

ANA QUINTANILLA SANZ. DUI. Màster en Ciències de la Infermeria. Educadora parar la continència.

# Enfermería y continencia. Una reflexión

¿Si descubrimos en una anamnesis o en una revisión rutinaria que una persona es incontinente, nos planteamos por qué lo es? ¿Nos sentimos cómodos? ¿Lo sabemos diagnosticar? ¿Estamos informados de donde se puede derivar? ¿Según la edad y el estado general, si no dice nada nos llamamos? ¿Y si es joven?

¿Tenemos claras las opciones terapéuticas?

¿Considerando la presión asistencial, nos meteríamos en este lío? ¿Y si nos cuenta que no se le escapa pero que a cada momento siente la necesidad de ir al lavabo? ¿Y si es un operado de próstata?

¿Debemos preocuparnos por un problema que no tiene ningún peligro para la vida?

Coloquémonos una compresa empapada en agua y vayamos a trabajar, a pasear, al autobús, a bailar, a estar cerca de la persona amada... solo un día...

¿Traspasa la humedad al sentarnos? ¿Se marca el «paquete» con los movimientos? ¿Que tipo de ropa nos pondríamos? ¿Las relaciones con los demás serían iguales? ¿Y con las personas del sexo contrario? ¿Sabemos cuanto dinero cuesta comprar dos o tres compresas diarias?

¿Sabemos qué se siente al perder el control de una parte de uno mismo?

## TODOS LOS PUNTOS PARA SER INCONTINENTES

¿Qué riesgo tenemos de ser incontinentes?

La bipedestación, sencillamente.

Recordemos que por evolución, al ponernos de pie, la musculatura perineal está ejerciendo durante todo el día una tensión en contra de la fuerza de la gravedad. ¿Y que pasa a lo largo de los años? O no tantos años... ¿No se cansará nunca este músculo?

Los partos: La pelvis femenina se ha ido adaptando a parir bebés con un perímetro craneal cada vez más grande. ¿Pero la pelvis sabe que posición tendrá que adoptar en las salas de parto actuales? Si la posición de litotomía no es la mejor opción ¿Por qué continuamos haciendo las cosas por rutina? ¿Alguien ha intentado una simple micción o defecar en contra de la fuerza de la gravedad?

En la era de la tecnología, con las ventajas actuales... ¿Es posible que aún nos quede por aprender lo más básico de nuestra existencia como lo es ayudar a nacer?

¿Episiotomía lateral o central? ¿Es realmente necesario hacerla siempre?

¿Los largos expulsivos son derivados de la alta demanda de la anestesia peridural? ¿Deberíamos hablar de anestesia o de

analgésia peridural? Si tenemos que empujar sin sensación de presión cuando la cabecita del bebe aun no ha bajado suficientemente y la mama se agota ¿Estamos favoreciendo los partos instrumentales? ¿Y que me decís de las cesáreas electivas?

Es imprescindible la educación maternal con anatomía, cambios perineales, tipo de pujos, hipopresión, posición de la pelvis, trabajo de parto, opciones de analgesia etc, para facilitar la libre elección de la madre en el nacimiento de un hijo.

Desde aquí me gustaría felicitar a todos los profesionales de la salud que a pesar de la presión asistencial no dejan de informar, de formarse y de luchar por la individualización de la atención y la humanización de las salas de parto.

Y continuando con el hilo que llevábamos, si a todo esto le añadimos otras novedades de la vida cotidiana moderna como:

- Los esfuerzos en el trabajo o en el mantenimiento de una errónea estática vertebral en la larga jornada laboral.

- Los malos hábitos nutricionales (dieta baja en fibra, grasas, comida rápida, sobrepeso, distensión abdominal...).

- Malos hábitos higiénicos (dificultades horarias en el acceso al wc; las prisas, que pueden comportar un incompleto vaciamiento vesical; la escasa ingesta de agua; el estreñimiento; las infecciones del tracto urinario...).

- Las enfermedades crónicas respiratorias.

- El deporte sin formación...

¡¡Hasta la longevidad que hemos conseguido entre el nivel de vida y los avances científicos nos comporta problemas a este nivel, a los dos sexos!!

Las señoras, ahora, podríamos decir que vivimos los mismos años hasta la época reproductiva que después. Para mantenernos sanas y a gusto se nos vuelven a abrir un montón de interrogantes: ¿Calores? ¿Terapia hormonal sustitutiva? Atrofias, irritaciones ¿Tratamiento de hormonoterapia local? Laxitud prolapsos... Si existe patología que requiera intervención quirúrgica ¿Podemos escoger? Histerectomía abdominal total, subtotal, vaginal, laparoscópica...

¿Dónde reside el riesgo mayor para el suelo pélvico?

En los señores, la disfunción más frecuente la encontramos en la postprostatectomía, es decir, la pérdida de orina que puede aparecer después de cirugía prostática y que persiste (1).

Desde el punto de vista funcional, hay dos lugares en la uretra masculina donde la presión es máxima. El mecanismo esfinteriano proximal, llamado esfínter interno (fundamentalmente el cuello vesical con terminaciones nerviosas alfaadrenérgicas) y distal o esfínter externo, con fibras musculares lisas alfaadrenérgicas estriadas intrínsecas inervadas por terminaciones colinérgicas y las fibras estriadas extrínsecas o esfínter periuretral de inervación pudenda.

El periuretral tiene dos tipos de fibras: El tipo I, de contracción lenta y mantenida, o sea, presión uretral en reposo. Y otras de tipo II, o de contracción rápida, responsables de la interrupción del chorro urinario.

En la extirpación del adenoma prostático se produce la destrucción del mecanismo esfinteriano proximal y de parte del distal. La continencia se mantendrá gracias a las fibras musculares distales entre el apex prostático y el diafragma urogenital (2).

En caso de lesión, se verían afectadas las fibras lisas o estriadas intrínsecas, pero no, el músculo estriado periuretral: Fibras diana del tratamiento conservador, que utilizaremos y reforzaremos en la reeducación perineal de la incontinencia urinaria postprostatectomía.



#### OBJETIVO: CONTINENCIA

La continencia urinaria se consigue por una simple relación de presiones: Mantener superior la uretral a la vesical en la fase de llenado. No deben existir contracciones fásicas vesicales y que la presión uretral de reposo sea siempre superior a la vesical (presión uretral de cierre positiva).

¿Pero nuestro objetivo es solo continencia? ¿Y si ya eres continente?

Recordemos así pues, el síndrome de vejiga hiperactiva. Es la asociación de síntomas de urgencia y aumento de la frecuencia de micción con o sin incontinencia de urgencia (siempre en ausencia de patología local). Es una contractibilidad aumentada del músculo detrusor. Es decir, aun que el cierre de la uretra se mantenga con una presión positiva y supere la de las contracciones vesicales aumentadas -por tanto sin mojarse- la Internacional Continente Society considera que afectara tanto o igualmente de forma importante a la calidad de vida de las personas que la padezcan (3).

El cierre de la uretra se mantiene por la correcta actuación de unos elementos que tienen comportamientos pasivos, que pueden ser modificados con cirugía y otros activos que pueden modificarse con tratamiento conservador: Farmacológico, reeducación de hábitos y fisioterapia.

Los **elementos pasivos** serían:

- La normalidad de las estructuras anatómicas uretrales,

con las paredes coaptadas en reposo y en esfuerzo o sea en la fase de llenado.

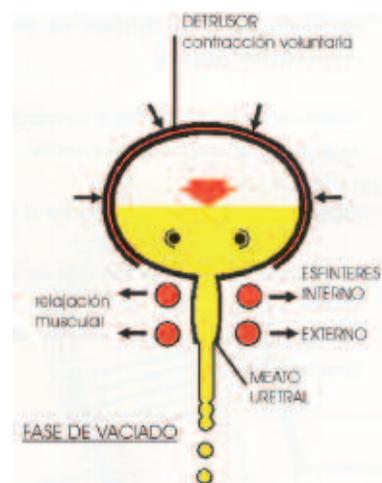
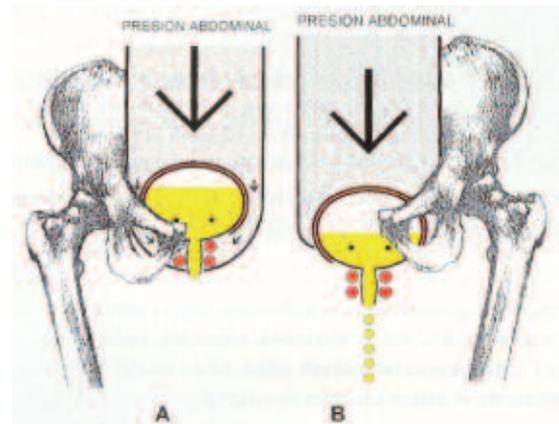
- El correcto soporte de la uretra, mantenida en la posición adecuada en el esfuerzo. Con muchas teorías sobre el porqué del fallo de los mecanismos de soporte (Hodgkinson (5) explica que en la IUE hay una insuficiente transmisión de los aumentos de la presión abdominal en la uretra en el esfuerzo; la teoría de la hamaca vaginal de DeLancey (6) en que el soporte vaginal es muy débil en el esfuerzo; o la de Petros (7) en que la IUE femenina se debe a un insuficiente soporte del tercio medio de la uretra y que es la base del tratamiento quirúrgico de las bandas de libre tensión).

Dentro de los **activos** podemos encontrar:

- La adecuada innervación uretrovesical, que es imprescindible para mantener la uretra cerrada y el detrusor relajado en la fase de llenado vesical.

- La musculatura del suelo pelviano, además de la función de soporte de las vísceras puede contraerse con los aumentos de presión abdominal y facilitar el mantenimiento de la continencia (4).

Por lo que concierne a la hiperactividad vesical o en la IUU, jugaremos con el mecanismo inhibitor pudendo, que consiste en la acción inhibitoria de la contractibilidad vesical debida a los impulsos aferentes perineales conducidos por el nervio pudendo.



## REEDUCACION DEL SUELO PELVICO

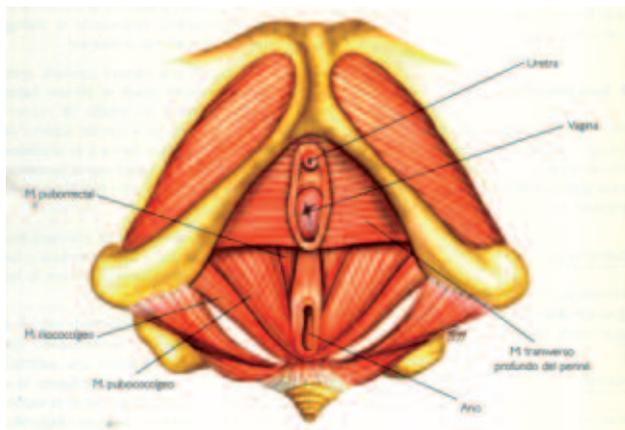
Reeducación es una palabra muy amplia que engloba términos como: Información, formación, prevención, educación, rehabilitación y atención continuada, entre otras.

En esta reeducación, uno de los aspectos es el tratamiento conservador, en que la fisioterapia es una herramienta más de todo un programa formativo.

Una vez asumida la disfunción perineal y hecho el diagnóstico correctamente, dentro del abanico de posibilidades terapéuticas que tenemos, la de primera elección es un tratamiento conservador, con la derivación del cliente al servicio de reeducación del suelo pélvico.

En nuestra consulta de reeducación de Lleida, el trabajo de enfermería como reeducadoras (10) y el del equipo médico, formado por urólogos y ginecólogos/as, tiene una visión clara:

*Queremos un servicio con excelente calidad, con crecimiento profesional y técnico continuo, con un alto grado de satisfacción en la sociedad, las personas que la componen y, especialmente, sus clientes.*



Con el objetivo de:

- Dar orientación terapéutica, soporte y asistencia continuada.
- Prevenir i/o tratar las diferentes patologías del suelo pélvico.
- Promocionar nuevos hábitos para mejorar la calidad de vida de la población.
- Favorecer la mejora global del sistema sanitario mediante la cooperación con otras organizaciones.

### Actividades

#### Prevención

- Adolescentes, edad adulta. Charlas informativas en escuelas, asociaciones rurales.
- Chicas deportistas.
- Embarazo, postparto.
- Preintervención i/o postintervención quirúrgica: histerectomías, prostatectomías...
- Menopausia.

#### Tratamientos

#### ■ Disfunciones urológicas:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Síndrome de vejiga hiperactiva.

- Incontinencia de urgencia o mixta.
- Incontinencia por rebosamiento.
- Retención urinaria.

#### ■ Disfunciones neurógenas:

##### *Incontinencia urinaria: hiperreflexia del detrusor.*

##### *Educación para autocateterismos.*

- Incontinencia urinaria senil.
- Preparación, atención continuada y educación sanitaria en derivaciones urinarias: urostomias o neovejigas ortotópicas.
- Incontinencia postadenomectomía, pre y postprostatectomía radical.

#### Suelo pélvico obstétrico

- Prolapsos.
- Debilidad perineal postparto.

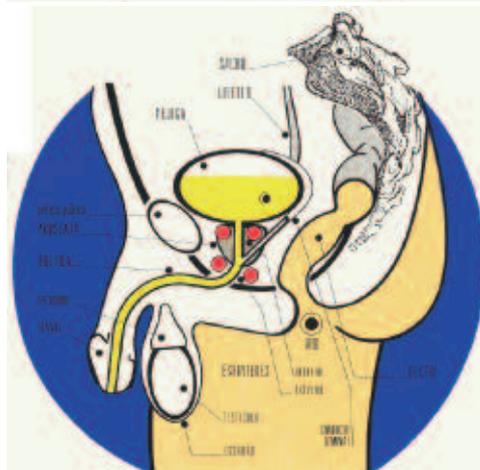
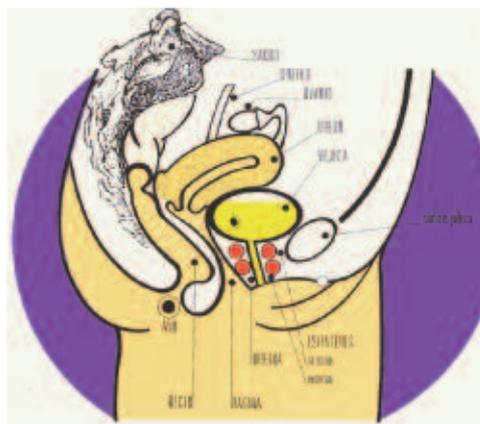
#### Complejo anorrectal

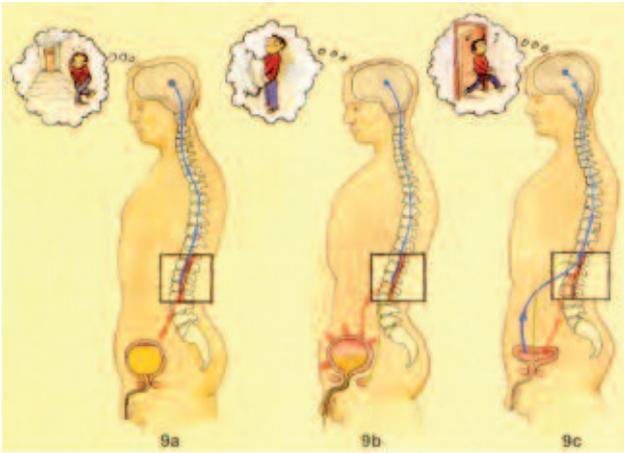
- Incontinencia fecal.
- Estreñimiento terminal.
- Preparación, atención continuada y educación sanitaria en ostomias.

##### *Educación en la prevención o el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.*

#### Tipos de tratamiento

- Conservador:
  - Farmacológico
  - Reeducación suelo pélvico.





### Consulta de enfermería. Reeducción del suelo pelviano

- Atención individualizada y personalizada.
- Evaluación inicial: valoración general y específica.
- Participación activa del cliente: Toma de conciencia del problema. Solución conjunta.
- Modificación de hábitos higiénicos.
- Terapias comportamentales.
- Educación en: higiene, vestido, deporte, dieta.
- Valoración del estreñimiento, obesidad, tabaquismo..., estilo de vida.
- Valoración entorno: Acceso al wc, presencia de cuidadores...
- Disponibilidad y utilización de absorbentes y colectores.
- Fisioterapia: Pasiva, activa. Cinesiterapia, electroestimulación funcional, biorretroalimentación.
- Corrección de la estática vertebral.
- Promoción de nuevos hábitos de protección perineal.
- Autocateterismos, si fuera necesario.
- Educación para la administración de prostaglandinas en las disfunciones sexuales masculinas. Valoración de las disfunciones sexuales femeninas. Derivación, si se cree conveniente.
- Mejora de la calidad de vida.
- Valoración de la satisfacción del usuario

#### A domicilio

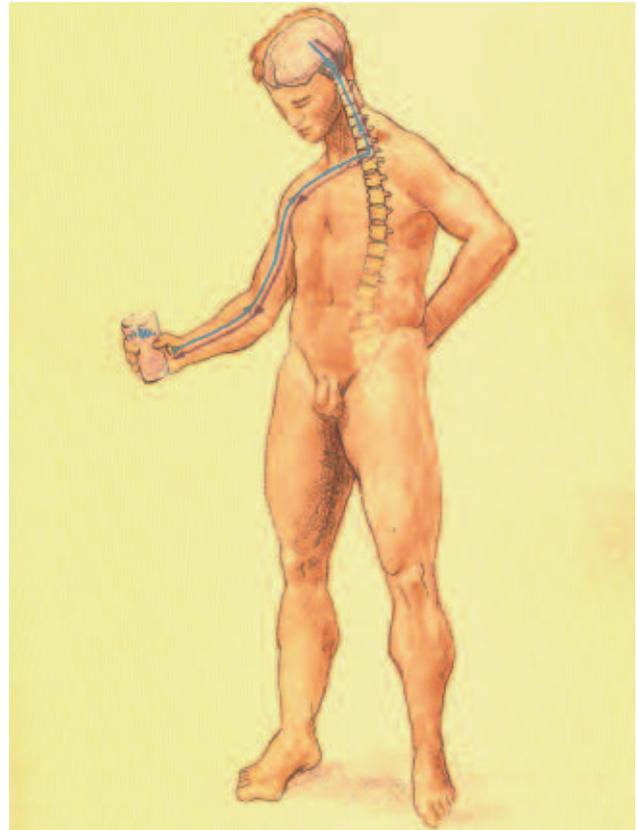
- Cinesiterapia
- Electroestimulador portátil.
- Conos vaginales.

#### SOLAMENTE DECIR....

Para acabar, quisiera compartir con todos mi criterio desde el respeto de mi perspectiva profesional, con la formación y experiencia adquiridas en estos años como educadora para la continencia.

La reeducación del suelo pelviano tiene una importancia crucial en las disfunciones perineales y aun más en su prevención.

Como tratamiento, es conservador, sin efectos nocivos en absoluto y, como todo, si está bien indicado, con una efi-



ciencia notable respecto al aumento de la calidad de vida posterior.

En la mujer, hay momentos a lo largo de su vida, como el pre y el post parto, pre y post intervención abdominal o perineal o en la menopausia en que es imprescindible una atención guiada profesionalmente.

La evidencia nos demuestra que esta terapia debe estar conducida por un experto. (8, 9) y en la cual enfermería tiene un papel fundamental.

En el hombre, también hay un tiempo en su vida, por diferentes causas ya comentadas, en que la educación por la continencia requiere un toque de atención.

El cliente se siente atendido y motivado por un profesional de enfermería que lo orienta y lo trata en sus problemas, le gestiona las pruebas diagnósticas demandadas, lo deriva si es necesario, le da soporte con una atención continuada y lo forma para prevenir situaciones más complejas. Finalmente, informa de los resultados al especialista médico de referencia.

Ahora bien, el punto fuerte está en la prevención. Sobre todo, en chicas adolescentes antes de llegar a situaciones de riesgo. No tanto como terapia, sino como formación en el mantenimiento de una parte de su cuerpo que tendrá una importancia crucial en su vida y a la cual, por... «norma social», les ha sido restringida: relaciones sexuales, deporte, dispareunias, hábitos higienodietéticos, posición vertebral...

A nivel sanitario, la estructura de la atención médica actual, distribuye el gasto público, priorizando las urgencias o situaciones con peligro para la vida (de hecho, estas disfunciones

«solo» empeoran la calidad de vida, el «bolsillo» personal de quien las padece y son engorrosas de solucionar) así como por otro lado, los clientes, con la dificultad añadida de no poder expresarse con tranquilidad por ser un tema tabú y nosotros los profesionales que aun no tenemos claras las opciones terapéuticas que hay en nuestro ámbito, ni las posibilidades de acceso, hace que entre todos, consigamos las condiciones idóneas para dejar de lado, inacabados, unos problemas sociales y de salud que, lejos de disminuir, van en aumento en nuestra sociedad.

Y si no ponemos remedio, tendrá un costo que nos pasará factura.

Por lo que nuestra profesión tiene o mejor dicho, tenemos, una meta importante a conseguir.

El planteamiento para ello, no se puede reducir a un músculo aislado, una cura o un diagnóstico a secas... La demanda que nos plantea el suelo pélvico es multidimensional, porque se da en cada persona y esta por ser única, como bien sabemos, comporta una gran diversidad bio-psico-social.

Urólogos, ginecólogos, médicos de familia, rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, enfermería de urología, medicoquirúrgica, maternoinfantil y todos los profesionales implicados debemos afrontarlo desde una concepción global, instaurando consultas multidisciplinarias con guías clínicas según patologías, para que profesionales y clientes nos sintamos seguros y con herramientas de evidencia científica para poder, por un lado, investigar para mejorar y por otro, saber cuando y como tenemos que actuar.

La atención al suelo pélvico es una de las competencias de enfermería, que no podemos ni debemos dejarnos perder. Potenciar nuestras acciones y trabajar para aportar nuestro granito de arena a la colaboración interdisciplinar, es la única vía válida para conseguir la excelencia en la calidad de atención.

Muchas gracias a todos por haber llegado hasta aquí. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Harrison, S.C.W.; Abrams, P: «Postprostatectomy incontinence». A: Urodynamics: Principles, practice and applications, 2a edició. Churchill-Livingstone. Edinburgh, 1994.
- Virseda Chamorro, M.; Salinas Casado, J.: «Incontinencia urinaria postprostatectomía». Capítol 4 Tratado de reeducación en urogineproctología.
- Abrams, P; Cardozo, L.; Fall, M.; Griffiths, D.; Rosier, P; Ulmsten, U.; Van Kerrebroeck, P; Victor, A.; Wein, A.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. «The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society». Neurourol Urodyn. 2002;21 (2):167-78
- Espunya, Montserrat; Salinas, Jesús: «Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria». Ars Medica. Barcelona, España, 2004.
- Hodgkinson, C.P.; Doub, H.P «Roentgen study of urethrovesical relationships in female urinary stress incontinence». Radiology, 1954; 61:335-45.
- De Lancey JOL. «Structural support of the urethra as it relates the stress urinary incontinence: the hammock hypothesis». Am J Obstet Gynecol, 1994; 170:1713-23.
- Petros, P.E.; Ulmsten, U. «An integral theory of female urinary incontinence». Acta Scand Gynecol, 1990; 69 (suppl 153):1-79.
- Norton, C. «Organización de la atención a la incontinencia. Modelo británico». A: Primer curso de actualización sobre incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer. Madrid: Ediciones Mayo; 1999.
- Norton, C. Nursing for Continence. 2a rev. Ed. Beaconsfield, Bucks, (UK): Beaconsfield Publishers LTD; 1996.
- Roe, B. Clinical Nursing Practice: The promotion and Management of Continence.
- Fotos libro incontinencia Dr Martinez Agulló.

The screenshot shows the website of the Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU). The main navigation bar includes 'A.E.E.U.', 'Secretaría', 'Revistas Enfuro', 'Enlaces', and 'Contacto'. The page title is 'Formación para Asociados'. The main content area features a section for the 'Curso de Metodología de Investigación', which includes a text block, a photo of a classroom, and a large graphic that says '¡VISÍTALA!'. The left sidebar contains various menu items like 'Bienvenida', 'Historia', 'Junta Directiva', 'Estatutos', 'Secretaría', 'Album de fotos', 'Foros', 'Congresos', 'De Interés Profesional', and 'Revistas Enfuro'.

Nuestra página web:  
[www.enfuro.org](http://www.enfuro.org)

Cada vez es mas utilizada como herramienta de consulta asi como agilización de gestiones en todo lo referente a Congresos: acceso a programas envío de resúmenes, inscripciones, no en vano nos acercamos a las 40.000 visitas, por lo que ya es un hecho la relevancia de nuestra web dentro de las dedicadas a la profesión.

Gracias a todos los que hacen posible.