



Información en
incontinencia
urinaria

Módulo 1. ¿Qué es la incontinencia urinaria?

Pilar

Alonso Álvarez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Ponte. Ourense. GdT Urología de SEMERGEN

Pilar León Izard

Doctora en Farmacia. Experta en nutrición. Experiencia en Farmacia Comunitaria

Tema 1

Introducción y objetivos



Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina. Representa un **problema médico y social** importante con tendencia creciente, que se produce de manera más frecuente con la edad y predomina en las mujeres.

Para comprender la incontinencia urinaria es importante conocer la anatomía del tracto urinario inferior (TUI) y saber cuál es su funcionamiento.



Los objetivos de esta formación son:

- Describir los mecanismos de la continencia e incontinencia urinaria.
- Describir las características y presentación clínica de la incontinencia.
- Conocer de forma básica el concepto de micción y de incontinencia urinaria.
- Conocer los diferentes dispositivos para mejorar la calidad de vida de las personas con incontinencia urinaria a las cuales cuidar.
- Aprender a manejar de forma práctica los diferentes tipos de materiales para evitar la aparición de posibles problemas y alteraciones que sufren las personas con incontinencia urinaria de forma eficaz.
- Proporcionar los conocimientos necesarios para mantener a la persona limpia y seca, conservando la integridad de la piel.

Tema 2

Anatomía del tracto urinario inferior





1. Tracto urinario inferior

El tracto urinario inferior (TUI) está formado por dos órganos principales: la **vejiga** y la **uretra**, que veremos en la fase de vaciado.





La vejiga urinaria

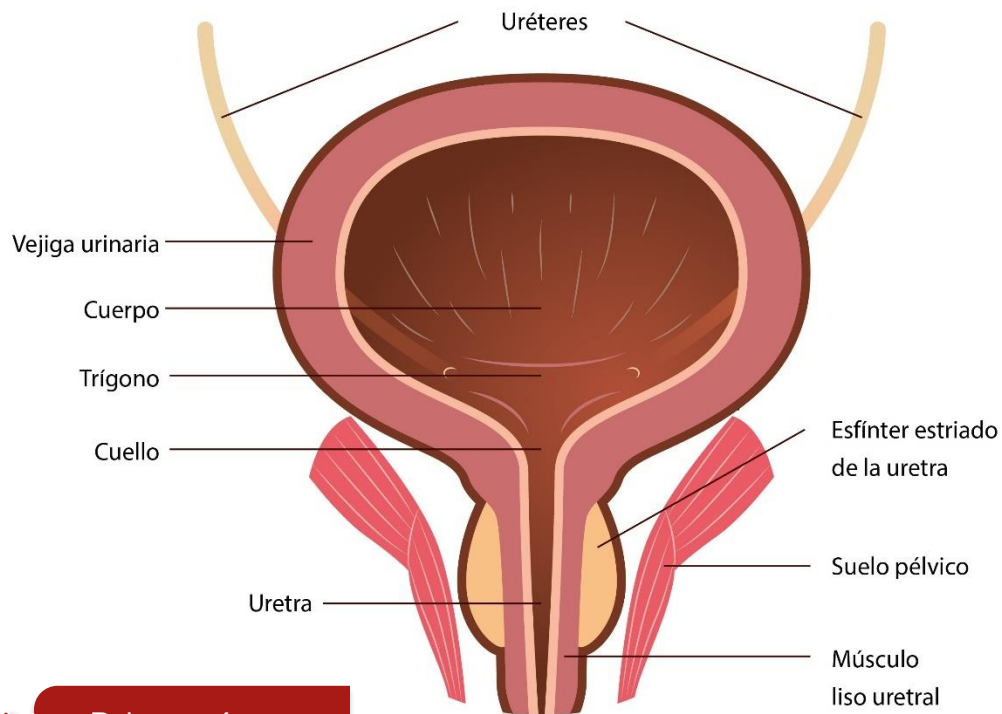
La vejiga urinaria es un órgano muscular hueco que actúa como un depósito, el cual se va extendiendo a medida que se va llenando.

Está formada por el cuerpo, donde se almacena la orina (entre 300 y 500 cc), para activar la sensación de micción, y la pared (formada a su vez por varias capas) (figura 1).



Pulsa aquí para aprender más acerca del trigono.

Figura 1. Vejiga de la orina



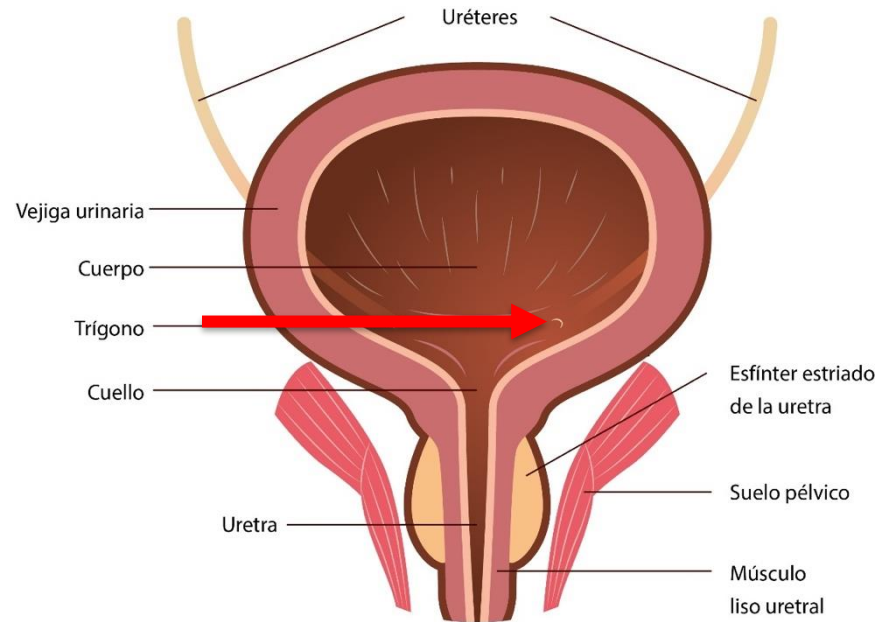
Elaboración propia.



La Vejiga urinaria

Otra zona importante de la anatomía de la vejiga es el **trígono**, que es una pequeña zona muscular de forma triangular que se encuentra situada en la pared posterior de la vejiga, cerca del cuello vesical.

Es la responsable de evitar el reflujo de orina por los uréteres cuando se vacía la vejiga.



La micción

Se denomina **micción** a la acción de orinar y, para que se produzca, son necesarias dos fases:

1. La fase de llenado.
2. Y la fase de vaciado.

Las vemos a continuación.

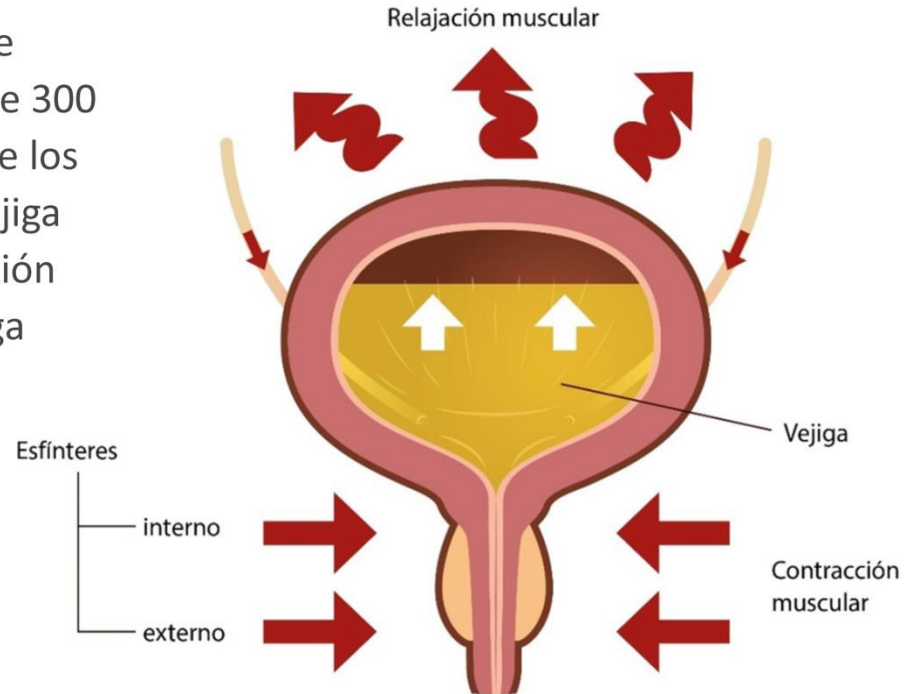
1

Fase de llenado

Durante esta fase, la vejiga se extiende para permitir el llenado de orina (entre 300 y 500 cc). Se produce una relajación de los músculos de la parte superior de la vejiga para facilitar el llenado y una contracción de los inferiores para impedir que salga (figura 2).

2

Figura 2. Fase de llenado



Elaboración propia.

1

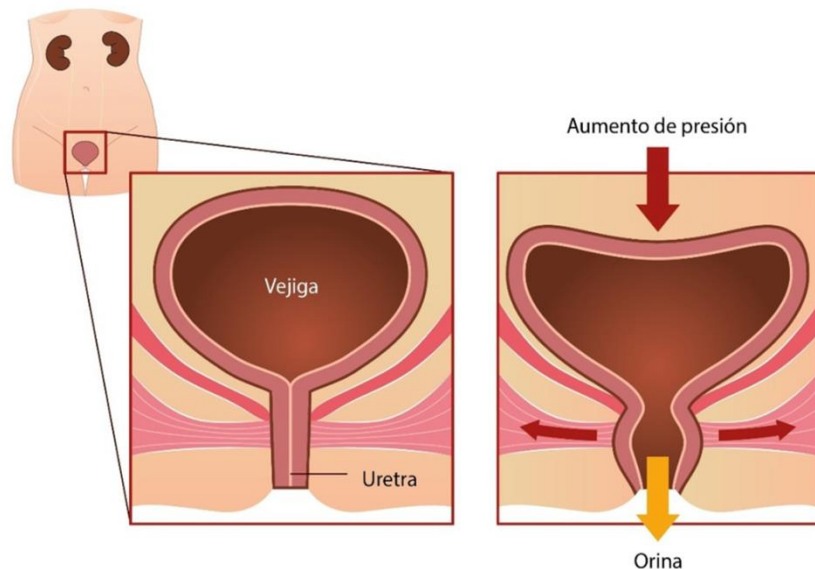
2

Fase de vaciado

En esta fase se lleva a cabo la micción y se expulsa la orina al exterior (figura 3).

Como se puede observar en la figura 3, cuando la vejiga se llena, es necesario un aumento de presión en la parte superior de la vejiga y una relajación de los músculos inferiores para que se produzca la micción.

Figura 3. Mecanismo de la micción



Elaboración propia.

¡Toma nota!

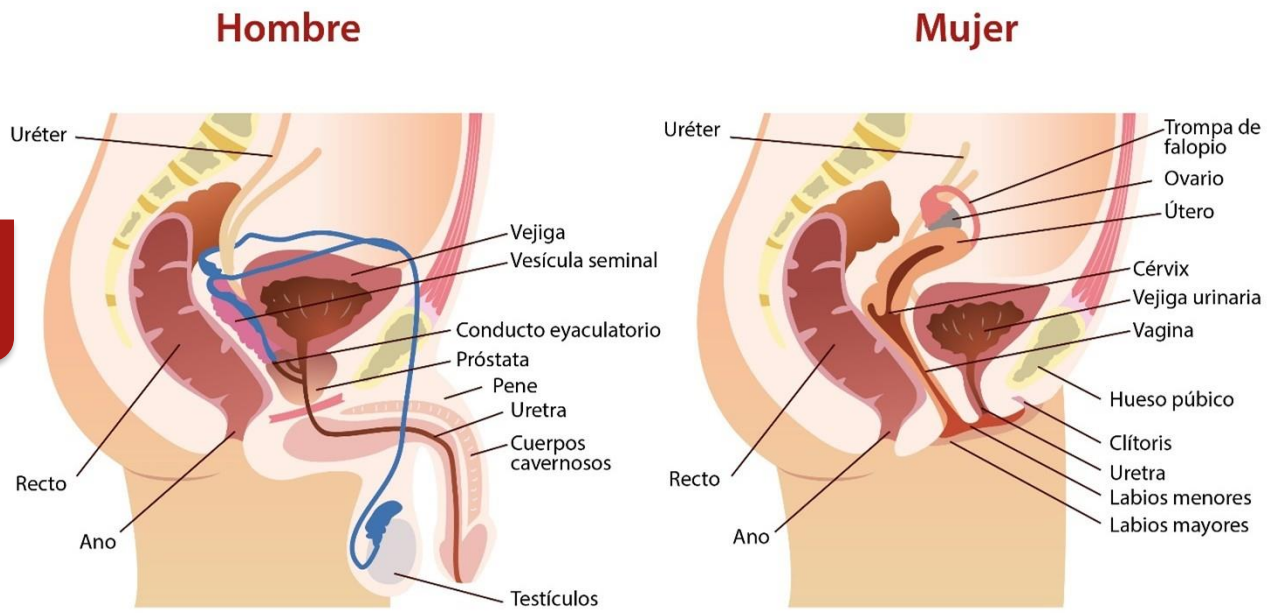
Los músculos de la pelvis intervienen en todo el mecanismo, tanto de llenado como de vaciado.

La uretra

La uretra es el conducto excretor de la orina. Se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el exterior. Es anatómicamente diferente en hombres y mujeres (figura 4):

Figura 4. Diferencias anatómicas de la longitud de la uretra entre hombres y mujeres

 **Pulsa aquí para analizar las diferencias.**



Elaboración propia.

Diferencias de la uretra entre hombres y mujeres

- En las mujeres, la uretra mide cerca de 3,5 cm de longitud y comunica con el exterior del cuerpo justo encima de la vagina.
- En los hombres, la uretra mide entre 12-15 cm aproximadamente de largo, pasa por la glándula prostática y, a través del pene, desemboca en el exterior del cuerpo. En el hombre, la uretra es un conducto común al aparato urinario y al aparato reproductor. Por tanto, su función es llevar al exterior tanto la orina como el líquido seminal.

Tema 3

Concepto de incontinencia
urinaria: epidemiología y
clasificación





La incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina que puede suceder de manera temporal o de forma permanente.

Cuando hablamos de IU, tenemos que diferenciar si hablamos:

- del **síntoma** (la persona cuenta que pierde orina),
- del **signo** (se aprecia en la exploración la pérdida de orina)
- o del **diagnóstico** (realizado por el médico).



¿Por qué se produce la incontinencia urinaria?

La IU se produce debido a una alteración que puede tener lugar a dos niveles:

En el músculo detrusor

Cuando la alteración afecta al detrusor (capa de músculo liso en la pared de la vejiga), tiene lugar un proceso de **hiperactividad con contracciones involuntarias**, ya sean de forma espontánea, por un llenado rápido o por alteraciones posturales.

La vejiga se comportará como si estuviera llena, aunque el volumen de orina almacenado sea escaso.

En el esfínter

En este caso, los músculos de la vejiga, por **debilidad**, **hipoactividad** o algún tipo de **obstrucción**, no permiten la salida de la orina y se produce una incontinencia por rebosamiento.

Frecuencia de la incontinencia urinaria

Es un síntoma que sufre gran parte de la población, estimándose que afecta a:

- **Mujeres:** entre el 5 y el 45 %.
- **Varones:** entre el 1 y el 39 %.

La incontinencia urinaria **aumenta con la edad**, por lo que en aquellos países donde haya una población más envejecida, encontraremos porcentajes más elevados.

En personas con edades comprendidas entre los 60-79 años, se ven afectados el 23 % de las mujeres y el 19 % de los hombres. A partir de los 60 años, ambos sexos tienden a igualarse.

Tipos de incontinencia urinaria

Los tipos de incontinencia urinaria se detallan en la figura 5.

La incontinencia se clasifica en función de distintos parámetros. En **función de la duración** puede clasificarse como transitoria o establecida. En función de la **clínica o sintomatología**, se clasifica en los demás tipos, que analizamos seguidamente.

Figura 5. Tipos de incontinencia urinaria



Elaboración propia.

Incontinencia urinaria de esfuerzo

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se produce cuando **aumenta la presión intraabdominal** cuando nos sometemos a un esfuerzo: toser, estornudar, reír, etc. Ocurre cuando los **músculos** que se encargan de controlar la orina se vuelven débiles o no funcionan (figura 6).



Pulsa aquí para
aprender más
acerca de la IUE

Figura 6. Incontinencia urinaria de esfuerzo



Elaboración propia.

Más sobre la IUE

- La orina pasa desde la vejiga hacia el exterior a través de la uretra. Ambas están sostenidas por los **músculos del suelo pélvico**. Además, alrededor de la apertura de la vejiga tenemos unos **músculos que se contraen** para que la orina no se escape. Si estos músculos se debilitan, cuando se produce presión en la vejiga, la orina se escapa.
- Este tipo es más **frecuente en mujeres** debido al embarazo, parto vaginal, uso de fórceps, histerectomía, prolapso vaginal, pero también se puede encontrar en los hombres.
- **Otras causas** son: la cirugía previa de la zona pélvica o de la próstata en hombres, la toma de ciertos medicamentos o la obesidad.

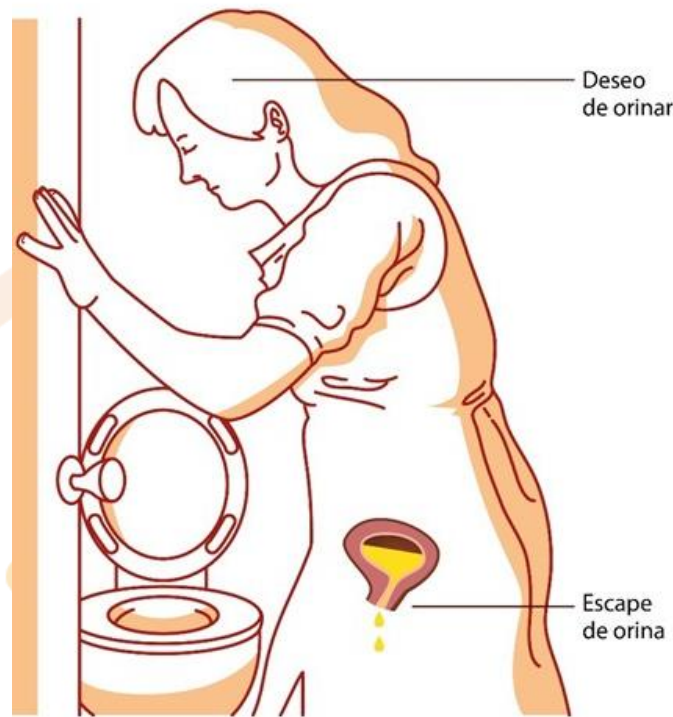
Incontinencia urinaria de urgencia

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) (figura 7) se trata de una pérdida involuntaria de orina, acompañada o precedida por una urgencia para ir al baño.

Se produce como resultado de una **necesidad urgente y repentina de orinar que no se puede contener**. La vejiga se contrae y la orina se escapa. No hay tiempo suficiente entre la percepción de la necesidad de orinar y llegar al baño.

Es el tipo de IU que se da con mayor frecuencia en personas mayores y que más impacto tiene sobre la calidad de vida de las personas.

Figura 7. Incontinencia urinaria de urgencia



Elaboración propia.



Pulsa aquí para aprender más acerca de la IUU

Más sobre la IUU

- A medida que la vejiga se llena de orina, se expande. Debemos sentir las primeras **ganas de orinar cuando hay un poco menos de 250 ml** en la vejiga. La mayoría de las personas pueden soportar hasta 500 ml de orina en la vejiga.
- Para esto tenemos **dos músculos que impiden que se nos escape la orina**, uno en la pared de la vejiga, que se relaja para que se expanda y contenga la orina, y otro alrededor de la apertura exterior de la vejiga, que se contrae para evitar que se filtre por la uretra hacia el exterior. Al orinar se produce lo contrario, el músculo de la pared vesical se contrae para forzar la orina a salir y el músculo del esfínter se relaja para permitir que la orina pase.
- En la IUU esto **se produce en momentos equivocados**, sin importar la cantidad de orina que se encuentra en la vejiga.



Causas de la incontinencia urinaria de urgencia

La IUU puede ser debida a **distintas causas**:

Idiopática

La mayoría de las veces no se conoce la causa.

Secundaria

- De origen **neurológico**: esclerosis múltiple, ictus, lesión de médula espinal, etc.
- Otras:
 - **Histerectomía.**
 - **Uso de diuréticos.**
 - **Déficit de estrógenos.**
 - **Problemas de vejiga**: cáncer de vejiga, infiltración de tumores externos al aparato urinario (recto o endometrio), litiasis, infección, hipertrofia benigna de próstata, prolapso de órganos pélvicos, cistitis química, por radiación o química.

Incontinencia urinaria mixta

La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la combinación de:

- una incontinencia de esfuerzo
- y una incontinencia de urgencia.

Es la pérdida involuntaria de orina que se presenta **con urgencia y al realizar esfuerzos** como toser, ejercicio físico, etc.

Es la presentación más frecuente en mujeres mayores de 70 años.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

La incontinencia urinaria por rebosamiento ocurre cuando la vejiga **no puede vaciarse completamente, causando un aumento de volumen** hasta que la presión de la vejiga sobrepasa la presión del esfínter, dando como resultado goteo o pequeñas pérdidas continuas, tanto de día como de noche (figura 8).

Es más frecuente en hombres, asociado a obstrucción urinaria por hiperplasia prostática.

Figura 8. Incontinencia urinaria por rebosamiento



Elaboración propia.

Incontinencia urinaria funcional

Se trata de personas sin alteración en el tracto urinario inferior que no pueden llegar al baño por sus **problemas sistémicos**, de tipo físico (movilidad reducida, etc.), cognitivos (demencia, etc.) o por **efectos de medicamentos**.





Incontinencia urinaria transitoria o reversible

La duración de la incontinencia urinaria **transitoria o reversible es inferior a 4 semanas** y se produce a pesar de estar conservada la funcionalidad del TUI, **debido a causas tratables**. Al tratar la causa, desaparece la incontinencia urinaria.

Estas causas son múltiples, como infecciones, enfermedades como diabetes mellitus, enfermedades psiquiátricas, estreñimiento, toma de alcohol, café, toma de fármacos, etc.

Es importante reseñar en este apartado la toma de determinados medicamentos como causa de incontinencia urinaria, ya que, las personas, a menudo padecen enfermedades crónicas que precisan tratamiento de forma continuada.



¿Qué fármacos causan incontinencia urinaria?



Fármacos que causan incontinencia urinaria

Entre los fármacos que con más frecuencia causan incontinencia urinaria se encuentran medicamentos para el control de la tensión arterial (diuréticos, antagonistas del calcio, etc.), anticolinérgicos, bloqueantes alfa-adrenérgicos, antihistamínicos, descongestivos nasales, antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas, etc.

Lo veremos con más detalle en el siguiente apartado.

Introducción

Algunos medicamentos que alteran el proceso de micción son los siguientes.



Fármacos que alteran el proceso de la micción

› **Diuréticos**

› **Terapia hormonal**

› **Antidepresivos**

› **Medicamentos para tratar el resfriado**

› **Antihistamínicos**

› **Medicamentos para dormir o sedantes**

› **Analgésicos narcóticos (opioides)**

✓ Diuréticos

Son fármacos muy utilizados, ya que son la **medicación de elección en el tratamiento de la hipertensión arterial**. Los diuréticos aumentan la eliminación de orina y electrolitos, como el sodio del organismo. Cuando se toma un diurético, se orina más frecuentemente, sobre todo tras la ingesta de líquidos. Es así como consiguen bajar la tensión arterial, no solo por el líquido que se pierde, sino también porque disminuyen la resistencia al flujo de sangre en los vasos sanguíneos.

También **relajan la uretra y los músculos en el cuello de la vejiga**, provocando una incontinencia de esfuerzo cuando la persona tose, estornuda o hace algún esfuerzo.

Como efecto secundario presentan **pérdida de potasio**, que se puede minimizar con la ingesta de frutas ricas en potasio, como la naranja y el plátano. Para perder menos potasio, se recomienda tomar menos sal.

▼ Terapia hormonal

Los **estrógenos** se recomiendan para el tratamiento de ciertos tipos de incontinencia, sin embargo, se ha visto que pueden ser responsables de incontinencia urinaria de urgencia. Aun así, los estrógenos en forma de parches son el tratamiento de elección en muchos tipos de incontinencia. Ante esta **contradicción**, lo mejor es consultar con el médico y él decidirá cuál es el más recomendable.

> Antidepresivos

> Medicamentos para tratar el resfriado

✓ Antidepresivos

Los medicamentos pertenecientes a este grupo poseen efectos que **afectan a la elasticidad de la vejiga**, impidiendo que esta se retraiga y evitando así que se vacíe por completo. De este modo, la orina sigue entrando en la vejiga y aparece un tipo de incontinencia llamada **por rebosamiento**, que es cuando la vejiga se llena y hay fugas sin ningún tipo de aviso o señal para ir al aseo.

Sin embargo, **hay un tipo de antidepresivos que se utilizan en el tratamiento de la incontinencia**, por lo que, de nuevo, lo mejor es acudir al médico y que él valore y decida cuál es el tratamiento más adecuado.

> Medicamentos para tratar el resfriado

✓ Medicamentos para tratar el resfriado

Los descongestionantes producen una **contracción del esfínter, provocando la retención de orina**. En muchos casos aparece el síntoma de incontinencia por rebosamiento debido a este efecto.

> Antihistamínicos

> Medicamentos para dormir o sedantes

> Analgésicos narcóticos (opioides)

▼ Antihistamínicos

En el caso de los antihistamínicos, pueden producir una **relajación de la vejiga, además de somnolencia**, pudiendo desembocar en incontinencia, especialmente en personas mayores.

Se recomienda consultar con su médico o farmacéutico si es necesario cambiar el tipo de antihistamínico, para ver cuál es el que provoca menos efectos sobre la vejiga.

➤ **Medicamentos para dormir o sedantes**

➤ **Analgésicos narcóticos (opioides)**

✓ Medicamentos para dormir o sedantes

Estos fármacos pueden hacer que **se transmitan menos señales al cerebro** indicando que la vejiga está llena, lo que puede llevar a que esta se desborde sin que la persona sienta la necesidad de ir al baño a tiempo.

La **enuresis o pérdida de orina durante el sueño** es muy frecuente en las personas que toman este tipo de medicamentos. Se recomienda consultar con su médico o farmacéutico y valorar el sustituirlos por medicamentos a base de plantas medicinales, como la valeriana, el lúpulo, la melisa, etc., muy efectivos y sin ese tipo de efectos adversos.

> Analgésicos narcóticos (opioides)

✓ Analgésicos narcóticos (opioides)

Los analgésicos derivados de la morfina, como la codeína o el tramadol, etc., provocan que **la vejiga no se contraiga completamente**, produciendo una retención de orina y el consiguiente **rebosamiento**. Una solución es evitar el consumo de este tipo de analgésicos. Hay otras opciones terapéuticas que pueden ayudar a aliviar el dolor sin estos efectos secundarios. Consulte a su médico o farmacéutico.

Otras sustancias con efectos en la micción

Estas sustancias no son fármacos pero tienen efectos en la micción también:

- **Cafeína:** se encuentra en el café, en el té y en algunas bebidas excitantes. Irrita la vejiga, aumenta la producción de orina y puede provocar una incontinencia de urgencia.
- **Alcohol:** tiene efecto diurético, aumentando la producción de orina. Cuando se abusa del alcohol, las personas pierden la coordinación motora y no llegan al baño a tiempo.
- **Nicotina:** tiene efecto irritante sobre la vejiga y ayuda a padecer incontinencia de esfuerzo, dando lugar a pérdidas de orina al toser o ejercer cualquier presión física sobre el abdomen.

Tema 4

Cómo diagnosticar la
incontinencia urinaria



¿Cómo sé si padezco incontinencia de orina?

Cada tipo de incontinencia urinaria tiene factores de riesgo, causas y tratamientos específicos. Lo primero será **determinar si usted padece IU**. Para ello, su médico le realizará tres preguntas sencillas:

1. ¿Presenta pérdidas involuntarias de orina?
2. Si las presenta, ¿son frecuentes y abundantes?
3. ¿Representan un problema en su vida?

Si las respuestas son afirmativas, se debe realizar una evaluación diagnóstica por parte del personal médico para determinar el tipo de IU y su repercusión en la calidad de vida.

¿Cómo sé qué tipo de incontinencia de orina padezco?

Existen **algunas preguntas que pueden ayudar a clasificar la IU:**

1. ¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar o al levantar peso?
2. ¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina de ganas de orinar?
3. ¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de ganas de orinar?
4. ¿Cuántas veces orina durante el día?
5. ¿Cuál es el máximo tiempo que aguanta sin orinar?
6. ¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante la noche?
7. ¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente cuando orina?
8. ¿Se moja mucho o se le escapan solo unas gotas?
9. ¿Tiene que usar compresas o algún otro protector?
10. ¿Tiene que cambiarse el protector a lo largo del día?

Identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo

Veamos cómo valorar los síntomas en incontinencia urinaria de esfuerzo.



Identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo

➤ **Preguntas clave**

➤ **Ten en cuenta que...**

➤ **Causas**

✓ Preguntas clave

- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?
- ¿Al subir o bajar escaleras, se le escapa la orina?
- Cuando ríe, ¿se le escapa la orina?
- ¿Si estornuda se le escapa la orina?
- ¿Al toser se le escapa la orina?

4 respuestas afirmativas corresponden probablemente a una incontinencia urinaria de esfuerzo.

➤ **Ten en cuenta que...**

✓ Ten en cuenta que...

- Se produce con los aumentos de la presión abdominal.
- El volumen de orina puede ser pequeño o grande.
- No hay necesidad de orinar antes del escape de orina.

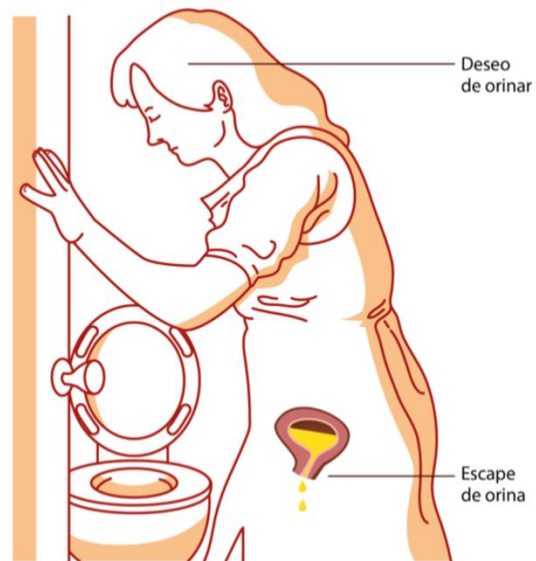
> Causas

▼ Causas

- En **mujeres**: pospartos, cirugía ginecológica, prolapsos. También ocurre en mujeres asiduas al gimnasio (aeróbic, saltos, musculación, etc.) y que entrenan para alta competición.
- En **hombres**: posprostatectomías
- Cirugía abdominal
- Obesidad
- Alteraciones de los ejes de la columna vertebral
- Estreñimiento, vómitos frecuentes, tos crónica, rinitis alérgicas, modo de vestir (prendas ajustadas, sobre todo pantalones que compriman el periné).

Identificar la incontinencia urinaria de urgencia

Veamos cómo valorar los síntomas en incontinencia urinaria de urgencia



Identificar la incontinencia urinaria de urgencia

➤ **Preguntas clave**

➤ **Ten en cuenta que...**

➤ **Causas**

✓ Preguntas clave

- Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y, si el servicio está ocupado, ¿se le escapa la orina?
- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio? ¿Alguna vez se le escapa la orina?
- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?
- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir deprisa al servicio porque se le escapa la orina?

3 respuestas afirmativas indican sospecha de incontinencia de urgencia.

➤ **Ten en cuenta que...**

Identificar la incontinencia urinaria de urgencia

✓ Ten en cuenta que...

- Se asocia con micciones frecuentes de escasa cuantía que incluso pueden mantener a la persona despierta por la noche.
- La persona tiene una fuerte necesidad de orinar con imposibilidad de llegar a tiempo al baño.

> Causas

▼ Causas

- Bebidas estimulantes: té, café, colas, alcohol, etc.
- Fitoterapia con acción diurética: tomillo, romero, poleo, etc.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Polimedicación.



Identificar la incontinencia urinaria por rebosamiento

Los **síntomas** de la incontinencia urinaria por rebosamiento son:

- Aumento de la frecuencia urinaria
- Dificultad para iniciar la micción
- Vaciamiento incompleto de la vejiga
- Goteo de orina continuo



Tema 5

Tratamiento de la
incontinencia urinaria





El objetivo fundamental del tratamiento de la IU es intentar mejorar los síntomas, prevenir futuras complicaciones y mejorar la calidad de vida de la persona.

La IU, como hemos visto anteriormente, es una enfermedad que padecen muchas personas y, si bien no es una condición grave, **repercute enormemente sobre la calidad de vida** de la persona que la padece. Puede considerarse un problema común en la población general, aunque su prevalencia aumenta con la edad, en mujeres con hijos y tras la menopausia. A pesar del considerable impacto sobre la calidad de vida de las personas que la padecen, **tan solo un 20 % de los afectados busca ayuda médica.**



En España, el **gasto en absorbentes** para la incontinencia urinaria ha experimentado un notable incremento en los últimos años. Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2022 se facturaron 11,3 millones de estos productos, alcanzando un importe de 425,1 millones de euros. Esto representa un aumento significativo en comparación con 2017, cuando el gasto fue de 288,9 millones de euros.

Este incremento refleja tanto el envejecimiento de la población como una mayor concienciación y diagnóstico de la incontinencia urinaria en el país.



Cada tipo de incontinencia tiene un tratamiento propio, pero existen algunas **medidas de tipo práctico que pueden ser de ayuda para todos**.

Al mismo tiempo, contar con ciertos conocimientos sobre las causas del trastorno puede ser útil para la persona y el cuidador; sin embargo, nunca debe olvidarse que será siempre **el médico quien determine la opción terapéutica** más apropiada para la persona, farmacológica o no, en función del tipo de incontinencia y de las peculiaridades del afectado.

El tratamiento de la IU puede ser no farmacológico y/o farmacológico.

Tratamiento farmacológico

Son muchos los fármacos desarrollados para tratar la IU y, aunque muchos son eficaces, **otros hay que suspenderlos por sus efectos secundarios.**

Por tanto, la eficacia de un tratamiento viene determinada por:

- la reducción del número de episodios diarios de pérdidas;
- la reducción del volumen de la pérdida;
- la capacidad de llenado de la vejiga
- y la disminución de los síntomas de urgencia, frecuencia o incontinencia, tanto si van acompañadas o no por pérdidas de orina.

Veamos qué fármacos se utilizan para cada tipo de incontinencia urinaria.

**Para incontinencia
urinaria de urgencia**

**Para incontinencia
urinaria de esfuerzo**

Para incontinencia urinaria de urgencia

Los medicamentos empleados en la vejiga hiperactiva/incontinencia urinaria de urgencia (VHA/IUU) son los antimuscarínicos. Dentro de los antimuscarínicos podemos encontrar, entre otros:

- fesoterodina,
- oxibutinina,
- solifenacina,
- y tolterodina.

Un nuevo fármaco, dentro del grupo de agonista beta 3, es el mirabegron, con muy buen resultado en el caso de la vejiga hiperactiva.

**Para incontinencia
urinaria de urgencia**

**Para incontinencia
urinaria de esfuerzo**

Para incontinencia urinaria de esfuerzo

Los medicamentos empleados en la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se basan en la estimulación del músculo liso uretral. Los más utilizados son:

- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):** son fármacos que tienen como objetivo el cese de la micción, como la duloxetina. Como efectos secundarios, están las náuseas al principio del tratamiento. Combinados con ejercicios del suelo pélvico, este medicamento es una de las terapias más eficaces.
- **Agonistas alfa-adrenérgicos:** provocan una contracción del músculo liso de la uretra, mejorando su resistencia. Poseen muchos efectos secundarios.
- **Imipramina:** antidepresivo útil en incontinencias mixtas (IUM).

Tratamiento no farmacológico: introducción

Las diferentes opciones terapéuticas no farmacológicas aplicables a la IU incluyen:

Tratamiento paliativo:

- Sondas vesicales o uretrales.
- Colectores externos.
- Absorbentes de orina.

Tratamiento funcional (desarrollado en profundidad en el módulo 2):

- Ejercicios de suelo pélvico.
- Estimulación eléctrica.
- Técnicas de *biofeedback* o biorretroalimentación.
- Técnicas de micción programada.

Medidas higiénico-dietéticas (desarrolladas en el módulo 2).



Tratamiento paliativo: sondas vesicales o uretrales

El tratamiento paliativo engloba diferentes estrategias para **controlar los síntomas y facilitar la vida diaria** a una persona que padece IU cuando el abordaje previo, farmacológico o quirúrgico, falla.

Los dispositivos utilizados para este tipo de incontinencia no suponen un tratamiento definitivo y **su uso es indefinido y permanente**, por lo que, a la hora de que sean prescritos, deben adecuarse a las necesidades de cada persona.

Seguidamente analizaremos estos tratamientos.



Sondas vesicales o uretrales

Aprendamos más acerca de este tratamiento, respondiendo a las siguientes preguntas.



- › **¿Qué es el cateterismo o sondaje vesical?**
- › **¿Cuándo está indicado?**
- › **Cómo se clasifican las sondas vesicales o uretrales**

✓ ¿Qué es el cateterismo o sondaje vesical?

El cateterismo o sondaje vesical es una técnica que consiste en la **introducción de un catéter estéril o una sonda estéril a través de la uretra hasta la vejiga urinaria**. Las sondas vesicales conducen la orina al exterior del cuerpo y la sonda se conecta a una bolsa colectora de diuresis.

> ¿Cuándo está indicado?

> Cómo se clasifican las sondas vesicales o uretrales

✓ ¿Cuándo está indicado?

Solo está indicada la colocación de un catéter o sonda vesical **cuando sea absolutamente necesario**, ya que con frecuencia es la causa de **infección del tracto urinario** (ITU).

Otras complicaciones del uso de sondas vesicales son:

- espasmos vesicales,
- estrechez uretral
- y úlceras en el orificio urinario.

Usar la sonda vesical durante mucho tiempo puede causar problemas para la persona, como infecciones urinarias y úlceras por presión, que hacen que **no sea considerada como un tratamiento de primera elección**.

✓ Cómo se clasifican las sondas vesicales o uretrales

Las sondas vesicales pueden clasificarse según dos criterios:

- De acuerdo con la **duración** de los catéteres: intermitentes, temporales y permanentes.
- En función de su **consistencia**, de la forma o el material con el que han sido fabricadas.

Seguidamente profundizaremos en esta clasificación.

Sondas temporales

Sondas permanentes

Sondas de autocateterismo
intermitente

Sondas temporales

Después de realizar el sondaje, la persona permanece un **tiempo determinado** con el catéter.

Sondas temporales

Sondas permanentes

**Sondas de autocateterismo
intermitente**

Sondas permanentes

Después de realizar el sondaje, la persona ha de permanecer **indefinidamente** con el catéter (con los cambios correspondientes).

Sondas temporales

Sondas permanentes

Sondas de autocateterismo
intermitente

Sondas de autocateterismo intermitente

- La realización de la técnica del sondaje la puede realizar **la propia persona** de manera aséptica y siempre previo lavado de manos.
- Sus **objetivos** son vaciar completamente la vejiga, disminuir o evitar infecciones de orina, reducir la estenosis (estrechamiento de la uretra) y falsas vías y aumentar la autonomía de la persona.
- La **principal característica** del sondaje intermitente, ya sea único o repetido en el tiempo, es que, después de realizar el sondaje y excretar la orina, se retira el catéter.

Tipos de sondas vesicales según la duración del catéter

Sondas temporales

Sondas permanentes

Sondas de autocateterismo intermitente

- Los **beneficios** del autosondaje para la persona son excelentes desde el punto de vista médico y social, y es, por lo tanto, el principal tratamiento en casos de incontinencia con mal vaciado de la vejiga, causada por daños medulares o de los nervios responsables de la micción.
- La **frecuencia** del sondaje depende del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga. La media de sondajes diarios se estima entre 3 o 4, aunque es el médico o el personal de enfermería quienes determinan el número de sondajes más adecuado para cada persona.

Tipos de sondas vesicales según la consistencia y el material

Según su **consistencia**, las sondas pueden ser rígidas, semirrígidas y blandas.

Según el **material de fabricación**, los catéteres o sondas están hechos con biomateriales poliméricos que pueden ser naturales (látex) o sintéticos (cloruro de polivinilo, teflón, silicona u otros plásticos más modernos). Veamos más detalles acerca de los materiales.

Látex

Silicona

Cloruro de polivinilo

Látex

El látex ha sido el material de uso estándar, ya que es **blando y maleable**. Sin embargo, puede presentar algunos **inconvenientes**, como incrustación rápida y toxicidad local. Su duración es de hasta 45 días.

Látex

Silicona

Cloruro de polivinilo

Silicona

La silicona es más adecuada para el **sondaje permanente**, al ser más compatible y muy resistente a la incrustación. Sin embargo, también presenta algunos **inconvenientes**, como su excesiva flexibilidad y su alta permeabilidad. Su duración es de hasta 90 días.

Látex

Silicona

Cloruro de polivinilo

Cloruro de polivinilo

El cloruro de polivinilo (PVC) es un material más rígido y permite un drenaje adecuado. Es mejor tolerado que el látex y más barato que la silicona, aunque **no es apto para el uso a largo plazo** por la rápida incrustación que presenta.

¡Toma nota!

Para el uso a **largo plazo** es preferible elegir una sonda de silicona. Las **sondas prelubricadas** de baja fricción facilitan el proceso de inserción en la vejiga.



Tratamiento paliativo: métodos de autosondaje

El autocateterismo o autosondaje consiste en una maniobra para la introducción de un catéter o sonda en la vejiga a través de la uretra y así poder vaciarla de orina.

El procedimiento es simple y de fácil ejecución, lo que permite que pueda realizarlo la propia persona o sus cuidadores en un entorno extrahospitalario.

Dentro de las opciones disponibles con respecto a dicha técnica existen:

- el **sondaje vesical intermitente limpio** (SIL), más utilizado en el ámbito extrahospitalario,
- y el **sondaje intermitente aséptico** (SIA), más frecuente en el ámbito hospitalario.



Métodos de autosondaje: relevancia de la formación

Un **buen nivel de conocimiento y adiestramiento** en el autocuidado y manejo de la técnica aumenta la confianza de la persona, permitiéndole realizar sus actividades normales, contribuyendo, por tanto, a **aumentar su calidad de vida**. Cuando la persona es incapaz de realizarlo por causas físicas o psíquicas, podrá ser ayudado con la colaboración de un cuidador.

La formación a la persona o a su cuidador en el autosondaje resulta fundamental ya que, en casos en los que no sea posible la introducción o la retirada de la sonda, debe transmitirse la **necesidad de relajación antes de intentarlo de nuevo** y, en última instancia, acudir a la ayuda de un profesional.

Autosondaje e ITU

Tanto la persona como los profesionales sanitarios deben controlar la aparición de **síntomas indicativos de ITU**, como fiebre, dolor en la zona renal, dolor durante la micción, orina de olor fuerte, de color turbio o con presencia de sangre, aumento de la incontinencia, malestar general o alteraciones en las frecuencias miccionales.

Si se presentan estos síntomas, es necesario establecer el tratamiento más adecuado.



Indicaciones del sondaje

Los fines del cateterismo o sondaje pueden ser tanto diagnósticos como terapéuticos. Profundicemos en ellos.

Fines diagnósticos

Fines terapéuticos

Fines diagnósticos

- Exploración uretral o vesical.
- Obtención de muestras de orina.
- Medición del residuo posmiccional.
- Control de la micción.

Fines diagnósticos

Fines terapéuticos

Fines terapéuticos

- Casos de retención urinaria (aguda o crónica).
- Tratamiento crónico de personas con fracaso espontáneo en el vaciado vesical cuando no hayan tenido éxito o no sean candidatos a ningún otro procedimiento alternativo.
- Tratamiento de algunas personas con vejiga neurógena.
- Administración de terapias endovesicales.
- Posoperatorio de algunas cirugías (uretra, próstata, vejiga).
- Fístulas vesicales y rotura vesical extraperitoneal.
- Sangre en orina en personas que requieran lavados vesicales continuos.
- Tratamiento intraoperatorio y posoperatorio de intervenciones quirúrgicas prolongadas o en personas de riesgo previsible de retención de orina.

¡Toma nota!

Pueden existir contraindicaciones, como infecciones, alergia, etc. Hay que consultar con el profesional sanitario en caso de duda, para una valoración individual.

Material necesario

Antes de llevar a cabo cualquier técnica hay que tener preparado el material que se va a emplear que, en este caso, consiste en lo siguiente.

Material necesario para el sondaje

Para la fase de higiene de los genitales

Para la fase de sondaje

Para la fase de recogida de orina

Para la fase de higiene de los genitales

- Guantes desechables.
- Cuña.
- Gasas.
- Toalla.
- Esponja.
- Recipiente con agua.

Material necesario para el sondaje

Para la fase de higiene de los genitales

Para la fase de sondaje

Para la fase de recogida de orina

Para la fase de sondaje

- Sonda urinaria de calibre, tipo y material adecuados (al menos dos unidades, por si el primer intento de sondaje resulta fallido).
- Bolsa de recogida de orina (si el sondaje es temporal o permanente).
- Guantes estériles.
- Paños de campo estériles.
- Lubricante urológico anestésico en unidosis (o, si no, sin usar).
- Pinzas de Kocher.
- Gasas estériles.

Material necesario para el sondaje

Para la fase de higiene de los genitales

Para la fase de sondaje

Para la fase de recogida de orina

- Povidona yodada.
- Jeringa de 10 ml.
- Agua destilada o bidestilada.
- Esparadrapo hipoalergénico.

Para la fase de higiene de los genitales

Para la fase de sondaje

Para la fase de recogida de orina

Para la fase de recogida de orina

Los sistemas de recogida de orina se pueden clasificar desde diferentes puntos de vista:

- Según la **facilidad con la que se pueden contaminar**: cerrados o abiertos (menos y más proclives a la contaminación, respectivamente).
- Según el **tipo de persona**: encamada (sistema colector para cama) o ambulante (sistema colector para pierna).



Técnica de autosondaje

La técnica de autosondaje empieza con **el lavado de manos con agua y jabón**, para evitar la transmisión de bacterias de las manos hacia la sonda.

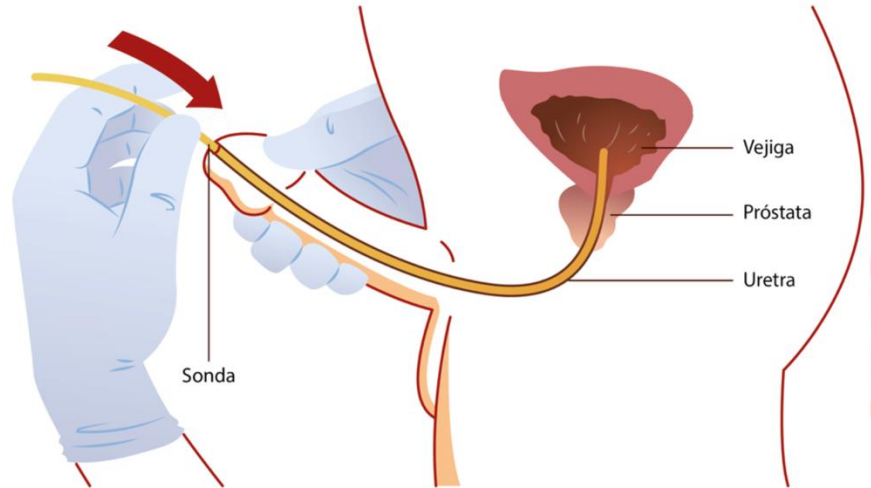
El siguiente paso es **reunir los suministros**: sonda (abierta y lista para usar), toallitas desechables o pañito de limpieza, lubricante y un recipiente para recoger la orina, si no está planeando sentarse en el inodoro. Se pueden usar guantes desechables limpios, si se prefiere no usar las manos desnudas. Los guantes no necesariamente tienen que estar estériles, a menos que así lo indique el médico.

Tras esto, la técnica es diferente para hombres y para mujeres. Veámoslo.

Proceso de autosondaje en el hombre

Observa la Figura 9 y avanza para comprender los pasos del autosondaje en el hombre.

Figura 9. Autosondaje en hombre



Elaboración propia.



Paso 1

Lavado del pene con agua y jabón, limpiando la zona del meato; a continuación, lavado del pubis y, por último, la zona anal de delante hacia atrás y desde dentro hacia fuera, secándola en el mismo orden. Volver a lavarse las manos de nuevo.



Paso 2

Posición de sentado: sujetar el pene hacia arriba, para que la uretra esté recta. Si se utiliza una sonda con punta Tiemann (curva), introducir la sonda con la punta hacia arriba.



Paso 3

Retirar la sonda del envase. Unos 5 cm por debajo del conector la sonda no tiene lubricación, lo que facilita la sujeción de esta.



Paso 4

De forma suave, introducir la sonda por la uretra hasta que llegue a la vejiga; es posible notar una leve resistencia al llegar al esfínter. Continuar introduciendo la sonda suavemente.



Paso 5

Colocar el pene en su posición normal hacia abajo cuando la orina empiece a salir.



Paso 6

Cuando termine de salir la orina, retirar la sonda de forma suave y lenta.



Paso 7

Para desechar la sonda, introducirla en una bolsa y tirarla a la basura.

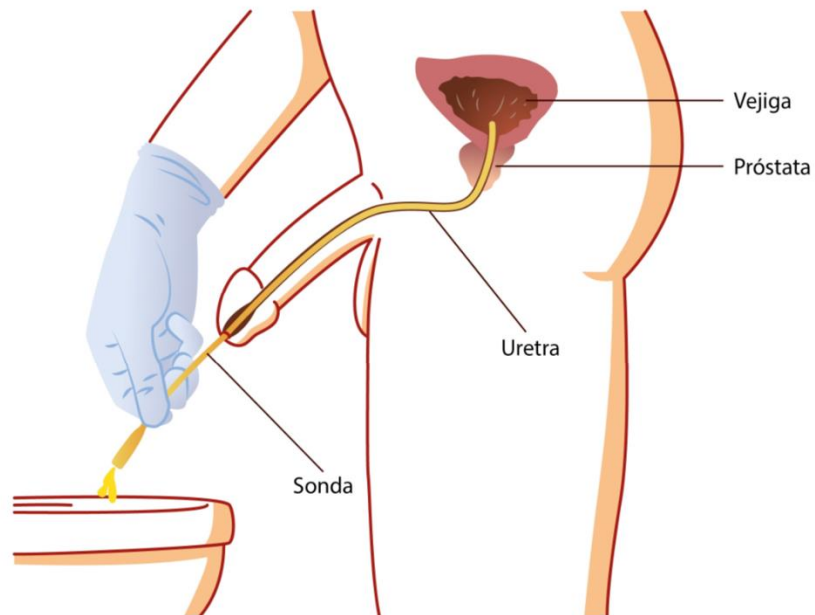


Paso 8

Lavarse las manos con agua y jabón.

Micción mediante autosondaje en el hombre

Figura 10. Micción mediante autosondaje en el hombre

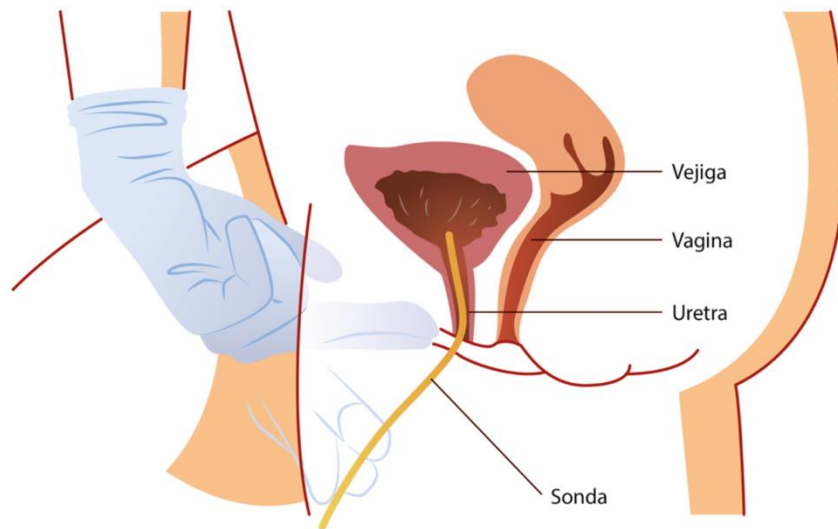


Elaboración propia.

Proceso de autosondaje en la mujer

Observa la Figura 11 y avanza para comprender los pasos del autosondaje en la mujer.

Figura 11. Autosondaje en mujer



Elaboración propia.



Paso 1

Con una mano separe suavemente los labios y ubique el meato urinario, por donde sale la orina. Puede usar un espejo para ayudarse al principio.



Paso 2

Lavado de los genitales con agua y jabón. Con una mano separe suavemente los labios y ubique el meato urinario. Con la otra mano lave los labios tres veces, de delante hacia atrás, de arriba hacia abajo, en la mitad y en ambos lados. Utilice una toalla desechable o toallitas húmedas y antisépticas cada vez. También puede usar bolas de algodón con jabón suave y agua. Enjuague bien y seque si usa jabón y agua. Volver a lavarse las manos de nuevo.



Paso 3

Aplique un lubricante específico en la punta y en los 2 centímetros superiores de la sonda (algunas sondas ya vienen con el gel incorporado).



Paso 4

Mientras sigue sosteniendo los labios con la primera mano, use la otra mano para deslizar suavemente la sonda hacia arriba, por dentro de la uretra, hasta que la orina empiece a fluir. No fuerce la sonda. Empiece otra vez si no está entrando bien. Trate de relajarse y respire profundamente.



Paso 5

Deje que la orina fluya dentro del inodoro o el recipiente.



Paso 6

Cuando la orina deje de salir, retire lentamente la sonda. Cierre el extremo apretándolo para evitar mojarse.



Paso 7

Limpie alrededor del meato urinario y los labios nuevamente con una toalla desechable, un pañito húmedo o una bola de algodón.



Paso 8

Si está usando un recipiente para recolectar orina, vacíelo dentro del inodoro. Siempre cierre la tapa del inodoro antes de vaciarlo, para impedir que los gérmenes se propaguen.

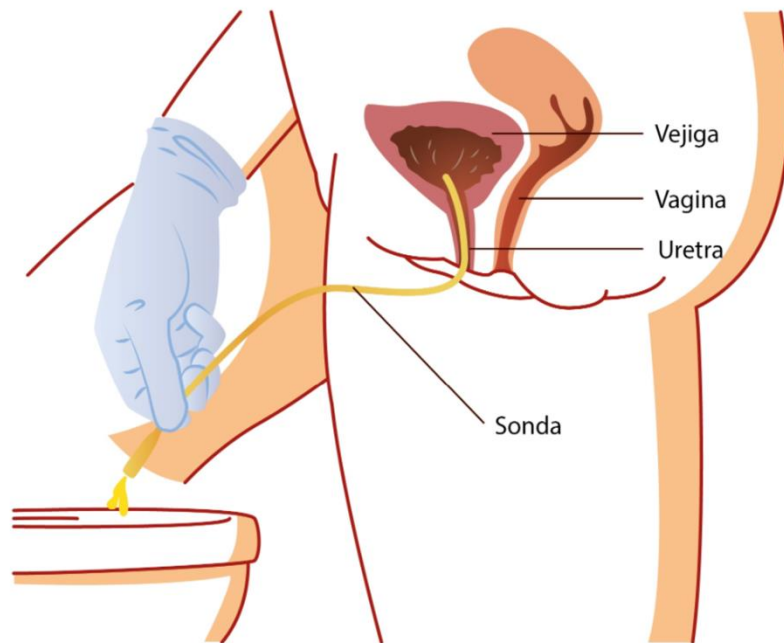


Paso 9

Lávese las manos con agua y jabón.

Micción mediante autosondaje en la mujer

Figura 12. Micción mediante autosondaje en la mujer



Elaboración propia.

› **¿Qué se debe controlar?**

› **¿Qué hacer si no se puede introducir la sonda?**

› **¿Qué hacer si no se puede retirar la sonda?**

› **¿Cuánto líquido se debe beber?**

› **¿El autosondaje intermitente afecta a la vida sexual?**

› **¿Si hay sangre en la sonda?**

▼ ¿Qué se debe controlar?

- Presencia de sangre en orina (hematuria).
- Fiebre.
- Dolor en la zona renal.
- Dolor durante la micción.
- Orina de olor fuerte.
- Orina de color turbio.
- Aumento de la incontinencia.
- Aumento del tono muscular.
- Malestar general.
- Alteraciones en las frecuencias miccionales.

▼ ¿Qué se debe controlar?

Si aparece cualquiera de estos síntomas, es muy probable que se esté desencadenando una ITU, por lo que es necesario consultar con el médico o personal de enfermería responsable para establecer el tratamiento más adecuado.

➤ ¿Qué hacer si no se puede introducir la sonda?

➤ ¿Qué hacer si no se puede retirar la sonda?

✓ ¿Qué hacer si no se puede introducir la sonda?

Si lo ha intentado y no es posible, no debe preocuparse, mantenga la calma. Debe relajarse antes de intentarlo de nuevo. Si continúa sin poder introducir la sonda, se debe de poner en contacto con su personal de enfermería.

> ¿Qué hacer si no se puede retirar la sonda?

> ¿Cuánto líquido se debe beber?

> ¿El autosondaje intermitente afecta a la vida sexual?

✓ ¿Qué hacer si no se puede retirar la sonda?

No ha de ponerse nervioso o nerviosa, intente mantener la calma, relajarse durante 5 o 10 minutos e inténtelo de nuevo. Toser ayuda a relajar los músculos. Si a pesar de estos consejos no puede retirar la sonda, se debe acudir a la ayuda de un profesional inmediatamente.

> ¿Cuánto líquido se debe beber?

> ¿El autosondaje intermitente afecta a la vida sexual?

> ¿Si hay sangre en la sonda?

✓ **¿Cuánto líquido se debe beber?**

Se deben beber, al menos, 6 u 8 vasos de líquido al día. No se debe tomar demasiado café o té, así se evita estrés en la vejiga.

> **¿El autosondaje intermitente afecta a la vida sexual?**

> **¿Si hay sangre en la sonda?**

✓ ¿El autosondaje intermitente afecta a la vida sexual?

Sin lugar a duda, el autosondaje intermitente mejora la vida sexual. Se pueden mantener relaciones sexuales sin sonda, sin miedo a pérdidas de orina o molestias tras la realización del mismo.

> ¿Si hay sangre en la sonda?

▼ ¿Si hay sangre en la sonda?

A veces pueden aparecer restos de sangre en la sonda, que desaparecen a los pocos días, por lo que no hay que preocuparse. Si esta continúa o aumenta, se debe poner en contacto con su médico o profesional de enfermería.



Tratamiento paliativo: colectores externos

¿Qué es un colector peneano?

Es una **funda elástica que se desliza sobre el pene**. Su extremo más lejano (distal) presenta un orificio al que se conecta una bolsa de recogida de orina. Su extremo proximal queda fijado a la base del pene mediante un mecanismo específico: normalmente mediante una tira circular o un apósito autoadhesivo.

Actualmente también existen en el mercado colectores peneanos autoadhesivos en toda su longitud, por lo que no precisan fijación en la base del pene.

En el mercado existen colectores de orina de diferentes materiales:

- Silicona.
- TPE (elastómero termoplástico).
- Látex.



¿Para qué casos están indicados los colectores peneanos?

¿Para qué casos están indicados?

Están indicados en aquellas personas **incontinentes que todavía tienen vaciamiento de la vejiga completo y espontáneo**. Su utilidad a largo plazo no es especialmente útil, ya que su uso continuado puede provocar escoriaciones en la piel de la base del pene (este inconveniente está minimizado en los colectores autoadhesivos, que no precisan fijación).

El colector de orina, junto con la bolsa para la recogida de orina, es una solución práctica, cómoda e higiénica para el control de la incontinencia urinaria.



Preparación del material para la colocación del colector peneano

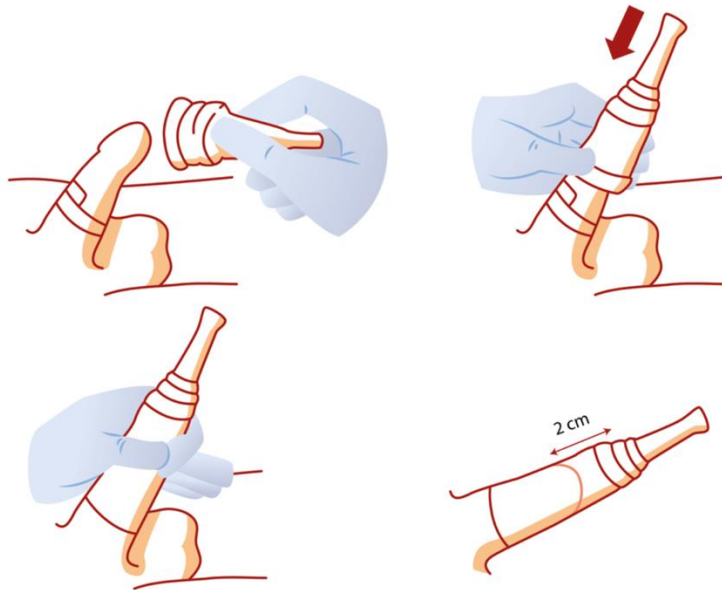
Antes de llevar a cabo cualquier técnica hay que tener preparado el material que se va a emplear, que en este caso consiste en:

- **Colector peneano:** en el mercado los hay de diferentes tipos (autoadhesivos o de fijación en la base del pene mediante una tira circular o un apósito) y de distintos tamaños. Antes de proceder a su colocación, hay que **leer atentamente las instrucciones** del fabricante, especialmente el modo de fijación a la base del pene, si no es autoadhesivo. En cuanto al **tamaño**, puede venir especificado de varias maneras, dependiendo de la casa comercial: tallas 1-5; tallas pequeña, mediana y grande; medidas de 20, 25, 30, 35 y 40 mm.
- Bolsa de diuresis con tubo de drenaje.
- Gasas.
- Útiles de aseo: jabón, toalla, palangana con agua templada.
- Guantes desechables.

Técnica de colocación del colector peneano

Observa la Figura 13 y avanza para aprender la técnica de colocación paso a paso.

Figura 13. Colocación del colector



Elaboración propia.

Técnica de colocación del colector peneano



Paso 1

Lávese las manos.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Paso 2

Explíquelo el procedimiento a la persona y solicite su colaboración.



Paso 3

Enfúndese los guantes desechables.



Paso 4

Dígale a la persona que se coloque en decúbito supino. Tape su cuerpo, dejando expuestos solamente los genitales.

Técnica de colocación del colector peneano



Paso 5

Limpie los genitales con agua y jabón y séquelos cuidadosamente. Así, se eliminan las secreciones que puedan irritar la piel de la persona y se facilita el deslizamiento del colector.



Paso 6

Sujete la bolsa de diuresis en el lateral de la cama, dejando la conexión accesible. Así, se facilita su rápida conexión al colector.



Paso 7

Sujete el pene de la persona con la mano no dominante. Realice una ligera presión. Con ello, se disminuye la posibilidad de erección.



Paso 8

Con la mano dominante, coloque la base del colector sobre el glande de la persona y deslícelo suave y uniformemente hacia el extremo proximal del pene.



Paso 9

Asegúrese de que quedan 2,5 cm entre el extremo más alejado (distal) del pene y el tubo de drenaje del colector. Esto evita el exceso de presión sobre el glande.



Paso 10

Fije el colector (si no es autoadhesivo) mediante la cinta específica alrededor de la base del pene. Con la cinta específica se asegura la sujeción a la piel y se evita la constricción de la zona, ya que este material se expande con los cambios de tamaño del pene. Por ese motivo, **jamás debe usarse esparadrapo** para fijar el colector, ya que este material no es expansible y puede causar constricción y reducción del flujo sanguíneo peneano.



Paso 11

Conecte la bolsa de diuresis al extremo más alejado (distal) del colector. Si la persona está encamada, sujete la bolsa a la cama y, si puede andar, sujétela a la extremidad inferior. Compruebe la ausencia de acodamientos en los sistemas de conexión y de drenaje.



Paso 12

Quítese los guantes y lávese las manos.

¡Cuidados posteriores!

Cuando se utilice el colector peneano, no olvide llevar a cabo estos cuidados y comprobaciones:

- Compruebe la integridad de la piel del pene a los 30 minutos de la colocación del colector.
- Verifique el adecuado drenaje o salida de la orina.
- Cambie el colector y evalúe el estado del pene cada 24 horas.



Bolsas de orina

Son recipientes destinados a almacenar la orina, diseñados todos de forma parecida, que tienden a poder ser disimulados. Estas bolsas **se conectan al colector o a la sonda vesical**. Según el momento del día y el uso que se les va a dar, las diferenciamos en bolsas de pierna y bolsas de cama.

Pulsa en cada imagen
para aprender más.





Bolsa de pierna

Es una bolsa que permite recoger la orina que drena de la sonda-catéter. Se ubica debajo de su ropa **y permite que la persona realice las actividades diarias normales**. Está diseñada para ser llevada con discreción, se sujeta a la pierna por debajo de la rodilla. Tiene una capacidad superior al medio litro y lleva una válvula a la entrada de la bolsa que impide que la orina pueda regresar al tubo. Dispone, además, de un tubo de salida con el fin de vaciarla cómodamente, sin necesidad de desconectarla.



Bolsa de cama

Tiene una capacidad entre 1 litro y medio y 2 litros. El tubo de conexión con la sonda o el colector tiene longitud **suficiente para que tenga libertad de movimientos**. Estas bolsas son empleadas también durante el día por las personas crónicas que no salen de casa o que se desplazan en silla de ruedas.



Colocación de la bolsa

Para colocar correctamente la bolsa de diuresis es importante tener en cuenta que **los líquidos deben fluir de arriba abajo**. Para que esto ocurra, siempre tendremos que colocar la bolsa de recogida por debajo del nivel de la vejiga.

Es muy importante que las personas y cuidadores realicen la técnica de forma correcta, evitando así que la orina vuelva a la vejiga pudiendo provocar ITU. Los usuarios también deben tener en cuenta que **el tubo de la bolsa no debe comprimirse ni enrollarse** en las piernas para evitar pinzamientos involuntarios.

La persona y o el cuidador que de pronto se encuentran con uno de estos tratamientos (colector, sonda) y desconocen su correcto uso, no deben dudar en demandar la información necesaria para su utilización, tanto al médico como al profesional de enfermería.



6. Tratamiento paliativo: tipos de absorbentes de orina

¿Qué son los absorbentes de orina?

Los absorbentes de incontinencia urinaria son productos sanitarios **desechables de un solo uso** que retienen la orina una vez que ya ha sido excretada, manteniendo la piel seca y evitando la irritación derivada del contacto con la orina.

Su versatilidad, comodidad y discreción los convierte en el **método paliativo de control de la incontinencia urinaria más utilizado**, ya que está indicado en personas con distintos grados de incontinencia en función de su capacidad de absorción, tipo o forma y talla cuando no pueden usarse otros métodos o tratamientos.



¿Cómo elegirlos?



6. Tratamiento paliativo: tipos de absorbentes de orina

¿Cómo elegirlos?

El criterio de elección para la prescripción de un tipo de absorbente u otro debe tener en cuenta:

- la posible autonomía funcional de la persona,
- la cualificación y disponibilidad de sus cuidadores
- o el tipo y la gravedad de la incontinencia que presente.

Se recomienda una media de cambio de 3-4 absorbentes diarios. Solo en algunos casos, como incontinencia fecal asociada y/o diarrea, puede requerirse alguno más.

Estructura general de los absorbentes de orina

Los absorbentes pueden tener distintas formas, dimensiones y el sistema de fijación al cuerpo puede ser independiente o integrado. De forma general, se distinguen cuatro capas en cuanto a los materiales que las componen y la función que desempeñan. Veámoslas.

Capa superior

Núcleo absorbente

Capa impermeable

Cuarta capa de tejido sin tejer

Capa superior

Está formada por **tejido sin tejer (*nonwoven*)**, constituida por fibras de polipropileno unidas por procedimiento de termosoldado, sin ligante químico, que forma la parte central del absorbente.

Capa superior

**Núcleo
absorbente**

Capa impermeable

**Cuarta capa de
tejido sin tejer**

Núcleo absorbente

Está compuesto por **pulpa de celulosa** combinada con un **material “superabsorbente” (SAP)**, cuya principal misión es transformar la orina líquida en un gel de consistencia semisólida que impida que la humedad salga de nuevo.

Estos materiales se distribuyen en capas superpuestas en las zonas que reciben mayor cantidad de orina, entre las piernas y en la zona posterior del absorbente, por ejemplo.

Estructura general de los absorbentes de orina

Capa superior

Núcleo absorbente

Capa impermeable

Cuarta capa de tejido sin tejer

El SAP, por el tipo de composición que tiene, reacciona con el sulfato de cobre. Cuando se aplica una solución con sulfato de cobre sobre el absorbente, el SAP reacciona y pasa a tener una coloración azul, mientras que la celulosa mantiene su coloración blanca o amarilla. Además, el núcleo absorbente debe controlar los posibles olores derivados de la formación de amoníaco.

Capa superior

**Núcleo
absorbente**

Capa impermeable

**Cuarta capa de
tejido sin tejer**

Capa impermeable

Se corresponde con la **capa exterior** y está compuesta por un material plástico (polietileno), que asegura la estanqueidad total del absorbente y que no debe producir ruido, para respetar la discreción.

Debe incluir un indicador de la humedad, consistente en unas líneas que cambian de color al mojarse e informan sobre la necesidad de cambio. Algunos absorbentes también incorporan barreras laterales antifugas, así como sistemas de sujeción del absorbente, cintura elástica y ajuste elástico en la entrepierna.

Capa superior

**Núcleo
absorbente**

Capa impermeable

**Cuarta capa de
tejido sin tejer**

Cuarta capa de tejido sin tejer

La mayoría de los absorbentes tienen también una **cuarta capa de tejido sin tejer** para tapar el plástico y evitar que esté en contacto con la piel, de esta manera evitamos que aparezcan dermatitis, eritemas, ampollas derivadas del contacto con la piel.



Clasificaciones de los absorbentes para la incontinencia

Los absorbentes para la incontinencia se clasifican según diferentes criterios:

- Según la capacidad de absorción
- Según el tipo o forma y el sistema de sujeción
- Según la talla del absorbente

Los conocemos seguidamente.

Según la capacidad de absorción

Por norma general, la capacidad mínima de absorción aceptable debe ser de **10 gramos de agua por gramo**, aunque atendiendo a las necesidades particulares de cada usuario se distinguen absorbentes con capacidad de **absorción progresiva**, que contemplan desde la necesidad de controlar pérdidas leves hasta la absorción total en el absorbente denominado supernoche.

Se indican brevemente a continuación:

- Absorbente para **pérdidas leves**: por lo general, con una capacidad de absorción entre 50-300 ml.
- Absorbente **de día**: con una capacidad de absorción entre 600 a 900 ml.
- Absorbente **de noche**: con una capacidad de absorción entre 900 a 1.200 ml.
- Absorbente **supernoche**: con una capacidad de absorción mayor a 1.200 ml.

Rectangular

Anatómico

Elásticos

Pant

Rectangular

Indicado para personas con **movilidad diurna más o menos conservada**. Por su forma, tamaño y sistema de sujeción con una malla elástica, lavable, hipoalergénica y transpirable, es discreto y cómodo, aunque presenta la limitación de **ser talla única**. Salvo circunstancias muy concretas, como que la persona o su cuidador lo prefiera así, el criterio para su uso parece **decantarse a favor de los anatómicos**.



Disponibles en talla única ajustable con una malla, que mantiene colocado el absorbente para evitar su desplazamiento. En función a su capacidad de absorción, existen de día y supernoche.

Rectangular

La malla, que es una braga elástica, transpirable, lavable y adaptable, se ofrece en tres tallas: talla media, grande y maxi (según el peso).

Anatómico

Elásticos

Pant

Rectangular

Anatómico

Elásticos

Pant

Anatómico

Indicado para **personas que deambulen** y que no presenten incontinencia fecal concomitante.

Han sido diseñados con escotaduras en la zona de las ingles y, al igual que los rectangulares, cuentan con una malla elástica lavable que permite un **mejor ajuste y sujeción a la ropa interior** de la persona.



Absorbentes según el tipo o forma y el sistema de sujeción

Rectangular

Anatómico

Elásticos

Pant

El criterio de uso normalmente es preferible a las compresas rectangulares, aunque la preferencia de la persona o su cuidador debe primar en su elección. Su capacidad de absorción comprende día, noche y supernoche. No existen diferentes tallas, se comercializan en talla única, pero en diferentes formas y tamaños según las marcas comerciales. También, en función de la marca comercial, algunos absorbentes anatómicos pueden presentar hilos elásticos en la zona de la entrepierna.

Disponible en **talla única ajustable con malla**, que mantiene colocado el absorbente para evitar su desplazamiento. La malla, que es una braga elástica, transpirable, lavable y adaptable, se ofrece en tres tallas: talla media, grande y maxi (según el peso).

Rectangular

Anatómico

Elásticos

Pant

Elásticos

Indicado **para personas encamadas**, con poca movilidad, que necesitan una sujeción adicional. Presenta hilos elásticos en la zona de la entrepierna y cintura elástica posterior que se fija al contorno del cuerpo de la persona mediante etiquetas reposicionables en las alas laterales, que se colocan en la parte frontal del absorbente. De este modo permite una correcta fijación a cada tipo de persona.



Rectangular

Anatómico

Elásticos

Pant

Pant

Indicado **en personas activas**. Es como una prenda de ropa interior absorbente, que permite ofrecer un mejor ajuste al cuerpo y evita incómodos abultamientos. Permite una adaptación idónea al cuerpo, proporcionando una **buena transpiración**, que ayuda al cuidado de la piel, y libertad de movimientos. Existen algunos con una capacidad de hasta 1.850 ml. Su capacidad de absorción comprende día, noche y supernoche.

Diferentes tallas, en función del contorno de cadera de la persona.

Resumen

Recapitulemos:

- **Rectangulares:** absorbentes simples y de menor capacidad, generalmente usados como refuerzo de otros dispositivos o para incontinencia leve.
- **Anatómicos:** compresas diseñadas para adaptarse a la anatomía del usuario, utilizadas con ropa interior de sujeción.
- **Elásticos:** productos con forma de pañal ajustable mediante bandas laterales, adecuados para personas con movilidad reducida o encamadas.
- **Pants:** absorbentes en forma de ropa interior, cómodos y discretos, indicados para personas activas con incontinencia moderada a severa.

Según la talla del absorbente

La indicación del absorbente debe realizarse conociendo las características y necesidades del incontinente, tanto de capacidad de absorción como de talla. La manera más conveniente de escoger la talla adecuada de la persona es **medir el contorno de su cadera**; así, es posible seleccionar la más apropiada a su tamaño.

En función de las necesidades y movilidad de las personas, **el Sistema Nacional de Salud financia** absorbentes rectangulares, anatómicos, elásticos y *pant*.

A modo de resumen, se presenta la información sobre las distintas características de los absorbentes en la Tabla 1.



Descarga la Tabla 1 en el enlace de “Recursos” en la parte superior

Tratamiento paliativo: elección del absorbente

Como se mencionaba al inicio de este apartado, el criterio de elección para la prescripción de un tipo de absorbente u otro debe tener en cuenta distintas situaciones y necesidades de las personas con incontinencia. **Algunos de los criterios para la elección del absorbente** se indican a continuación.



- **Según el grado de movilidad**
- **Disponibilidad de cuidadores**
- **Preferencia de la persona**
- **Producto óptimo para la persona individual**
- **Integridad superficial**
- **Antecedentes médicos**

➤ **Calidad del producto**

➤ **Coste**

✓ Según el grado de movilidad

El grado de movilidad de la persona supone un criterio de elección clave a la hora de prescribir un absorbente. Sin embargo, hay que considerar que el grado de movilidad por sí solo no es orientativo.

- **Personas ambulantes con incontinencia leve o moderada:** personas que presentan un uso aceptable de técnicas de vaciamiento programado de forma concomitante, al menos durante el día. Los absorbentes más cómodos son los de tipo anatómico o rectangular, y en caso de personas muy activas, los de tipo *pant*.
- **Personas encamadas, usualmente ancianos:**
 - En personas que conserven su capacidad motora y que no presenten incontinencia fecal, se recomendará el absorbente tipo elástico.
 - En caso de ancianos que hayan perdido su capacidad motora y/o que asocien pérdida de heces, el protector más indicado es el tipo elástico.

✓ Disponibilidad de cuidadores

Como se mencionaba en el apartado anterior, el grado de movilidad por sí solo no es orientativo, por lo que, en los casos más graves, la presencia de cuidador capacitado puede paliar en buena medida la falta de movilidad de la persona, acompañándolo al aseo o realizando más o menos cambios del absorbente.

> Preferencia de la persona

> Producto óptimo para la persona individual

> Integridad superficial

✓ Preferencia de la persona

En la medida de lo posible, se debería **ofertar a la persona toda la gama de técnicas y dispositivos disponibles** para su incontinencia. Cuando de la selección del absorbente se trata, deben tenerse en cuenta:

- la talla que le resulta más cómoda y adecuada (la persona siempre debe llevar la talla acorde a su medida de contorno de cadera),
- el tipo de pañal,
- la sudoración
- o la comodidad de manejo según sus habilidades personales o las del cuidador.

✓ Preferencia de la persona

Antes, la oferta de absorbentes elásticos establecía un cierto paralelismo entre poder de absorción y talla. Sin embargo, en estos momentos existen en el mercado **absorbentes con talla de todas las absorciones**. Por ello, es importante tener en cuenta la absorción y tallaje en función de las características individuales de la persona. El uso de tallas mayores de las debidas genera escapes de orina y productos mucho menos eficientes.

✓ Producto óptimo para la persona individual

Debemos contemplar los absorbentes como el tratamiento paliativo de la incontinencia por excelencia. Por esta razón, el objetivo es **mantener a la persona seca el mayor tiempo posible**, con la mayor comodidad para él y su cuidador y con un coste razonable en términos económicos y de esfuerzos.

> Integridad superficial

> Antecedentes médicos

> Calidad del producto

✓ Integridad superficial

La integridad de la piel debe preservarse en todo momento, por ello es preciso **extremar las medidas para que la persona permanezca seca.**

La piel de los incontinentes se ve sometida a muchas agresiones, debido, entre otras cosas, al momento en que la orina está en contacto con la piel. Debido a esto y a las características de las pieles enrojecidas, en la mayoría de los usuarios de absorbentes es muy importante mantener una vigilancia de la piel, así como el uso de productos adecuados y realizar una higiene adecuada entre cambio y cambio de pañal.

> Antecedentes médicos

✓ Antecedentes médicos

Algunas situaciones pueden requerir de un aumento de la capacidad de absorción o del número de pañales:

- Deterioro cognitivo.
- Tetraplejia o paraplejia.
- Espina bífida.
- Parálisis cerebral.
- Síndrome de Down.
- Niños con retraso psicomotor.
- Procesos diarreicos.
- Heridas exhudativas.
- Diuréticos.

✓ Calidad del producto

Algunas características de calidad que deben tenerse en cuenta son: la capacidad de absorción, la protección impermeable frente a la humedad, la comodidad de la persona y que el pañal sea respetuoso con su piel (existen absorbentes en el mercado con dermoprotección).

✓ Coste

El coste del productor sería un criterio de elección también.



Tratamiento funcional

El tratamiento funcional tiene como objetivo optimizar, mediante métodos no farmacológicos, los mecanismos involucrados en el proceso de la micción.

Esta modalidad terapéutica agrupa **diversos procedimientos, a menudo, complementarios y previos o simultáneos a otras medidas**: ejercicios de suelo pélvico, estimulación eléctrica y técnicas de *biofeedback* o biorretroalimentación.

Estos procedimientos se desarrollan en profundidad en el módulo 2.



Tema 6

La adherencia al
tratamiento de la
incontinencia urinaria



Adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el **cumplimiento del mismo**, es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito y durante el tiempo necesario.

Como falta de adherencia no solo se contempla dejar de tomar un medicamento, sino también: tomar otro en su lugar, hacerlo con una dosis distinta a la prescrita por el médico, tomarlo en ayunas cuando debe ser con estómago lleno, tomarlo por la noche en vez de por la mañana, etc. (Figura 14).

Figura 14. Principales problemas en la adherencia al tratamiento



Razones de la no adherencia

Se sabe que solo el 50 % de las personas crónicas cumplen rigurosamente con el tratamiento prescrito. En el caso de la IU, muchas personas crónicas se cansan y dejan de tomar el medicamento o lo hacen de manera indebida, por ejemplo, si el cuidador administra los medicamentos diuréticos en la cena, la persona tendrá más ganas de orinar por la noche y eso puede desembocar en una incontinencia.

Las razones que pueden influir en no seguir un tratamiento farmacológico correctamente son múltiples.



¿Cuáles son esas razones?

Razones de la no adherencia

- Olvido de tomar el fármaco.
- No entender las instrucciones de apertura o de dosificación.
- Experimentar efectos secundarios.
- Mal sabor u olor del fármaco.
- Si su toma exige unas condiciones que no son favorables para la persona; por ejemplo: no tomar el sol, hacerlo en ayunas, etc.
- Si el tratamiento comprende numerosas tomas diarias del fármaco.
- Pérdida de confianza en el fármaco.
- Pensar que ha terminado la enfermedad y no es necesario tomar más.
- Temor a depender del fármaco.
- Alto precio.
- Problemas para ingerirlo, como no poder tragar pastillas grandes.
- Falta de confianza en el médico, farmacéutico o enfermera.

Consecuencias de la falta de adherencia

La falta de adherencia a los tratamientos médicos puede tener consecuencias graves:

- En **Europa**, se estima que contribuye a unas **200.000 muertes prematuras** cada año y supone un coste para el sistema sanitario de 125.000 millones de euros anuales.
- En **España**, esta problemática genera un gasto de alrededor de 11.250 millones de euros y está relacionada con aproximadamente **18.400 muertes anuales**.

¿Cómo mejorar la adherencia?

Lo más importante es conseguir una correcta comunicación entre los profesionales implicados y la persona o cuidador.

Para **averiguar los motivos de la falta de adherencia** y que el profesional sanitario pueda explicarle los beneficios que reporta seguir de manera correcta la pauta y los aspectos negativos de no hacerlo, se debe escuchar y conocer a la persona. En el caso de la IU, esto es fundamental para conseguir una correcta elección y utilización de los absorbentes.

Se debe **insistir a la persona en la importancia de comunicar** al profesional sanitario qué fármacos está tomando, así como cualquier tema de interés para él, como dudas sobre dosis, forma de tomarlo, para qué sirve el medicamento, etc.

Puede ser de ayuda para la persona el **tener por escrito la dosis, cómo y cuándo tomar su medicación**.



Una recomendación

Se recomienda **adquirir los fármacos en la misma farmacia**, ya que el farmacéutico conocerá a la persona o a su cuidador y sabrá qué medicamentos y complementos alimenticios está tomando, por lo que le puede advertir si existe alguna incompatibilidad o, si la persona ha notado algún efecto secundario, se lo comunicará y este le puede ayudar a minimizarlo o indicarle cómo debe proceder.





¿Cómo evitar el olvido?

Para evitar el olvido de alguna toma de medicación, los **sistemas personalizados de dispensación** (SPD) son muy recomendables, sobre todo en personas mayores.

El SPD es el envasado de la medicación de acuerdo a la prescripción médica, organizado por días y tomas. Es en la farmacia especializada y acreditada donde se rellenan estos pastilleros con la medicación de la semana, mes, según las necesidades, y así se facilita enormemente una correcta toma de la medicación.



¿Cómo funciona?



¿Para quién se recomienda?





¿Cómo evitar el olvido?

¿Cómo funciona?

Ante la duda de no saber si se ha tomado un determinado fármaco, no hay más que mirar el casillero del pastillero y ver si está vacío o no. También evita duplicar la toma del medicamento, pues el profesional lo ha rellenado para evitar este imprevisto.

¿Para quién se recomienda?

Los SPD son muy recomendados en aquellas personas polimedicadas, tanto si padecen o no pérdidas de memoria y olvidos. Existe una red de farmacias expertas en SPD y en atención a la persona polimedicada.

También se recomiendan para los cuidadores de las personas, por su facilidad de uso y para minimizar riesgos en las tomas de la medicación.

Otros métodos para evitar el olvido

Hay otros métodos, como relojes con alarma o dispositivos que avisan de la toma, o escribir en un papel el horario y marcar cuando se haya tomado, pero los mejores resultados se obtienen gracias a la utilización de los SPD.



Tema 7

Bibliografía recomendada



Referencias

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167-78.
- Alonso C, Estrada FJ. Trastornos de la micción. Incontinencia urinaria. En: Espinàs J, et al. Guía de actuación en atención primaria. 2.ª ed. Barcelona: semFYC. 2002;417-21.
- Armant FB, Arasanz MEB, Muñoz GT, Anadón SH, Domínguez OC. Vejiga hiperactiva. *FMC Formación médica continuada en atención primaria*. 2018;25(4):208-22.
- Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Wyman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs Res*. 2006;55(4):243-51.
- Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Butlletí d'informació terapèutica*. 2004;16(3):9-14.
- Borrie MJ, Valiquette L. Managing adults with urinary incontinence. Clinical practice guidelines. *Can Fam Physician*. 2002 Jan;48:114-6.
- Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. Cuadernillo de técnicas básicas de enfermería. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Educación, Cultura y Deportes. 2002;37-8, 45.
- Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. Cuidados auxiliares de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Aparato urinario y sus cuidados. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Educación, Cultura y Deportes. 2002;207-40.
- Brauer S. Urinary Incontinence. *J Physiother*. 2014;60(3):169.
- Clemens JQ. Incontinence urinary in men. *UpToDate*. 2016.

Referencias II

- Clemens JQ. Incontinence urinary in men. UpToDate. 2016.
- Esherick JS. Guías prácticas para la atención primaria. Clark DS, Slater ED (eds.). México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores SA; 2016.
- Espejo Herrero JJ, Higuera Higuera A, Palomo Gallego V, Jaén Reyes MT, Díaz Aguilera R, Uceda Vaño A. Incontinencia y urgencia urinaria en mujer adulta. Actas Urol Esp. 2009;33:215.
- Espinosa JM, et al. Incontinencia urinaria. Síndromes geriátricos. Programas básicos de salud semFYC. Programa del anciano. Madrid: Doyma. 2000;17-29.
- Espinosa JM, Portillo J, Muñoz F, Martos JM. Incontinencia urinaria. En: Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores. Barcelona: semFYC. 2004;215-27.
- Espuña Pons M. Urinary incontinence in women. Med Clin (Barc). 2003;120(12):464-72.
- Esteve J, Mitjans J. Colector peneano. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2002;525-8.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Técnicas específicas. Eliminación. Renal. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2002;509-31.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Técnicas generales. Higiene y bienestar. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2002;3-40.
- González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jalón-Monzón A, García-Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2017.

Referencias III

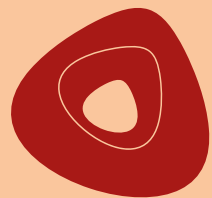
- Grasa I. Cateterismo vesical y mantenimiento de la sonda. En: Espinàs J, et al. Guía de actuación en atención primaria (2.ª ed.). Barcelona: semFYC. 2002;1263-5.
- Grasa I, Trueba A, Fernández F. Sondas urinarias. Formación Médica Continuada. 1995;2(8):485-92.
- Gray M. Incontinence-Related Skin Damage: Essential Knowledge. Index: Ostomy Wound Management. 2007;53(12):28-32.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Myfanwy M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking.report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2005.
- Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. Am Fam Physician. 2013;87(8):543-50.
- Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. 2007;167:540-50.
- Martín JC. Cuidados del paciente con sonda vesical. En: Guía de actualización clínica en nefrourología. Barcelona: semFYC. 2003;135-40.
- National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009.

Referencias IV

- Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Ter Sist Nac Salud. 2005;29:40-8.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353:487-97.
- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004;28:113-20.
- Perry AG, Potter PA. Aplicación de una sonda de condón. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. Madrid: Harcourt Brace. 1998;304-7.
- Perry A, Potter P. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4.^a ed. Higiene. Cuidados del periné femenino. Cuidados del periné masculino. Madrid: Harcourt Brace. 1998;239-51.
- Perry A, Potter P. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4.^a ed. Eliminación. Sondaje vesical femenino: permanencia e intermitente. Sondaje vesical masculino: a permanencia e intermitente. Madrid: Harcourt Brace. 1998;283-303.
- Robles JE. La incontinencia urinaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2006.
- Ruiz JL, Martínez E, Burgués JP, Arlandis S, Jiménez JF. Incontinencia urinaria. Incontinencia urinaria en las personas mayores. Doyma Newsletter. 2002;5-12.
- Saini SD, Schoenfeld P, Kaulback K, Dubinsky MC. Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases. Am J Manag Care. 2009;15(6):e22-e33.

Referencias V

- Schröder A, Abrams P, Anderson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. 2010.
- Servicio Madrileño de Salud. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. 2006;13(8).
- Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. BJU Int. 2016;117(1):20-33.
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2011;35(7):373-88.
- Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(5):298-300.
- Verdejo-Bravo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar MV, Alcántara-Montero A, Pérez-León. Consensus document on overactive bladder in older patients. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015 Sep-Oct;50(5):247-56.
- Vila LF. Productos de parafarmacia. Medimecum. Barcelona: Adis. 2004;821-6.
- Vila Coll MA, Gallardo Guerra MJ. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. Semergen. 2005;31(6):270-83.
- Warner RM, Greenwell TJ. A comparison of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and European Association of Urology (EAU) guidelines for the assessment and management of urinary incontinence in women. J Clinical Urol. 2018;11(2):88-100.
- Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. BMJ. 2014;349:g4531.
- Woodford H, George J. NICE guidelines on urinary incontinence in women. Age Ageing. 2007 May;36(3):349-50.



Club de
Cuidadores
Vidas al cuidado

Gracias

