



# CUIDADO DE LA CONTINENCIA CENTRADA EN EL PACIENTE

## Restaurando la continencia y compensando la incontinencia

### EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INDIVIDUALIZADA

Historia clínica. Anamnesis dirigida: diario miccional, cuestionario de síntomas, impacto sobre calidad de vida "ICIQ-SF" y análisis de orina.

Valoración movilidad. Grado de destreza de la persona y acceso al cuarto de baño.

Exploración física: abdominal, neurourológica, rectal, test de provocación del estrés y exploración ginecológica ♀.

Exclusión de hematuria persistente, infección, estreñimiento, prolapso ♀ o crecimiento prostático ♂.

Revisión de cirugías previas y de la medicación actual. Considerar ecografía vésico-prostática ♂.

Considerar posible investigación urodinámica.

### ESTILO DE VIDA

Revisar la ingesta de líquidos. Evitar cafeína y bebidas excitantes. Reducción de peso y dejar de fumar. Corregir estreñimiento. Mejorar movilidad.

### INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Pérdida involuntaria de orina durante el ejercicio físico p. ej. toser, estornudar o saltar.

#### FISIOTERAPIA

Ejercicios de suelo pélvico. Estimulación eléctrica. Conos vaginales ♀.

#### POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ♂

Ejercicios de suelo pélvico. Estimulación eléctrica.

#### TRATAMIENTOS

Absorbentes específicos para incontinencia. Fármacos: considerar duloxetine.

Valorar cirugía: técnicas de sling (♀ y tras prostatectomía ♂). Pesarios en prolapso genital ♀.

### INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

Pérdida involuntaria con fuerte deseo de miccionar.

#### REEDUCACIÓN VESICAL

Entrenamiento miccional (micción programada). Anticipación de la micción. Biofeedback.

#### TRATAMIENTOS

Absorbentes específicos para incontinencia.

Farmacológico: antimuscarínicos. Catéter colector externo ♂.

### INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

Síntomas de incontinencia de esfuerzo y urgencia.

#### FISIOTERAPIA

Ejercicios de suelo pélvico. Estimulación eléctrica. Conos vaginales ♀.

#### POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ♂

Ejercicios de suelo pélvico. Estimulación eléctrica.

#### TRATAMIENTOS

Absorbentes específicos para incontinencia. Farmacológico: antimuscarínicos.

Valorar cirugía: técnicas de sling (♀ y tras prostatectomía ♂). Pesarios en prolapso genital ♀.

### INCONTINENCIA FECAL

#### MEDIDAS GENERALES

Corregir factores de riesgo: estreñimiento crónico, impactación fecal e inmovilidad. Entrenamiento del hábito defecatorio.

#### TRATAMIENTOS

Absorbentes específicos para incontinencia. Antiperistálticos en caso de incontinencia para heces líquidas y tránsito rápido. Considerar neuroestimulación (bien percutánea del nervio tibial posterior o sacra). Seleccionar candidatos a otras técnicas quirúrgicas (esfinteroplastia, esfínter artificial y colostomía). Obturador anal.

Cualquier cambio en la situación de la persona con incontinencia debe ser evaluado de nuevo.

TIPOS FUNDAMENTALES (Tratar primero los síntomas predominantes)

TIPOS FUNDAMENTALES



## PATIENT CENTERED CONTINENCE CARE

### Restoring continence and compensating for incontinence

#### PERSONAL DIAGNOSTIC EVALUATION

Medical history. Focused history: bladder diary, symptoms questionnaires, impact on quality of life, "ICIQ-SF" and urinalysis.

Assessment of mobility, degree of dexterity and toilet facilities.

Physical examination: abdominal, neurological, rectal, Provocative Stress Test and Gynecological test ♀.

Exclusion of persistent hematuria, infection, constipation, prolapse ♀ or prostate enlargement ♂.  
Review of previous surgeries and current medication.  
Consider bladder-prostate ultrasound ♂.  
Consider possible urodynamic evaluation ♂.

#### LIFESTYLE

Review the intake of liquids. Avoid caffeine and stimulant drinks.  
Reduce weight and give up smoking.  
Correct constipation. Improve mobility.

#### STRESS URINARY INCONTINENCE

Involuntary loss of urine during physical exercise, e.g. when coughing, sneezing or jumping.

##### PHYSIOTHERAPY

Pelvic floor muscle exercises.  
Electrical stimulation.  
Vaginal cones ♀.

##### AFTER PROSTATECTOMY ♂

Pelvic floor muscle exercises.  
Electrical stimulation.

##### TREATMENTS

Absorbent pads.  
Pharmacological: consider duloxetine.

Assess surgery: sling techniques ♀ and post-prostatectomy ♂.  
Pessaries if genital prolapse ♀.

#### URGE URINARY INCONTINENCE

Involuntary loss with strong desire to urinate.

##### SCHEDULED VOIDING

Bladder retraining.  
Prompted voiding.  
Biofeedback.

##### TREATMENTS

Absorbent pads.

Pharmacological: antimuscarinics.  
External collector catheter ♂.

#### MIXED URINARY INCONTINENCE

Stress and urge incontinence symptoms.

##### PHYSIOTHERAPY

Pelvic floor muscle exercises.  
Electrical stimulation.  
Vaginal cones ♀.

##### AFTER PROSTATECTOMY ♂

Pelvic floor muscle exercises.  
Electrical stimulation.

##### TREATMENTS

Absorbent pads.  
Pharmacological: antimuscarinics.

Assess surgery: sling techniques ♀ and post-prostatectomy ♂.  
Pessaries if genital prolapse ♀.

#### FAECAL INCONTINENCE

##### GENERAL MEASURES

Correct risk factors: chronic constipation, fecal impaction and immobility.  
Defecatory habit training.

##### TREATMENTS

Absorbent pads.  
Antiperistaltic drugs in case of overflow incontinence (liquid stools) or rapid intestinal transit.  
Consider percutaneous posterior tibial nerve or sacral stimulation.  
Select candidates for other surgical techniques (sphincteroplasty, artificial sphincter and colostomy).  
Anal obturator.

Any change in the situation of the person with incontinence should be reevaluated.

MAIN TYPES (Treat first predominant urinary symptoms)