUNCIONAL	
IU TOTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Colectores de pene ▼ Absorbentes 	SIN CORRESPONDENCIA CLARA	

CONSECUENCIAS DE LA DEBILITACIÓN DE LOS MÚSCULOS DEL SUELO PÉLVICO

A corto o largo plazo se pueden desarrollar las siguientes afecciones:

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo

Es el primer síntoma de alarma. Provocada por cualquier esfuerzo abdominal repentino (al toser, reír, bailar, saltar, etc.). Son los temidos escapes de orina.

En la actualidad existen métodos para por un lado tratarla (terapia de conos vaginales) y por otro mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen (recientemente llegadas a las farmacias: compresas de incontinencia de esfuerzo).

2. Prolapsos

Son trastornos que elevan la gravedad con respecto a las incontinencias antes citadas. Son descensos de la matriz (prolapso uterino) por fallo del compartimento central, de la vejiga (cistocele) generados debido a fallo en la pared anterior, y del recto (rectocele) debido a fallo en la pared posterior. Cuando son de grado menor pueden tratarse con tera-

pias rehabilitadoras de la musculatura, y en cambio, los casos más graves requieren intervención quirúrgica.

3. Disfunciones sexuales

Estas disfunciones pueden enumerarse como: disminución de la sensibilidad sexual de la mujer, disminución de la intensidad de los orgasmos que incluso en ocasiones no llegan a alcanzarse, experimentación de sensaciones dolorosas durante el coito.

Consejos básicos

Lo más adecuado, como en la mayoría de situaciones, es prevenir. Los consejos básicos irán enfocados a eliminar los factores cotidianos que puedan producir debilidad de la musculatura del suelo pélvico como:

1. Retener la orina mucho tiempo.
2. Vestir prendas muy ajustadas que compriman la zona.
3. Ganar peso rápidamente, o ganar mucho peso.
4. Realizar ejercicios de fortalecimiento.
5. Hacer ejercicios de recuperación del suelo pélvico tras el parto.

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS DE RECUPERACIÓN

■ Medidas higiénico dietéticas

Los afectados deben controlar los líquidos que toman para evitar la formación excesiva de orina. Existen alimentos

que son diuréticos, como algunas frutas y verduras. También es importante la forma en la que se toman: las sopas, los guisos y los alimentos hervidos aportan más líquidos que los asados y fritos. Entre los líquidos que favorecen la formación de orina se encuentran el agua, la leche, el alcohol y las infusiones. Se debe distribuir mejor el horario de la toma de bebidas, bebiendo más durante la mañana y disminuyendo paulatinamente las bebidas conforme avanza el día. En el caso de los niños con enuresis es aconsejable adelantar la hora de la cena.

■ Tratamientos rehabilitadores del suelo pélvico

Se pueden hacer personalmente en casa o cualquier lugar sin necesidad de acudir a un centro médico:

- Ejercicios del suelo pélvico o ejercicios de Kegel: consistentes en la realización de contracciones activas y regulares de la musculatura del suelo pélvico, sin contraer los músculos de las nalgas, abdominales, vientre y muslos. **Especialmente indicado en:** Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Síndromes de Urgencia-Frecuencia miccional, Incontinencia Urinaria de Urgencia, Algias pélvicas, Dispareunias, pre y posoperatorio de Histerec-

tomías, posoperatorio de cirugía pélvica en general, prolapso de primer grado.

- **Terapia de conos vaginales:** esta técnica sencilla permite aprender a contraer los músculos del suelo pélvico y está basada en retener un pequeño cono en la vagina por un suave reflejo de contracción provocado por la sensación de que se va a deslizar hacia afuera. Este sencillo acto de retención refuerza suave pero muy eficazmente los músculos en unas pocas semanas. Para realizarlos es necesario un juego de conos.
- En las técnicas biofeed-back se utilizan diferentes instrumentos para monitorizar y amplificar los procesos normales que se producen durante la vida diaria y que habitualmente pasan inadvertidos al individuo. Utilizadas en conjunción con otras formas de tratamiento, incrementan notablemente los buenos resultados. Así, combinadas con fisioterapia de la musculatura pélvica, alcanzan hasta un 95% de éxitos.
- Por último, la electro estimulación, o estimulación funcional eléctrica, es una técnica con gran aceptación en países de Europa y en EE.UU. Consiste en la estimulación eléctrica de los músculos pélvicos y produce una contracción muscular repetitiva de duración limitada, que conlleva un incremento del tono muscular sin esfuerzo alguno por parte de la enferma. Es muy útil en pacientes con disfunciones miccionales como la incontinencia de esfuerzo, cuadros de incontinencia por urgencia y mixtos. La estimulación funcional eléctrica es un tratamiento indoloro, carece de efectos secundarios, complicaciones y es tremendamente sencillo de realizar. Los buenos resultados de esta técnica alcanzan hasta un 90% de las pacientes con diferentes tipos de incontinencia urinaria. Los resultados son mejores si se utiliza en asociación con biofeed-back y tratamientos farmacológicos. Los datos aportados por este tratamiento son muy esperanzadores.

■ Otros tratamientos:

- En casos de debilitamientos muy pronunciados los especialistas podrán, tras una correcta evaluación, reforzar estos tratamientos con otros que aplicarán en su consulta, como por ejemplo:
- **Tratamiento farmacológico:** el objetivo del tratamiento farmacológico es conseguir que la vejiga sea capaz de distenderse sin contraerse durante el llenado y que la uretra se mantenga cerrada durante el llenado. Los fármacos más utilizados son los anticolinérgicos, sustancias que, al disminuir la capacidad contráctil del detrusor, aumentan la tolerancia del llenado vesical y la continencia. Son útiles en las contracciones involuntarias del detrusor no neurológicas, la incontinencia mixta y la hiperreflexia del detrusor. Su eficacia está demostrada en cuanto al alivio de los síntomas, pero sus efectos secundarios, fundamentalmente la sequedad de boca, la taquicardia y la excitación, son muy severos en algunos pacientes, que en ocasiones deben abandonar el tratamiento. Están contraindicados en los enfermos con glaucoma y arritmias cardíacas. Entre los anticolinérgicos más comunes se

encuentran la oxibutinina, el flavoxato, la propantelina, la metantelina y el cloruro de tropio.

- **Cirugía:** existen diferentes soluciones quirúrgicas según el tipo de incontinencia, las características de la vejiga y la uretra.
- **Autocaterismo intermitente:** consiste en la introducción, a través de la uretra, de un catéter en la vejiga. Se utiliza principalmente en la incontinencia causada por daño neuronal o de los nervios que controlan la micción. Con el catéter se consigue el vaciado completo y se evitan los escapes de orina.
- **Tratamiento paliativo:** dentro de este tratamiento se encuentran los pañales absorbentes, los colectores o las bolsas de orina.
- **Estimulación eléctrica intravaginal:** su objetivo es conseguir la contracción del piso pélvico mediante la estimulación del nervio pudendo con un electrodo intravaginal.

TERAPIA DE CONOS VAGINALES

Fue desarrollada por destacados ginecólogos con el objeto de resolver la dificultad que encontraban algunas mujeres en realizar los ejercicios del suelo pélvico correctamente y la falta de un medio de evaluar sus progresos, que llevaban a que abandonasen los ejercicios antes de conseguir el tono ideal.

La terapia de conos vaginales supone un gran avance: automatizar ejercicios y aprender a realizarlos de manera correcta fácilmente, requiere mucha menos dedicación y es más efectivo en menos tiempo.

Ha sido probada en hospitales de reconocido prestigio tanto en Europa como en EE.UU. y es ampliamente recetada en muchos países.

Es una medida simple, efectiva y económica para mejorar la debilidad de los músculos y prevenirla, pudiendo evitar una intervención quirúrgica.

Se trata de un grupo de conos cada cual de peso diferente gradual (aunque son del mismo tamaño), y se usan manteniéndolos en la vagina como un pequeño tampón durante unos minutos al día, de pie o caminando.

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.

Esta sencilla contracción y el avance gradual hacia conos de mayor peso fortalece de forma muy eficaz los músculos del suelo pélvico, comenzando a notar una mejoría en el tono de los músculos en unas 2 o 3 semanas, y un tratamiento completo suele durar entre 2 y 3 meses.

A) Consejos prácticos de uso

Cuando se empieza a trabajar con conos, o se pasa gradualmente de uno a otro con aumento gradual de peso, suele ser necesario realizar una contracción voluntaria para retenerlo. Al cabo de 2 o 3 días se convierte en un reflejo espontáneo de retención.

Se aconseja ir al w.c. antes de usar el cono. Asimismo retirarlo si se precisa ir durante su uso y reinsertar después. Lavar con agua y jabón el cono a utilizar antes y después de cada

uso. No es necesario esterilizarlos, pero puede hacerse con pastillas de esterilización de biberones.

B) Su uso paso a paso

- 1º Introducir en la vagina el cono a modo de tampón, con la punta estrecha y el hilo de nylon hacia abajo.
- 2º Comenzar con el nº 1. Si se retiene sin esfuerzo y de pie o caminando, probar con el siguiente y así sucesivamente hasta llegar al de mayor peso que se pueda retener sin esfuerzo, con el que se empezará la terapia.
- 3º Retener el cono seleccionado durante 15 minutos, dos veces al día (por ejemplo mañana y tarde), caminando o de pie. Se ha de ser constante.

C) Ventajas de la terapia de conos vaginales

Como ventajas principales podemos destacar:

- Efectividad demostrada superior a la de los ejercicios del suelo pélvico solos.
- Resultados en un espacio de tiempo mucho menor que con la realización de ejercicios sin ayuda.
- Menor dedicación y esfuerzo necesarios.
- Sencillez de uso y facilidad de aprendizaje.
- Permite conocer los propios músculos del suelo pélvico.
- Asegura que la contracción sea correcta.
- Fácil observación y evaluación de los progresos.
- Mejoría inicial apreciable en poco tiempo.
- Comodidad de uso: permiten continuar realizando cualquier otra tarea cotidiana en cualquier lugar sin necesidad de acudir a un centro médico para recibir una sesión.
- Es totalmente discreta, privada y personal.

EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO O EJERCICIOS DE KEJEL

Modo de realizar los ejercicios para principiantes:

1. Se vacía la vejiga.
2. Contrae los músculos de la vagina durante tres segundos y relaja. Repetir 10 veces.
3. Contrae y relaja lo más rápido que se pueda. Repetir 25 veces.
4. Imagina que sujetas algo con tu vagina, mantén esta posición durante 3 segundos y relaja. Repetir 10 veces.
5. Imagina que lanzas un objeto con tu vagina, mantén la posición durante 3 segundos y relaja. Repetir 10 veces. Estos ejercicios hay que realizarlos tres veces al día.

Modo de realizar los ejercicios para iniciadas:

- a) Tumbada en el suelo con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cara a cara.
- b) Se mantienen los músculos del estómago y de la vagina en posición relajada.
- c) Se trata de imaginar mentalmente las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos.
- d) No se debe flexionar los músculos del estómago ni presionar los glúteos.
- e) Contrae lentamente contando hasta diez.
- f) Se mantienen los músculos contraídos con la vagina cerrada contando hasta diez.
- g) Continuar la contracción, contando hasta diez.
- h) Relajar contando hasta diez y volver a empezar.

El ejercicio debe hacerse durante diez minutos. Si se quiere saber si están realizándose bien los ejercicios, después de unos cuantos días haciéndolos, coloca un dedo o dos entre los músculos de la vagina y contrae, debe notar que la vagina comienza a estrecharse.

Se pueden realizar en cualquier momento y lugar. Gran parte del público prefiere hacerlos acostado o sentado en una silla. Tras un plazo de 4 a 6 semanas se debe advertir una mejoría. En algún caso pueden transcurrir hasta 3 meses para notar cambios. Cuanto más se practique más eficaces son los ejercicios en los músculos.

Durante la ejecución de los ejercicios no deben sentir molestias ni en el abdomen ni en la espalda, si esto sucede es que se están realizando de forma incorrecta los ejercicios. Hay quien contiene la respiración o aprieta el tórax mientras contrae los músculos del piso pélvico, no es recomendable, lo correcto es que se relaje y se concentre en lo máximo en los músculos del piso pélvico.

MANTENIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO TRAS UN TTO

Tras la consecución de la puesta a tono de los músculos del suelo pélvico, y con el fin de que esta mejora se mantenga, aconsejamos:

1. Realizar una autoevaluación cada seis meses, por ejemplo con los conos. Si se nota pérdida en el tono muscular, realizar un poco de recuperación de nuevo.
2. Proteger los músculos del suelo pélvico adquiriendo el hábito de contraerlos cada vez que se vaya a realizar un esfuerzo abdominal (estornudar, toser, levantar un peso, correr, durante los saltos o impactos al practicar deporte, etc.).
3. Realizar ejercicios del suelo pélvico contrayéndolos y relajándolos de vez en cuando y en todas las posiciones posibles, con contracciones rápidas, lentas y escalonadas.
4. Tener siempre presente los hábitos cotidianos que lo perjudican para evitarlos (retener mucho tiempo la orina, empujar con fuerza para vaciar la vejiga, etc.).

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Enuresis

Aunque este término se refiere a la pérdida involuntaria de orina en general, en la actualidad se utiliza para definir la incontinencia nocturna durante el sueño. Se manifiesta especialmente en niños, siendo más frecuente en el sexo femenino. En su aparición influyen los siguientes factores: hereditarios, ansiedad, alteraciones psicológicas, inmadurez cerebral, profundidad del sueño, patología funcional y orgánica. En definitiva, existen muchas teorías sobre el origen de esta IU, aunque ninguna es del todo concluyente. Para tratar este trastorno hay que realizar un análisis de los rasgos sociales y biológicos del niño, así como de la actitud y la disposición de los padres. Casi todos los casos de enuresis se resuelven con el tiempo y los afectados no sufren ninguna alteración de la personalidad. Su capacidad intelectual es igual que la de los demás niños.

¿EN QUÉ MOMENTO HAY QUE EMPEZAR LA EDUCACIÓN DE LOS EJERCICIOS DE KEGEL?

SEXO	CARACTERÍSTICA	DERIVADO POR...	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
	En edad laboral Gestante	Ginecólogo en 1ª visita	Iniciar educación Iniciar en consulta de matrona	Iniciar en el 1º día tras el parto o cesárea
	Multiparas Menopausia		Recordarán conocimientos Inicio en programa del climaterio	
	Sometidos a I.Q.	Remitidos por cirugía	Inicio en primaria antes de la cirugía	1º día del posoperatorio en hospitalización, a la hora de realizar el aseo y cura de H.Q.
	Problema neurológico (parkinson, esclerosis múltiple, lesión medular) Diabéticos, personas que sufren hipercalcemia	Remitidos por neurólogo Remitidos por endocrino	Inician educación Inician educación programa diabetes	
	En edad laboral	Captados por médico de A.P.	Inicia educación	
	Problemas prostáticos Tercera edad	Remitidos por urólogo o médico de A.P.	Inicia educación Inician educación, aprovechamos cualquier visita a la enfermera de A.P.	Consultas de urología en atención especializada

La incontinencia en ancianos

La IU es uno de los trastornos más comunes e incapacitantes en los ancianos. Afecta a más del 15 por ciento de los mayores de 65 años no institucionalizados, y al 35 por ciento en los hospitales. Cuanto mayor sea la incapacidad física o psíquica, más aumenta este trastorno.

En estos casos al fallo en el control de la micción se unen muchas causas de incontinencia: los cambios fisiológicos, y el deterioro neurológico y del sistema nervioso central. Esta población se ve especialmente afectada por la IU, llevándoles a limitaciones importantes e incluso al aislamiento social y familiar. Para combatir este problema se pueden administrar fármacos, aplicar cirugía o medios paliativos que les permitan continuar con sus actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida.

incluirlo en un protocolo de actuación de conocimientos y autocuidados del patrón miccional y los beneficios presentes y futuros que conllevan.

Ayuda profesional a paciente con IU instaurada antes de que esa pérdida de orina manifieste problemas físicos, psíquicos o sociales, con molestias para él y su entorno.

Destacaremos los ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico y de rehabilitación perineal en conjunto, porque han resultado en su uso independiente o de forma combinada con otros métodos, una de las técnicas de educación y prevención con mayores y mejores ventajas, ya que no se ha descrito efecto secundario alguno, no es un método invasivo, promueve la participación del paciente y su motivación como elemento activo y no limita el tratamiento futuro en caso necesario.

Favorecer una coordinación interdisciplinar entre la AP y el ámbito hospitalario, dirigida al usuario para establecer el perfecto seguimiento del problema y/o su prevención.

RESULTADOS

Unificación de criterios y conocimientos para la implantación de los planes de cuidados de enfermería para pacientes con incontinencia urinaria y/o estén en riesgo de padecerla (gestantes, ancianos, premenopáusicas...).

Importancia de la captación de personas en edad laboral en sus primeros contactos con los servicios de salud para

INDICADORES...

INDICADOR Nº 1

Nº de DUE que saben explicar correctamente la realización de los ejercicios de Kegel (técnica y frecuencia) * 100
Nº total de DUE

INDICADOR Nº 2

Nº de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de próstata que al alta saben explicar qué son los ejercicios de Kegel y cómo se llevan a cabo * 100

Nº total de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de próstata

INDICADOR Nº 3

Nº de puerperas que al ser dadas de alta en el servicio de obstetricia saben explicar qué son los ejercicios de Kegel y cómo se llevan a cabo * 100

Nº total de puerperas

INDICADOR Nº 4

Nº de mujeres incluidas en el programa del climaterio en atención primaria que saben explicar qué son los ejercicios de Kegel y cómo se llevan a cabo * 100

Nº total de mujeres incluidas en el programa de climaterio de atención primaria

ESTE ES NUESTRO PRÓXIMO COMETIDO

CONCLUSIONES

Debido a nuestra experiencia como profesionales de la salud y a los datos estadísticos referentes a dicho problema, hemos llegado a la conclusión de la importancia que tiene la educación para la salud que los pacientes reciben sobre la IU, para mejorar su calidad de vida a todos los niveles.

La IU supone una alteración en una de las necesidades básicas, un diagnóstico de enfermería, que conlleva asociado problemas higiénicos y sociales influyendo en el entorno del paciente y en su relación con los demás, alterando negativamente la calidad de vida y provocando el aislamiento social y el déficit de autoestima.

En el tratamiento frente a la IU se indica usar los métodos menos invasivos, que son los que reducen las pérdidas en la mayoría de individuos y están basados en una serie de técnicas sencillas, que intentan reglar los vaciamientos de orina y aumentar la capacidad vesical.

Son los ejercicios de fortalecimiento pélvico los que reciben mejores referencias de eficacia en el tratamiento de ciertos tipos de incontinencia en ambos sexos.

Sería idóneo integrar en el medio hospitalario una guía de atención de enfermería específica, debido a la poca importancia que se le otorga y la gran repercusión que tiene la inoperancia ante dicho problema. ▼

BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB DE INTERÉS

- Introduction of a urinary incontinence programme at a health centre. Aten Primaria. 2003 Apr 30;31(7):446-52.
- Hualde Alfaro A, Jimenez Calvo J, Sarmiento Gomez C, Pinos Paul M, de Pablo Cardenas A, Ripa Saldias L, Rivas Alonso A, Ruiz Ramo M, Santiago Gonzalez de Garibay A. TVT our experience five years after six months later. Actas Urol Esp. 2006 Feb; 30(2):181-5.
- Berghmans B. The role of the pelvic physical therapist. Actas Urol Esp. 2006 Feb; 30(2):110-22.
- Sola Dalenz V, Pardo Schanz J, Ricci Arriola P, Guiloff Fische E, Chiang Miranda H. TVT associated with other gynecological operations in the same procedure: results and complications. Arch Esp Urol. 2005 Dec; 58(10):983-8.
- Queipo Zaragoza JA, Chicote Perez F, Borrell Palanca A, Beltran Meseguer JF, Garcia Reboll L, Pastor Sempere F. Treatment of males with post-prostatectomy stress urinary incontinence by a mesh anchored to the ischio-pubic bones. Actas Urol Esp. 2005 Sep; 29(8):764-8.
- Borrell Palanca A, Chicote Perez F, Beltran Meseguer JF, Queipo Zaragoza JA, Esteve Claramunt J, Pastor Sempere F. Comparison of diferents suburethral slings for the treatment of stress urinary incontinence. Actas Urol Esp. 2005 Sep; 29(8):757-63.
- Gorbea Chavez V, Velazquez Sanchez Mdel P, Kunhardt Rasch JR. Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary stress incontinence. Ginecol Obstet Mex. 2004 Dec; 72:628-36.
- Gonzalez-Chamorro F, Gomez Garcia I, Fernandez Fernandez E, Llorente Abarca C. Neurostimulation and neuromodulation in urinary incontinence. Rev Med Univ Navarra. 2004 Oct-Dec; 48(4):75-84.
- Marques Queimadelos A, Sousa Escandon A, Garcia-Fantini M, Cimadevila Garcia A, Lema Grille J. Female urinary stress incontinence: transobsturator technique. Rev Med Univ Navarra. 2004 Oct-Dec; 48(4):62-9.

LA IU SUPONE UNA ALTERACIÓN EN UNA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS, UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, QUE CONLLEVA ASOCIADO PROBLEMAS HIGIÉNICOS Y SOCIALES INFLUYENDO EN EL ENTORNO DEL PACIENTE Y EN SU RELACIÓN CON LOS DEMÁS, ALTERANDO NEGATIVAMENTE LA CALIDAD DE VIDA Y PROVOCANDO EL AISLAMIENTO SOCIAL Y EL DÉFICIT DE AUTOESTIMA

- Perez A. Rehabilitation in female stress urinary incontinence. Arch Esp Urol. 2002 Nov; 55(9):1035-46.
- Vicente Prados FJ, Cozar Olmo JM, Martinez Morcillo A, Espejo Maldonado E, Tallada Bunuel M. Urinary incontinence. Evaluation and classification methods. Arch Esp Urol. 2002 Nov; 55(9):1015-34. Juaranz Sanz M, Terron Barbosa R, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Villamor Borrego M, Calvo Alcantara MJ. Treatment of urinary incontinence. Aten Primaria. 2002 Sep 30; 30(5):323-32.
- Martínez Saura, F., Fouz López, C., Gil Díaz, P. et al. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. Medifam, feb. 2001, vol.11, no.2, p. 25-40. ISSN 1131-5768. http://es.wikipedia.org/wiki/Ejercicios_de_Kegel
- <http://www.igerontologico.com/salud/escuela/escuela19.htm>
- Escuela de Salud. La Incontinencia Urinaria. Por el Dr. Verdejo. Médico especialista en Unidad de Geriatria Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid). http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20051003salwsd-sal_2&type=Tes&anchor=wdsalntc
- J. Manzarbeitia Ejercicios de fortalecimiento pélvico para combatir la incontinencia urinaria en la mujer http://www.grupoeucon.com/medipro/medipro_urologia_submenu.asp?cod=25
- Suelo Pélvico. Sistema de Terapia de Estimulación para el Suelo Pélvico. Incontinencia urinaria <http://www.crianzanatural.com/art/art32.html>
- Los ejercicios de Kegel para la recuperación del suelo pélvico http://www.mifarmacia.es/producto.asp?Producto=../contenido/articulos/articulo_b_suelo_pelvico
- Cuidado y recuperación del suelo pélvico <http://www.asanec.org/documentos/LIBRO-INCONTINENCIA-PDF.pdf>
- <http://www.stelec.com/rehab/incontinencia/index.htm>
- <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5153,00.html>
- INCONTINENCIA URINARIA

Rioja Zuazu J, Robles Garcia JE, Saiz Sansi A, Regojo Balboa M, Fernandez-Montero M, Lopez Ferrandiz J, Rosell Costa D, Zudaire Bergera JJ, Berian Polo M. Urinary incontinence surgery: TVT procedure. Rev Med Univ Navarra. 2004 Oct-Dec; 48(4):56-61.

Bosch Fontcuberta JM. Urinary incontinence: another silent epidemic? Aten Primaria. 2005 Feb 15; 35(2):74-6.

Gavira Iglesias F, Caridad Y, Ocerin JM, Guerrero Munoz JB, Lopez Perez M, Romero Lopez M, Pavon Aranguren MV. Five-year follow-up of urinary incontinence in older people in a Spanish rural population. Aten Primaria. 2005 Feb 15; 35(2):67-74.

Espuna Pons M, Puig Clota M, Perez Gonzalez A, Rebollo Alvarez P. Stress urinary incontinence: first cause of incontinence among women referred to an urogynecologic unit. Arch Esp Urol. 2004 Jul-Aug; 57(6):633-40.

Soltero Gonzalez A, Campoy Martinez P, Barrero Candau R, Medrano Sanchez E, Perez Perez M, Rodriguez