

### caso clínico 1 del Módulo 1

- 1 b) Derivar al médico de AP para realizar estudio diagnóstico por infecciones de repetición.
- 2 a) Vacuna prescrita por el especialista.
- 3 b) Los cambios hormonales y fisiológicos que se sufren en los embarazos y en la menopausia influyen en el padecimiento de cistitis e incontinencia urinaria.

### caso clínico 1 del Módulo 2

- 1 c) No. Es preciso realizar una anamnesis completa, exploración física y pruebas complementarias para confirmar la IU, clasificarla y tratarla adecuadamente
- 2 c) Sería recomendable realizar un diario miccional.
- 3 a) Sí, tiene una IU mixta (IU de esfuerzo más síndrome de vejiga hiperactiva).

### caso clínico 2 del Módulo 2

- 1 a) Sí, se trata de un paciente con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y prostatectomizado.
- 2 b) Sí, es preciso realizar una ecografía reno-vesical.
- 3 c) Estableceremos modificaciones terapéuticas y derivaremos a Urología.

### caso clínico 1 del Módulo 3

- 1 c) Que evite las bebidas estimulantes, entre otras el café.
- 2 c) Ejercicios de Kegel.
- 3 b) Absorbentes rectangulares, anatómicos, compresas de incontinencia leve.
- 4 a) Sí, previamente a las indicaciones de los profesionales sanitarios.
- 5 b) Durante periodos de 15 minutos y se utilizan tres veces al día.

### caso clínico 2 del Módulo 3

- 1 b) Escapes por tos crónica por sus antecedentes.
- 2 d) Sondaje vesical.
- 3 a) Colector peneano.
- 4 d) Bolsa de pierna durante el día para mantener la actividad de Francisco y bolsa de cama durante la noche para el descanso.

## Las tallas existentes de los absorbentes son:

a) Talla pequeña, mediana y grande.

b) Talla pequeña y mediana.

c) Talla extrapequeña, pequeña, mediana y grande.

d) Talla extrapequeña, pequeña, mediana, grande y extragrande.

La indicación del absorbente de incontinencia debe realizarse conociendo las características y necesidades del incontinente, tanto de capacidad de absorción como de talla. Así es posible seleccionar la más adecuada al tamaño del individuo.

• Talla extrapequeña: cintura de 40 a 60 cm

• Talla pequeña: cintura de 60 a 80 cm

• Talla mediana: cintura de 70 a 125 cm

• **Talla grande:** cintura de 100 a 150 cm.

• **Talla XL:** cintura de 135 a 170 cm.

## El objetivo de la estimulación eléctrica es:

a) *Mejorar la funcionalidad del suelo pélvico en la incontinencia de esfuerzo.*

b) *Inhibir la hiperactividad detrusoriana en la incontinencia de urgencia.*

c) *Realizar más micción.*

d) *Las respuestas a) y b) son correctas.*

El objetivo de la estimulación eléctrica es, según su indicación, mejorar la funcionalidad del suelo pélvico en la incontinencia de esfuerzo e inhibir la hiperactividad detrusoriana en la de urgencia.

## ¿Cuáles son los cinco consejos para cuidar las lesiones en la zona perianal o glútea asociadas a la humedad?

a) *Actuar sobre la causa de la incontinencia.*

b) *Limpeza e hidratación y monitorización de la lesión.*

c) *Monitorización continua del estado de la piel y del riesgo cambiante del paciente.*

d) *Todas las anteriores son consejos para cuidar la lesión.*

Un buen manejo de la lesión empieza con la identificación correcta de los factores causantes, conociendo exactamente la etiología y estableciendo si la lesión presente en el paciente es de tipo isquémico (UPP) u ocasionada por la humedad. Esta diferenciación es clave para poder seleccionar una pauta adecuada de cuidados que conduzca a la cicatrización. Una UPH no cicatrizará si es tratada puramente mediante alivio de la presión.

Una situación habitual y errónea es tratar la incontinencia mediante el uso de pañales y/o empapadores, sin llegar a abordar la causa de la incontinencia. El abordaje de cuidados de este tipo de heridas estará basado en los siguientes puntos que se exponen:

- 1. Actuar sobre la causa:** será importante determinar la causa de la incontinencia y valorar conjuntamente con otros profesionales (médico, fisioterapeuta...) si puede tratarse directamente la incontinencia. En el caso de que el paciente presente una IFAD, deberá valorarse también la posible descompensación hidroelectrolítica asociada al proceso.
- 2. Limpieza:** la limpieza deberá realizarse cada vez que se identifique que el paciente presenta suciedad ocasionada por la incontinencia. Para la limpieza se utilizará agua y un jabón neutro; es importante llevar a cabo un aclarado correcto de la piel para eliminar todos los restos de jabón. En el caso de que se utilicen toallitas limpiadoras u otras sustancias, es importante seguir las instrucciones del fabricante.
- 3. Hidratación:** la hidratación de la piel es un aspecto clave. La hidratación deberá realizarse mediante el uso de sustancias emolientes. Los emolientes disminuyen la inflamación y favorecen la retención del agua en el estrato córneo al formar una capa oleosa sobre la superficie de la piel, por ello se consideran también sustancias hidratantes. Los productos emolientes se presentan en forma de pomada, loción o sustancias oleosas. Estas sustancias deben aplicarse posteriormente al baño del paciente y después de cada cambio de pañal, contribuyendo a restaurar el equilibrio de la piel. El tratamiento en la piel dañada dependerá del grado de la lesión, disponiendo de una gran variedad de productos en el mercado.
- 4. Protección:** cuando hablamos de protección estamos haciendo mención al hecho de que la piel quede aislada del contacto con las heces y/u orina. Esta protección se consigue mediante los denominados productos barrera (la pasta lassar está contraindicada), mediante dispositivos, como bolsas fecales que se fijan en la zona perianal u otros productos más avanzados para el control fecal.
- 5. Monitorización continua del estado de la piel y del riesgo cambiante del paciente:** es necesario realizar una valoración continua del estado de la piel del paciente, aprovechando cada momento de higiene para detectar cualquier cambio en el aspecto o estado de la piel y poder modificar las intervenciones de prevención o las enfocadas a la cicatrización. El uso de una escala de valoración del estado de la piel permitirá monitorizar la variación en su estado.

## En el caso de una IU inicial, se recomienda:

a) *Tratamiento con antimuscarínicos.*

b) *Tratamiento con antagonistas alfa-adrenérgicos.*

c) *Utilización de pañal absorbente durante el día y la noche.*

d) *Evaluación general, cuestionario de frecuencia, análisis de orina.*

Por tratarse de un proceso inicial, lo primero que se recomienda es realizar una correcta anamnesis del paciente para conocer el grado y tipo de incontinencia y poder actuar al respecto.

## ¿Cómo deben prevenirse las dermatitis asociadas a la incontinencia (DAI)?:

- a) Aplicar un régimen estructurado para el cuidado de la piel para proteger la piel expuesta a la orina o las heces y ayudar a restaurar una función de barrera eficaz de la piel.
- b) Bebiendo mucha agua.
- c) Manejar la incontinencia para identificar y tratar las causas reversibles.
- d) Las respuestas a) y c) son correctas.

Hay dos intervenciones fundamentales a la hora de prevenir y manejar la DAI:

- Manejar la incontinencia para identificar y tratar las causas reversibles (por ejemplo, infección de las vías urinarias, estreñimiento, uso de diuréticos) con el fin de reducir o, en el mejor de los casos, eliminar el contacto de la piel con la orina y/o las heces.
- Aplicar un régimen estructurado para el cuidado de la piel para proteger la piel expuesta a la orina o las heces y ayudar a restaurar una función de barrera eficaz de la piel.

Estas intervenciones serán similares tanto en el caso de la prevención como del manejo de la DAI.

## El trígono:

- a) Es una zona muscular de la vejiga de forma triangular situada en la parte anterior de la vejiga.
- b) Zona muscular en la parte posterior de la vejiga. No tiene influencia en el reflujo de orina durante el vaciado de la misma.
- c) Zona muscular de forma triangular situada en la parte posterior de la vejiga. Responsable de evitar el reflujo durante el vaciado de la misma.

Es una zona muscular situada en la parte posterior de la vejiga que, durante la micción o vaciado de la vejiga, evita el reflujo de la orina hacia el tracto urinario. Los uréteres desembocan en los vértices superiores del trígono.

- d) Los uréteres no desembocan en el trígono, lo hacen en otra zona.

## ¿Cuál de las siguientes patologías puede manifestarse con IU?:

- a) Depresión.
- b) Hipercalcemia.
- c) Toma de antihistamínicos.
- d) Todas las anteriores.

Múltiples patologías y terapéuticas utilizadas pueden cursar con IU.

## ¿Cuáles son las ventajas de realizar biofeedback?

- a) Facilita el aprendizaje porque ayuda al reconocimiento de las estructuras del suelo pélvico, favoreciendo su aislamiento e integrándolas en los mecanismos conscientes.
- b) Posibilita la autoevaluación del trabajo que se realiza y crea una fuerte motivación para la paciente.
- c) Permite el control por parte del fisioterapeuta del trabajo realizado.
- d) Todas las anteriores se consideran ventajas del biofeedback.

Con el biofeedback, los ejercicios musculares del suelo pélvico se realizan asistidos por un equipo más o menos sofisticado que traduce la contracción muscular en una señal gráfica, acústica o ambas, para que el paciente y el fisioterapeuta perciban el trabajo realizado.

Las ventajas del biofeedback en la rehabilitación perineal son varias:

- Facilita el aprendizaje porque ayuda al reconocimiento de las estructuras del suelo pélvico, favoreciendo su aislamiento e integrándolas en los mecanismos conscientes.
- Posibilita la autoevaluación del trabajo que se realiza.
- Crea una fuerte motivación para la paciente.

• Permite el control por el fisioterapeuta del trabajo realizado.

Puede programarse un trabajo personalizado de acuerdo con las necesidades de la paciente.

## En las personas mayores, la incontinencia urinaria afecta a:

- a) Hombres y mujeres por igual.
- b) Más a los hombres que a las mujeres.
- c) Más a las mujeres que a los hombres.

La incontinencia urinaria puede considerarse un problema común en la población general, aunque su prevalencia aumenta con la edad, en mujeres con hijos y tras la menopausia.

- d) Depende de la edad.

## ¿Cuáles son los bucles (circuitos neurológicos de la micción) más relevantes del sistema?

- a) El sistema miccional es el más importante.
- b) Los bucles 3,5 y 9.
- c) Todos los bucles son importantes para la micción.
- d) Los bucles más relevantes son el IV y III.

Para nuestros propósitos consideramos como más relevantes los bucles (circuitos neurológicos de la micción) IV y III:

- En el bucle IV la situación de la musculatura perineal estriada que rodea la uretra es captada por terminaciones sensitivas del nervio pudendo. Los impulsos aferentes alcanzan las metámeras medulares S-2 y S-4 y, ascendiendo por las columnas posteriores, van hasta el tálamo y de ahí a la corteza cerebral, en los lóbulos frontales. De aquí desciende una orden motora que por las columnas laterales alcanzará las metámeras sacras S-2 y S-4. Desde aquí, por el nervio pudendo, alcanza la musculatura estriada del periné, cerrando el bucle. Hay, por lo tanto, un posible camino para actuar sobre la continencia de orina, actuando sobre la actividad muscular del periné.
- El bucle III es más simple: los impulsos aferentes se originan en los receptores de distensión vesical y, siguiendo la vía de los nervios pélvicos, alcanzan las metámeras S-2 y S-4. Aquí se produce una respuesta refleja, con salida de impulsos motores a través de los nervios pudendos que alcanzan a la musculatura estriada del periné. En este caso, ante el llenado vesical, hay automáticamente una mayor actividad de los mecanismos de continencia perineales.

## En el caso de varones con incontinencia urinaria, en la evaluación inicial se distinguen los grupos:

- a) Pacientes con goteo posmiccional y en la actividad física.

En los varones, en la evaluación inicial, se busca identificar y excluir a los pacientes con incontinencia complicada, pues esta debe evaluarla el especialista. Se tienen en cuenta el goteo posmiccional, IU en actividad física, IUM y tenesmo.

- b) No influye la existencia de una incontinencia de esfuerzo.
- c) No influye la existencia de una incontinencia de urgencia.
- d) No influye la existencia de padecer sintoma de tenesmo vesical

## ¿Qué alimentos aconseja no ingerir a los pacientes con incontinencia para así evitar el olor?

- a) Alimentos ricos en vitamina B6, como las bananas, el salmón, el pavo, el pollo, las patatas y los cereales fortificados.
- b) Espárragos, alcohol, café y ajo.
- c) Las respuestas a) y b) son correctas.

Muchos factores pueden cambiar el olor de la orina, pero en la mayoría de los casos no hay razón para alarmarse. Las enfermedades o los medicamentos pueden cambiar el aspecto y el olor de la orina, pero una de las causas más comunes son los alimentos que se consumen. Varios alimentos diferentes pueden alterar el olor de la orina, así como también cambiar su color, y algunos resultados son bastante dramáticos. Consumir ciertos alimentos puede hacer que la orina tenga olor a café o a col podrida, y puede tener un color amarillo fosforescente e incluso verde en algunos casos.

- Alimentos ricos en vitamina B6: muchas vitaminas que entran al cuerpo se eliminan a través de la orina, incluyendo la vitamina B6 de la dieta. Cuando se consume una gran cantidad de vitamina B6 a través de los alimentos se puede notar que la orina huele diferente, ya que contiene una gran cantidad de vitamina. Las bananas, el salmón, el pavo, el pollo, las patatas y los cereales fortificados están llenos de vitamina B6, y si se incluyen porciones de estos alimentos en la dieta, se podría notar olor en la orina. Los suplementos de vitamina B6 tienen un efecto similar, y también pueden hacer que la orina tome un color amarillo fosforescente o verde.

- **Espárrago:** los espárragos son una de las hortalizas conocidas por cambiar el olor y el color de la orina. Cuando se consumen suficientes espárragos, la orina puede tomarse de color verde y tener un olor característico. La orina con alto contenido de espárragos parece tener un olor como a col podrida y se cree que esto se debe a los compuestos de azufre en los espárragos. Si se nota un cambio de color o de olor en la orina al consumir espárragos, no hay nada de qué preocuparse.
- **Alcohol y café:** tanto el alcohol como el café producen una orina olorosa, ya que son diuréticos. Después de consumir café o alcohol es probable que se tenga que orinar más frecuentemente, lo que rápidamente puede producir deshidratación. Si hay deshidratación, el ácido úrico y cualquier otra sustancia química o vitamina en la orina se vuelven más concentrados y producen un olor más fuerte. Si la orina se oscurece o toma un olor más fuerte, se debería tomar más agua. Otras bebidas con cafeína, incluyendo el té y algunas gaseosas, podrían causar efectos similares.
- **Ajo:** el ajo es un alimento muy fuerte que no solo afecta al olor del aliento y el sudor, sino que también altera el olor de la orina. El ajo contiene metilmercaptano, el mismo compuesto de azufre responsable de causar olor en la orina después de comer espárragos. Sin embargo, también tiene algunas ventajas, ya que los compuestos del ajo tienen efectos antimicrobianos sobre la orina.

d) No tiene que rescindir de ningún alimento en la dieta.

## De las siguientes afirmaciones, señale la falsa:

a) La IUE se produce por distensión esfinteriana.

b) La IUU se produce por hipoactividad del músculo detrusor.

La IUU se produce por hiperactividad o hipersensibilidad del detrusor.

c) Frecuencia, urgencia y nocturia son síntomas del tracto urinario inferior (STUI).

d) Enuresis nocturna es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

## ¿Qué factores influyen en el éxito de la rehabilitación perineal?:

a) Grado de incontinencia, edad, integridad esfinteriana, tono perineal.

b) No antecedentes quirúrgicos ni radioterápicos, fuerte motivación.

c) Perseverancia en el trabajo, personal cualificado y seguimiento a corto/medio plazo.

d) Todas son correctas.

Existen una serie de factores que influyen en el éxito de la rehabilitación perineal, a saber:

- **Grado de incontinencia.**
- **Edad.**
- **Integridad esfinteriana.**
- **Tono perineal.**
- **No antecedentes quirúrgicos ni radioterápicos.**
- **Fuerte motivación.**
- **Perseverancia en el trabajo.**
- **Personal cualificado.**
- **Seguimiento a corto y medio plazo.**

## ¿Cuál de las siguientes pruebas no está indicada en la evaluación inicial de la IU de forma

## rutinaria?:

- a) Exploración abdómino-pélvica.
- b) Análisis general y de orina.
- c) Ecografía reno-vesical.

Se recomienda hacer la evaluación de volumen residual (VR) con ecografía en personas con alteraciones en la micción, infecciones urinarias de repetición, IU complicada o en tratamiento con fármacos que puedan afectar al vaciado adecuado de la vejiga.

- d) Diario miccional.

## En las personas de edad avanzada, los tratamientos conductuales que se recomiendan son:

- a) Empezar por tratamientos farmacológicos.
- b) En caso de deterioro cognitivo, no es necesario anticiparse a la micción, pues la persona está utilizando pañales.
- c) Ejercicios vesicales y de musculatura pélvica.

Siempre se aconseja empezar por medidas conductuales que provoquen un cambio de hábitos en la persona mayor. Si tiene demencia o utiliza pañales, es importante el cambio frecuente de estos para evitar escaras e infecciones.

- d) No es necesario cambios en los hábitos de vida.

## El procedimiento de control del deseo de orinar consiste en:

- a) Levantarse deprisa o moverse con movimientos rápidos.
- b) Respirar de forma rápida para ayudar a la contracción muscular.
- c) No ejecutar micciones programadas.
- d) Pensar que se tiene el control de la vejiga para intentar que desaparezca el deseo de orinar.

El reforzar el poder de la mente es muy importante, por ello se utiliza: el diario, la recomendación de pensar que no tiene que ir ahora al baño, que puede esperar, las micciones programadas para educar al cerebro, etc. También, todo aquello que ayude a evitar la irritación de la vejiga, como son los movimientos rápidos, ayuda.

## ¿Cuándo se debe limitar la ingesta de líquidos?:

- a) En la cena.

Según las guías de práctica clínica consultadas, se debe limitar la ingesta de líquidos algunas horas antes de dormir.

- b) En el desayuno.
- c) Entre comidas.
- d) Durante las comidas.

## En el caso de una IU en persona de edad avanzada cuyo diagnóstico ha sido orina residual posmiccional, se recomienda:

- a) Revisar la medicación y drenaje con catéter.

Se recomienda la evaluación de comorbilidades y, si no hay mejoría, derivar al especialista, pero siempre habiendo revisado la medicación que toma y si padece de estreñimiento.

- b) Derivar directamente al especialista sin necesidad de realizar ninguna medida anterior.
- c) No es necesario evaluar comorbilidades.
- d) Tratamiento con antimuscarínicos.

## Respecto a la incontinencia de orina, señale la falsa:

a) En la IU, un factor precipitante es el ejercicio físico.

b) Los términos IUU y VH significan lo mismo.

IUU: pérdida involuntaria de orina que aparece acompañada o precedida de un deseo imperioso de orinar. La ICS define el síndrome de vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional elevada y nocturia. El síndrome de vejiga hiperactiva es un síndrome exclusivamente clínico que puede cursar o no con IU.

c) La prueba diagnóstica más fiable es el estudio urodinámico.

d) En el tratamiento de la IUU se utilizan fármacos anticolinérgicos.

## En la vejiga urinaria, en el proceso de continencia nos encontramos:

a) Los músculos del suelo pélvico se encuentran contraídos.

b) Los esfínteres uretrales externos e internos se encuentran contraídos.

c) Los músculos de la pared abdominal actúan independientemente de los músculos de la vejiga.

d) El músculo liso detrusor y los abdominales actúan coordinadamente junto con la relajación de los músculos del suelo pélvico.

Es frecuente confundir el término continencia con incontinencia. En cada uno de ellos, los mecanismos de actuación muscular son contrarios y conviene conocer cómo actúa cada uno.

## Para que un tratamiento sea eficaz, debe pasar:

a) Que aumenten los números diarios de pérdidas.

b) Haya una reducción del volumen de la pérdida.

Para que sea eficaz debe disminuir el volumen de la pérdida, influyendo así en una disminución de la frecuencia.

c) Aumente la frecuencia.

d) No influye su eficacia en la medida de si hay o no pérdidas de orina, sino en la falta de efectos adversos.

## De los posibles mecanismos de producción de IU tras una prostatectomía radical, señale la respuesta falsa:

a) Baja acomodación vesical.

b) Afectación contráctil del detrusor.

c) Dsinergia véscico-esfinteriana.

La IU tras prostatectomía puede deberse a tres etiologías: lesión directa del esfínter, alteraciones vesicales (inestabilidad del detrusor y baja acomodación vesical) y mixta.

d) Déficit esfinteriano.

## Dentro del tratamiento funcional podemos encontrar diversos procedimientos. Señale la afirmación incorrecta:

a) Ejercicios de suelo pélvico.

b) Técnicas de biorretroalimentación.

c) Técnicas de micción programada.

d) Sondaje.

El sondaje pertenece al tratamiento paliativo de la incontinencia urinaria. Dentro del tratamiento funcional, el cual tiene como objetivo optimizar los mecanismos anatomofisiológicos, encontramos ejercicios de suelo pélvico, estimulación eléctrica, técnicas de biorretroalimentación y técnicas de micción programada.

## Qué calidad deben tener los productos absorbentes:

a) Capacidad de absorción.

b) Protección impermeable frente a la humedad.

c) Comodidad.

d) Todas las anteriores.

Algunas características de calidad que deben tenerse en cuenta son:

1. Absorción. Se consigue gracias al núcleo de celulosa y en ocasiones está dotada de unos canillitos longitudinales que permiten la dispersión y distribución de la orina por toda la superficie.
2. Protección impermeable frente a la humedad. Se corresponde con la capa inferior 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.
3. Comodidad. En la medida de lo posible, deberían ofertarse al paciente toda la gama de técnicas y dispositivos disponibles para su incontinencia. Cuando de la selección del absorbente se trata, la talla que le resulta más cómoda, el tipo de pañal, la sudoración o la comodidad.

## ¿Por qué debemos controlar el peso de los pacientes con indicios de incontinencia?:

a) Según la bibliografía se identifica el aumento de peso con un aumento de riesgo de incontinencia.

El exceso de peso se asocia con el aumento del riesgo de incontinencia. El peso excesivo ejerce presión en los músculos del suelo pélvico. La pérdida de peso puede reducir la gravedad de la incontinencia o, incluso, curarla.

b) La grasa interfiere en la capacidad de producir orina.

c) Con la obesidad pueden aparecer más lesiones en la piel.

d) Ninguna es correcta.

## A la hora de historiar a una mujer con IU, indique qué información sería la menos relevante a recoger:

a) Tipo de IU: IUE, IJU, IUM.

b) Cronología y severidad de la IU.

c) Historia ginecológica y obstétrica.

d) Presencia o no de patología pulmonar.

Los datos fundamentales a recoger para la historia clínica en el diagnóstico de IU en la mujer son: historia médica/quirúrgica que incluya características de los escapes de orina, historia obstétrica y síntomas de prolapso de órganos pélvicos.

## El Paciente que acude a consulta y refiere que se le escapa la orina con los esfuerzos; también urgencia diaria con los escapes. ¿Podemos establecer ya el diagnóstico?:

a) Sí, es una IUE y hay que derivarla.

b) Sí, es una IU transitoria.

c) Es una IU moderada. Hay que esperar a que progrese para revalorar.

d) Aunque tenemos sospecha de IU mixta, no podemos realizar un diagnóstico correcto.



El diagnóstico correcto de cualquier paciente con síntomas de IU se puede realizar en los centros de salud, realizando una buena anamnesis y exploración física.

El diagnóstico clínico tiene como objetivo identificar el tipo de IU, establecer la gravedad de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida y detectar los casos de IU complicada.

## centro protuberancial de la micción (CPM):

- a) Se encuentra en la médula.
- b) Controla la contracción del cuello de la vejiga en la evacuación.
- c) Coordina la relajación del músculo liso detrusor en la evacuación.
- d) Se encuentra en el tronco del encéfalo y lo controla la corteza cerebral de forma consciente.

El CPM coordina la contracción del músculo liso detrusor, la relajación del cuello de la vejiga y del esfínter durante la evacuación y se encuentra en el tronco del encéfalo.

Cristina acude a consulta de su médico de Atención Primaria porque orina muchas veces al día y a veces se le escapa la orina. Pierde la concentración en el trabajo por tener que ir muchas veces al baño. Se levanta dos veces por la noche, pero vuelve a dormir. Esto es un problema para ella porque limita sus actividades. ¿Qué actitud debemos tomar?:

- a) Le decimos que es normal lo que le pasa.
- b) Le prescribimos compresas.
- c) Le prescribimos un antidepresivo.
- d) Realizamos una evaluación inicial para conocer el tipo de su IU y su repercusión en su calidad de vida.

El primer objetivo desde Atención Primaria debe ser la detección de la IU, afección que, aunque no es grave, autolimita de forma importante la calidad de vida de las personas que la padecen.

## ¿Cuál es la ingesta normal de líquidos si no hay contraindicación médica?:

- a) 600 cc al día.
- b) 2.500 cc al día.
- c) Lo que apetezca a cada persona.
- d) Entre 1.500-2.000 cc al día.

La ingesta adecuada de líquidos es fundamental para el correcto funcionamiento del aparato urinario. Aproximadamente, un adulto requiere una ingesta de líquidos de 6-8 vasos al día (aproximadamente de 1.500 a 2.000 cc), incluyendo todo tipo de bebidas y el agua contenida en los alimentos.

## Los colectores también se pueden clasificar en:

- a) Una pieza – colector autoadhesivo.
- b) Dos piezas – colector y tira autoadhesiva.
- c) a) y b) son correctos.

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. Los colectores también se pueden clasificar en:

- Una pieza – colector autoadhesivo.
- Dos piezas – colector y tira autoadhesiva.

- d) Solo existen de una pieza.

## ¿Qué es una micción?:

a) Es una acción controlada por el sistema nervioso central.

Miccionar es el acto de expulsar la orina del interior de la vejiga, es decir, de expeler el líquido amarillento que es segregado por los riñones, cuya función es la de realizar la filtración de los desechos (urea) y también del agua que sobra en la sangre.

b) Lo normal y aconsejable es que haya tres micciones al cabo del día.

c) Se aconseja orinar cada 8 horas.

d) Tanto en la vejez como en el nacimiento no es frecuente orinar por la noche.

## La noradrenalina, en el proceso de almacenamiento de la vejiga, actúa:

a) Emitiendo señales al núcleo parasimpático en la médula, liberándose acetilcolina.

b) Actúa sobre los músculos detrusor y liso de la uretra y sobre los receptores alfa-adrenérgicos, estimulándolos para provocar la contracción de la uretra.

La NA es un neurotransmisor que ayuda a la contracción de la uretra actuando sobre el músculo detrusor y sobre receptores alfa-adrenérgicos, estimulándolos y consiguiendo así la contracción uretral. Por eso, en muchos tipos de IU se utilizan los medicamentos alfa-agonistas.

c) Transmite estímulos al centro de protuberancia de la micción para el vaciado de la misma.

d) El centro de protuberancia de la micción envía señales al nervio pudendo, permitiendo así la relajación del esfínter estriado.

## ¿Qué dos escalas se utilizan para la valoración de las úlceras por humedad?:

a) La escala de Glasgow.

b) La escala EVE y la escala PAT.

Para la valoración específica de las UPH por orina o heces se han desarrollado algunas escalas que pueden ayudar a clasificar las lesiones de este tipo, con la finalidad de poder estandarizar la evaluación y monitorizar la evolución de la lesión. La escala EVE presenta cinco grados, que van desde el no eritema hasta la piel rota o abrasión. Esta escala ha demostrado una adecuada correlación frente a un colorímetro específico de fibra óptica para medir el eritema. Otra de las escalas es la PAT, en la que se valoran la intensidad del irritante, la duración del irritante, la condición de la piel perilesional, los factores contribuyentes y los relacionados con el tipo de incontinencia. La PAT permite clasificar los pacientes como de bajo riesgo (puntuación 7-8) o alto riesgo (puntuación < 7-8) de desarrollar una úlcera asociada a la humedad.

c) La escala de Norton.

d) La escala de la Asociación Americana

## En el hombre adulto, la mayoría de las IU son:

a) IU de esfuerzo.

b) IU de urgencia.

La IUU es la causa de IU más frecuente en varones. Representa hasta un 80% de causa de IU en varones. Representa un 80 % de las causas de IU. La IUE es mucho más frecuente en mujeres; en varones, solo suele verse por lesión del esfínter, generalmente tras radiaciones o cirugía de próstata. Representa en estos algo menos de un 10 % del total de las causas de IU.

La IUR, también denominada IU por vaciado incompleto, puede ser generada por retención crónica de orina como consecuencia de un proceso obstructivo o asociarse a patología neurológica. En varones suele ser la causa de IU en un 10 %.

c) IU por rebosamiento.

d) IU mixta

## Los ejercicios de Kegel:

a) Son flexiones abdominales.

b) Son el tratamiento de elección en la IU por reboseamiento.

c) Son el tratamiento de elección en la IU de esfuerzo.

Los ejercicios pélvicos para el tratamiento de la IU continúan siendo el pilar fundamental de la terapia de modificación del comportamiento y no solo mejoran la IU, sino que también contribuyen al mejor comportamiento sexual de los pacientes. Si existe incontinencia por esfuerzo, deben realizarse los ejercicios de Kegel regularmente.

d) Deben ser recomendados por el especialista porque pueden afectar a tratamientos posteriores.

## Respecto a los conos vaginales, aconsejan utilizarlos:

a) Una vez a la semana.

b) Durante periodos de 15 minutos y se utilizan tres veces al día.

La mujer los introduce en su vagina, evitando con las contracciones del suelo pélvico que se caigan, durante periodos de 15 minutos y se utilizan tres veces al día, aumentando gradualmente el peso de los mismos.

c) Dos veces a la semana.

d) Dos veces al día.

## La rehabilitación requiere tres condiciones imprescindibles en las que el fisioterapeuta de la unidad juega un papel fundamental para su consecución:

a) Que la paciente tenga conciencia de su periné.

b) Que logre aislar los grupos musculares que nos interesa fortalecer, relajando la musculatura parásita.

c) Motivación en la mujer para conseguir un buen aprendizaje y un adecuado cumplimiento del trabajo encomendado.

d) Todas las anteriores son correctas.

La puesta en marcha de un programa de rehabilitación requiere tres condiciones imprescindibles en las que el fisioterapeuta de la unidad juega un papel fundamental para su consecución:

- Que la paciente tenga conciencia de su periné.
- Que logre aislar los grupos musculares que nos interesa fortalecer, relajando la musculatura parásita.
- Motivación en la mujer para conseguir un buen aprendizaje y un adecuado cumplimiento del trabajo encomendado.

## ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para IU en la mujer?:

a) Impactación fecal.

b) Histerectomía.

c) Parto de fetos macrosómicos.

d) Bacteriuria asintomática.

Son factores de riesgo específicos de IU en la mujer: embarazo y parto vaginal, instrumental y/o de fetos macrosómicos; histerectomía y otros antecedentes de cirugía ginecológica; obesidad (por sobrecarga del suelo pélvico que, unido a otros factores, altera los mecanismos de sostén de vejiga y uretra); debilidad congénita del tejido conectivo.

## El diario miccional valora:

- a) Número de micciones realizadas.
- b) La urgencia miccional.
- c) Episodios de IU.
- d) Todas son correctas.

Los diarios miccionales sirven para cuantificar los síntomas de IU. Son de gran utilidad para investigar las características e intensidad de la IU. Están recomendados tanto para el diagnóstico como para el seguimiento.

Se puede conocer la frecuencia, la intensidad y el momento en que se producen las pérdidas y el volumen total de orina en 24 horas. Se considera normal entre 4-7 micciones durante el día y el levantarse una vez a orinar durante la noche.

## ¿Cuál de los siguientes no es criterio de derivación en el inicio de la valoración de la IU?:

- a) Retención aguda de orina.
- b) Hematuria.
- c) Infección del tracto urinario no complicada.

Es criterio de derivación la ITU recurrente. Deben remitirse, para una valoración diagnóstica más ampliada y detallada para lograr un diagnóstico basado en la patología subyacente, los casos de incontinencia que sugieren un trastorno más complejo o grave. La incontinencia complicada comprende pacientes con incontinencia recurrente tras cirugía previa fallida, con prolapso de órganos pélvicos en mujeres, tras prostatectomía en varones, incontinencia total y/o con síntomas asociados, como dolor, hematuria, ITU recurrentes, síntomas de vaciado deficiente, sospecha de patología neurológica subyacente, historial de radioterapia pélvica o de cirugía pélvica radical o sospecha de fistula urogenital o intestinal.

En todos los casos de incontinencia urinaria debe establecerse un diagnóstico etiológico siempre que sea posible o identificar las causas subyacentes. La ausencia de un diagnóstico que explique la presencia de incontinencia es un motivo para realizar una valoración diagnóstica más detallada por el especialista en Urología.

- d) Radioterapia pélvica previa.

## ¿Cuál es el tratamiento para la dermatitis asociada a la incontinencia?

- a) No existe tratamiento, sino medidas de prevención.

No existe acuerdo rotundo sobre las estrategias de tratamiento de la dermatitis asociada a la incontinencia, dado lo novedoso del tema y la escasez de investigación en este sentido. De forma general y basadas en el consenso de expertos, la experiencia clínica y la información científica disponible, podemos recomendar las siguientes estrategias generales: eliminar los irritantes y manejar la exposición a la orina o las heces, tratar las infecciones cutáneas, pudiendo ser conveniente la realización de cultivos para clarificar el/los microorganismos causantes (Candidas, Staphylococcus, Pseudomonas, colibacilos, etc.), actuar en consecuencia y desviar transitoriamente la orina o las heces cuando esté indicado.

- b) Se aconseja administrar tratamiento con antibióticos.
- c) Depende de la lesión y de su tamaño.
- d) Lo mejor es no aplicar ninguna crema.

## Los objetivos del autosondaje vesical limpio son:

- a) Vaciar completamente la vejiga.
- b) Disminuir o evitar las infecciones de orina.
- c) Reducir la estenosis y falsas vías y aumentar la autonomía del paciente.
- d) Todas son correctas.

Según la bibliografía consultada, los objetivos descritos para el autosondaje vesical limpio son:

- Vaciar completamente la vejiga.
- Disminuir o evitar las infecciones de orina.
- Reducir la estenosis y falsas vías.

## ¿Cuáles son los cinco consejos para cuidar las lesiones en la zona perianal o glútea asociadas a la humedad?

- a) Actuar sobre la causa de la incontinencia.
- b) Limpieza e hidratación y monitorización de la lesión.
- c) Monitorización continua del estado de la piel y del riesgo cambiante del paciente.
- d) Todos los anteriores son consejos para cuidar la lesión.

Un buen manejo de la lesión empieza con la identificación correcta de los factores causantes, conociendo exactamente la etiología y estableciendo si la lesión presente en el paciente es de tipo isquémico (UPP) u ocasionada por la humedad. Esta diferenciación es clave para poder seleccionar una pauta adecuada de cuidados que conduzca a la cicatrización. Una UPP se cicatrizará si es tratada parareamente mediante alivio de la presión.

Una situación habitual y errónea es tratar la incontinencia mediante el uso de pañales y/o empapadores, sin llegar a abordar la causa de la incontinencia. El abordaje de cuidados de este tipo de heridas estará basado en los siguientes puntos que se exponen:

1. **Actuar sobre la causa:** será importante determinar la causa de la incontinencia y valorar conjuntamente con otros profesionales (médico, fisioterapeuta...) si puede tratarse directamente la incontinencia. En el caso de que el paciente presente una IFAD, deberá valorarse también la posible descompensación hidroelectrolítica asociada al proceso.
2. **Limpieza:** la limpieza deberá realizarse cada vez que se identifique que el paciente presenta saciedad ocasionada por la incontinencia. Para la limpieza se utilizará agua y un jabón neutro; es importante llevar a cabo un aclarado correcto de la piel para eliminar todos los restos de jabón. En el caso de que se utilicen sábanas limpiadoras u otras sustancias, es importante seguir las instrucciones del fabricante.
3. **Hidratación:** la hidratación de la piel es un aspecto clave. La hidratación deberá realizarse mediante el uso de sustancias emolientes. Los emolientes disminuyen la inflamación y favorecen la retención del agua en el estrato córneo al formar una capa oleosa sobre la superficie de la piel, por ello se considerarán también sustancias hidratantes. Los productos emolientes se presentan en forma de pomada, loción o sustancias oleosas. Estas sustancias deben aplicarse posteriormente al baño del paciente y después de cada cambio de pañal, contribuyendo a restaurar el equilibrio de la piel. El tratamiento en la piel dañada dependerá del grado de la lesión, disponiendo de una gran variedad de productos en el mercado.
4. **Protección:** cuando hablamos de protección estamos haciendo mención al hecho de que la piel quede aislada del contacto con las heces y/u orina. Esta protección se consigue mediante los denominados productos barrera (la pasta lasca está contraindicada), mediante dispositivos, como botas fecales que se fijan en la zona perianal u otros productos más avanzados para el control fecal.
5. **Monitorización continua del estado de la piel y del riesgo cambiante del paciente:** es necesario realizar una valoración continua del estado de la piel del paciente, aprovechando cada momento de higiene para detectar cualquier cambio en el aspecto o estado de la piel y poder modificar las intervenciones de prevención o las enfocadas a la cicatrización. El uso de una escala de valoración del estado de la piel permitirá monitorizar la variación en su estado.

## ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para IU en la mujer?:

- a) Impactación fecal.
- b) Histerectomía.
- c) Parto de fetos macrosómicos.
- d) Bacteriuria asintomática.

Los factores de riesgo específicos de IU en la mujer: embarazo y parto vaginal, instrumental y/o de fetos macrosómicos; histerectomía y otros antecedentes de cirugía ginecológica; obesidad (por sobrecarga del suelo pélvico que, unido a otros factores, altera los mecanismos de soporte de vejiga); hernia; debilidad congénita del tejido conectivo.

## De los posibles mecanismos de producción de IU tras una prostatectomía radical, señale la respuesta falsa:

- a) Baja acomodación vesical.
- b) Afectación contráctil del detrusor.
- c) Disinergia véscico-esfinteriana.
- d) Déficit esfinteriano.

La IU tras prostatectomía puede deberse a tres etiologías: lesión directa del esfínter, alteraciones vesicales (inestabilidad del detrusor y baja acomodación vesical) y mixta.

## Las dos funciones principales de la piel son:

- a) Expulsar potasio.
- b) Absorber hidratación.

c) Protección y regulación.

Protección: la piel actúa como una barrera frente al exterior. Puede proteger frente a bacterias, virus, sustancias corrosivas y abrasiones, al igual que nos protege del frío, del calor, de las lesiones mecánicas (impactos) y de la radiación ultravioleta del sol. Regulación: la piel ayuda a la regulación térmica. Cuando se tiene demasiado calor, se envía sangre a la superficie para perder calor, y cuando se produce sudor se para refrescarse. Cuando tiene demasiado frío, se reduce el flujo de sangre a la piel para ahorrar calor. El vello de la piel también ayuda para actuar como aislante.

d) Todas las anteriores.

## En el entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria se recomienda:

a) No restringir la bebida de líquidos y utilizar un reloj o alarma que nos indique el tiempo que ha sido programado para ir al baño.

No hay que tener prisa. El entrenamiento dura semanas, pero lo bueno es que se ven los resultados a los 4-5 semanas. Es muy importante educar la vejiga para acudir al baño con visitas programadas y los ejercicios de Kegel.

b) No se recomienda apuntar las veces que se va al baño para evitar obsesionarse.

c) Los resultados del entrenamiento deben ser en pocos días, en caso contrario conviene un tratamiento farmacológico.

d) Los ejercicios de los músculos pélvicos no deben hacerse si hay deseo de orinar.

## Las sondas para la cateterización vesical deben cumplir unas características de:

a) Elasticidad.

b) Coeficiente de fricción (preferiblemente bajo) y biodegradabilidad (tiempo máximo de permanencia sin deteriorarse).

c) Biocompatibilidad (capacidad de inducir reacciones o toxicidad), tendencia a la incrustación (precipitación de mucoides y cristaloides). Tendencia a la adherencia bacteriana.

d) Todas son correctas.

El material con el que ha sido elaborado el catéter va a determinar sus características, que son las siguientes:

- Elasticidad
- Coeficiente de fricción (preferiblemente bajo)
- Biodegradabilidad (tiempo máximo de permanencia sin deteriorarse)
- Biocompatibilidad (capacidad de inducir reacciones o toxicidad)

## Los colectores también se pueden clasificar en:

a) Una pieza – colector autoadhesivo.

b) Dos piezas – colector y tira autoadhesiva.

c) a) y b) son correctos.

El colector de una pieza con la bolsa para la recogida de orina, es una solución práctica, cómoda e higiénica para el control de la incontinencia urinaria. Los colectores también se pueden clasificar en:

- Una pieza – colector autoadhesivo
- Dos piezas – colector y tira autoadhesiva

d) Solo existen de una pieza.

## ¿Cuál es la ingesta normal de líquidos si no hay contraindicación médica?:

a) 600 cc al día.

b) 2.500 cc al día.

c) Lo que apetezca a cada persona.

d) Entre 1.500-2.000 cc al día.

La ingesta adecuada de líquidos es fundamental para el correcto funcionamiento del aparato urinario. Aproximadamente, un adulto requiere una ingesta de líquidos de 6-8 vasos al día (aproximadamente de 1.500 a 2.000 cc), incluyendo todo tipo de bebidas y el agua contenida en los alimentos.

## Dentro de los factores desencadenantes de una IU están:

a) Obesidad, estreñimiento, infecciones del TGU, menopausia.

b) Predisposición familiar.

c) Sexo, raza.

d) Efectos secundarios de una cirugía pélvica, número de embarazos y partos.

La respuesta a) se refiere a factores favorables, las respuestas b) y c) a factores desfavorables.

¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo de IU en varones?:

a) Prostatectomía radical.

Prostatectomía radical (30 %) en los primeros semanas tras cirugía, con mejoría con medidas correctoras con el paso de los meses.

b) Lumbociatalgia aguda.

c) Hipertensión arterial.

d) Toma de beta-bloqueantes.

La prevalencia de la IU en el varón va a depender de:

a) Asociación de patologías en la glándula prostática y de sus tratamientos.

Son muchos los fármacos que influyen en padecer una IU, y con la edad aumenta la prevalencia, llegando a superar el 20 % en las personas mayores. En el hombre es muy frecuente una IU en aquellos que tienen problemas en la próstata.

b) Los fármacos de uso habitual no tienen repercusión en esta patología.

c) La prevalencia no aumenta con la edad.

d) En los mayores de 85 años, la prevalencia no sobrepasa el 20 %.

Uno de los fármacos más utilizados en el hombre para el tratamiento de una vejiga hiperactiva o una incontinencia de urgencia es:

a) Agonistas de los receptores alfa-adrenérgicos.

b) Agonistas de los receptores beta-adrenérgicos.

c) Antimuscarínicos.

Los antimuscarínicos son los fármacos de elección para el tratamiento de una VHA, pero teniendo en cuenta que muchas veces fracasan y también sus efectos secundarios, como sequedad, glaucoma, prostatismo, estreñimiento, etc.

d) Estrógenos.

El trígono:

a) Es una zona muscular de la vejiga de forma triangular situada en la parte anterior de la vejiga.

b) Zona muscular en la parte posterior de la vejiga. No tiene influencia en el reflujo de orina durante el vaciado de la misma.

c) Zona muscular de forma triangular situada en la parte posterior de la vejiga. Responsable de evitar el reflujo durante el vaciado de la misma.

Es una zona muscular situada en la parte posterior de la vejiga que, durante la micción o vaciado de la vejiga, evita el reflujo de la orina hacia el tracto urinario. Los uréteres desembocan en los vértices superiores del trígono.

d) Los uréteres no desembocan en el trígono, lo hacen en otra zona.

¿Por qué debemos controlar el peso de los pacientes con indicios de incontinencia?:

a) Según la bibliografía se identifica el aumento de peso con un aumento de riesgo de incontinencia.

El exceso de peso se asocia con el aumento del riesgo de incontinencia. El peso excesivo ejerce presión en los músculos del suelo pélvico. La pérdida de peso puede reducir la gravedad de la incontinencia o, incluso, curarla.

b) La grasa interfiere en la capacidad de producir orina.

c) Con la obesidad pueden aparecer más lesiones en la piel.

d) Ninguna es correcta.

Las sondas para la cateterización vesical deben cumplir unas características de:

a) Elasticidad.

b) Coeficiente de fricción (preferiblemente bajo) y biobivalidad (tiempo máximo de permanencia sin deteriorarse).

c) Biocompatibilidad (capacidad de inducir reacciones o toxicidad), tendencia a la incrustación (precipitación de mucoides y cristaloides). Tendencia a la adherencia bacteriana.

d) Todas son correctas.

El material con el que se ha sido elaborado el catéter va a determinar sus características, que son las siguientes:

- Elasticidad
- Coeficiente de fricción (preferiblemente bajo)
- Estabilidad (tiempo máximo de permanencia sin deteriorarse)
- Biocompatibilidad (capacidad de inducir reacciones o toxicidad)

Entre los factores de riesgo en el desarrollo de una IU están:

a) Predisponentes y desencadenadores.

b) Predisponentes, desencadenantes, favorecedores, desencadenadores.

Son cuatro los factores que influyen en el desarrollo del riesgo de padecer una IU, cada uno puede ser independiente de los otros o estar correlacionado.

c) Principalmente, el sexo.

d) Son múltiples.

Cristina acude a consulta de su médico de Atención Primaria porque orina muchas veces al día y a veces se le escapa la orina. Pierde la concentración en el trabajo por tener que ir muchas veces al baño. Se levanta dos veces por la noche, pero vuelve a dormir. Esto es un problema para ella porque limita sus actividades. ¿Qué actitud debemos tomar?:

a) Le decimos que es normal lo que le pasa.

b) Le prescribimos compresas.

c) Le prescribimos un antidepresivo.

d) Realizamos una evaluación inicial para conocer el tipo de su IU y su repercusión en su calidad de vida.

El primer objetivo desde Atención Primaria debe ser la detección de la IU, situación que, aunque no es grave, limita de forma importante la calidad de vida de las personas que la padecen.

Respecto a los conos vaginales, aconsejan utilizarlos:

a) Una vez a la semana.

b) Durante períodos de 15 minutos y se utilizan tres veces al día.

La mujer los introduce en su vagina, evitando con las contracciones del suelo pélvico que se caigan, durante períodos de 15 minutos y se utilizan tres veces al día, aumentando gradualmente el peso de los mismos.

c) Dos veces a la semana.

d) Dos veces al día.

Dentro del tratamiento funcional podemos encontrar diversos procedimientos. Señale la afirmación incorrecta:

a) Ejercicios de suelo pélvico.

b) Técnicas de biorrealimentación.

c) Técnicas de micción programada.

d) Sondaje.

El sondaje pertenece al tratamiento paliativo de la incontinencia urinaria. Dentro del tratamiento funcional, el cual tiene como objetivo optimizar los mecanismos autonerviosos, encontramos ejercicios de suelo pélvico, estimulación eléctrica, técnicas de biorrealimentación y técnicas de micción programada.

¿Cuáles son las ventajas de realizar biofeedback?

a) Facilita el aprendizaje porque ayuda al reconocimiento de las estructuras del suelo pélvico, favoreciendo su aislamiento e integrándolas en los mecanismos conscientes.



- b) Posibilita la autoevaluación del trabajo que se realiza y crea una fuerte motivación para la paciente.
- c) Permite el control por parte del fisioterapeuta del trabajo realizado.
- d) Todas las anteriores se consideran ventajas del biofeedback.

Con el biofeedback, los ejercicios musculares del suelo pélvico se realizan asistidos por un equipo más o menos sofisticado que traduce la contracción muscular en una señal gráfica, acústica o ambas, para que el paciente y el fisioterapeuta perciban el trabajo realizado.

Las ventajas del biofeedback en la rehabilitación perineal son varias:

- Facilita el aprendizaje porque ayuda al reconocimiento de las estructuras del suelo pélvico, favoreciendo su aislamiento e integración en los mecanismos conscientes.
- Posibilita la autoevaluación del trabajo que se realiza.
- Crea una fuerte motivación para la paciente.
- Permite el control por el fisioterapeuta del trabajo realizado.

Puede programarse un trabajo personalizado de acuerdo con las necesidades de la paciente.

## Respecto a la prevalencia de padecer incontinencia entre los distintos sexos, tenemos:

- a) La IU mixta la padecen más los hombres que las mujeres.
- b) La enuresis o micción nocturna la padecen más las mujeres.
- c) La IU de esfuerzo es más frecuente en las mujeres.

La IU es más frecuente en las mujeres, por sus características anatómicas, y también está influenciada por el número de embarazos y partos que hayan tenido. Su prevalencia es de un 25 % según los últimos estudios.

- d) Son las mujeres jóvenes las que padecen más la IU de urgencia.

## En el caso de una IU en persona de edad avanzada cuyo diagnóstico ha sido orina residual posmiccional, se recomienda:

- a) Revisar la medicación y drenaje con catéter.

Se recomienda la evaluación de comorbilidades y, si no hay mejoría, derivar al especialista, pero siempre habiendo revisado la medicación que toma y el padecer de estreñimiento.

- b) Derivar directamente al especialista sin necesidad de realizar ninguna medida anterior.

- c) No es necesario evaluar comorbilidades.

~~d) Tratamiento con antimuscarínicos.~~

## ¿Qué comidas debemos evitar para favorecer la incontinencia?:

- a) Fruta.
- b) Verduras.
- c) Comidas muy condimentadas, los cítricos y sus zumos.

Algunos alimentos y bebidas pueden irritar la vejiga y producir un incremento en la frecuencia e incontinencia de urgencia. Algunas personas observan que al eliminar esos alimentos de su dieta mejoran los síntomas de la vejiga. Desaconseja como irritantes: las comidas muy condimentadas, los cítricos y sus zumos, los productos elaborados a base de tomate, los edulcorantes artificiales y las bebidas gaseosas (incluso aquellas sin cafeína).

- d) Todos ellas.

## ¿Qué capas componen la musculatura del suelo pélvico?:

- a) Capa interna y superior.
- b) Capa inferior e intermedia.
- c) Solo esta formada por una capa.
- d) Capa interna, capa media y capa externa.

El suelo pélvico es la parte inferior de la pelvis donde se apoyan los órganos internos. Está formado por tres capas de músculos: la musculatura externa del suelo pélvico, la musculatura media del suelo pélvico y la musculatura interna del suelo pélvico.

## ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

a) Se considera normal entre 4-7 micciones durante el día.

Se considera normal entre 4-7 micciones durante el día y el levantarse una vez a orinar durante la noche. El diario miccional de 3 días (DM3D) ha sido validado en España en la evaluación de los STH.

b) Es normal levantarse 2 veces por la noche a orinar.

c) El diario miccional de 24 horas está totalmente validado.

d) Los cuestionarios autocumplimentables de calidad de vida son muy complicados.

## ¿Qué factores influyen en el éxito de la rehabilitación perineal?:

a) Grado de incontinencia, edad, integridad esfinteriana, tono perineal.

b) No antecedentes quirúrgicos ni radioterápicos, fuerte motivación.

c) Perseverancia en el trabajo, personal cualificado y seguimiento a corto/medio plazo.

d) Todas son correctas.

Existen una serie de factores que influyen en el éxito de la rehabilitación perineal, a saber:

- Estado de incontinencia
- Edad
- Integridad esfinteriana
- Tono perineal
- No antecedentes quirúrgicos ni radioterápicos
- Fuerte motivación
- Perseverancia en el trabajo
- Personal cualificado
- Seguimiento a corto y medio plazo

## En la vejiga urinaria, en el proceso de continencia nos encontramos:

a) Los músculos del suelo pélvico se encuentran contraídos.

b) Los esfínteres uretrales externos e internos se encuentran contraídos.

c) Los músculos de la pared abdominal actúan independientemente de los músculos de la vejiga.

d) El músculo liso detrusor y los abdominales actúan coordinadamente junto con la relajación de los músculos del suelo pélvico.

Es frecuente confundir el término continencia con incontinencia. En cada uno de ellos, los mecanismos de actuación muscular son contrarios y conviene conocer cómo actúa cada uno.

## Los objetivos a conseguir dentro de la utilización de medidas higiénico-dietéticas son:

a) Aumentar el tiempo y la cantidad de visitas al baño.

b) Disminuir la cantidad de orina que la vejiga puede retener.

c) Ir cada vez menos veces al baño.

Cuanto menos veces se vaya al baño, se disminuirán aquellos factores de riesgo, como las infecciones, las caídas en las personas mayores, etc., y se mejorará la calidad de vida.

Orinar cuando aparece el impulso de hacerlo, no aguantarse.

## En el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, los fármacos más utilizados son:

a) Los mscarcínicos.

b) Los anticolinérgicos.

c) Los anticolinérgicos + relajantes musculares.

d) Los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) y antidepresivos tricíclicos.

Los IRS y los antidepresivos tricíclicos han demostrado ser los medicamentos que mejor indicación tienen por su acción de mejora en caso de una IU, ya que actúan a nivel cerebral, influyendo en la acción de los neurotransmisores.

## ¿Cuál de los siguientes no es criterio de derivación en el inicio de la valoración de la IU?:

a) Retención aguda de orina.

b) Hematuria.

c) Infección del tracto urinario no complicada.

Es criterio de derivación la ITU recurrente. Deben remitirse, para una valoración diagnóstica más ampliada y detallada para lograr un diagnóstico basado en la patología subyacente, los casos de incontinencia que sugieren un trastorno más complejo o grave. La incontinencia complicada comprende a pacientes con incontinencia recurrente tras cirugía previa fallida, con prolapso de órganos pélvicos en mujeres, tras prostatectomía en varones, incontinencia total y/o con síntomas asociados, como dolor, hematuria, ITU recurrentes, síntomas de vaciado deficiente, sospecha de patología neurológica subyacente, historial de radioterapia pélvica o de cirugía pélvica radical o sospecha de fístula vaginal o intestinal.

En todos los casos de incontinencia urinaria debe establecerse un diagnóstico etiológico siempre que sea posible o identificar las causas subyacentes. La ausencia de un diagnóstico que explique la presencia de la incontinencia es un motivo para realizar una valoración diagnóstica más detallada por el especialista en Urología.

d) Radioterapia pélvica previa.

## Qué calidad deben tener los productos absorbentes:

a) Capacidad de absorción.

b) Protección impermeable frente a la humedad.

c) Comodidad.

d) Todas las anteriores.

Algunas características de calidad que deben tenerse en cuenta son:

1. Absorción. Se consigue gracias al núcleo de celulosa y en ocasiones está dotada de unos canales longitudinales que permiten la dispersión y distribución de la orina por toda la superficie.
2. Protección impermeable frente a la humedad. Se corresponde con la capa inferior 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.
3. Comodidad. En la medida de lo posible, deberían ofertarse al paciente toda la gama de técnicas y dispositivos disponibles para su incontinencia. Cuando de la selección del absorbente se trata, la talla que le resulta más cómoda, el tipo de pañal, la sudoración o la comodidad.

## ¿Cuál de las siguientes patologías provoca mayor impacto sobre la calidad de vida de los pacientes?:

a) Infarto agudo de miocardio (IAM).

b) Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

c) Hipertensión arterial (HTA).

d) Incontinencia urinaria.

La IU tiene un impacto notable sobre la calidad de vida de los pacientes, incluso más que patologías muy prevalentes, como HTA, DM o IAM. Este impacto negativo se refleja en su vida diaria y en su entorno social, físico, sexual, psicológico y familiar.

Varios estudios sitúan la IU como el problema que causa el efecto mayor sobre la calidad de vida, junto con artritis/patología reumática.

## A la hora de historiar a una mujer con IU, indique qué información sería la menos relevante a recoger:

a) Tipo de IU: IUE, IUU, IUM.

b) Cronología y severidad de la IU.

c) Historia ginecológica y obstétrica.

d) Presencia o no de patología pulmonar.

Los datos fundamentales a recoger para la historia clínica en el diagnóstico de IU en la mujer son: historia médica/quirúrgica que incluya características de los escapes de orina, historia obstétrica y síntomas de prolapso de órganos pélvicos.

## Los ejercicios de Kegel:

a) Solo están indicados para la incontinencia de urgencia.

b) Se recomiendan en aquellas personas que realizan actividades con aumento de la presión abdominal.

Son muy recomendados en aquellas personas que cogen peso, se agachan a menudo o presionan los músculos abdominales. Su finalidad es reforzar la potencia de los músculos del periné, por ello se recomiendan durante el embarazo.

c) Está contraindicado hacerlos en el embarazo.

d) No se busca una potenciación de los músculos del periné, por estar contraindicado.

## En el hombre adulto, la mayoría de las IU son:

a) IU de esfuerzo.

b) IU de urgencia.

La IU es la causa de IU más frecuente en varones. Representa hasta un 80% de causa de IU en varones. Representa un 80 % de las causas de IU. La IUE es mucho más frecuente en mujeres, en varones, solo suele verse por lesión del esfínter, generalmente tras radiaciones o cirugía de próstata. Representa en estos algo menos de un 10 % del total de las causas de IU.

La IUR, también denominada IU por vaciado incompleto, puede ser generada por retención crónica de orina como consecuencia de un proceso obstructivo o asociarse a patología neurológica. En varones suele ser la causa de IU en un 10 %.

c) IU por sobreesfuerzo.

d) IU mixta.

## En el vaciamiento de la vejiga ocurren las siguientes acciones:

a) No interviene el centro de protuberancia de la micción (CPM).

b) Contracción del esfínter externo.

c) La acetilcolina actúa sobre los receptores muscarínicos, provocando una contracción vesical.

El CPM envía señales que hacen que se libere acetilcolina, neurotransmisor que provoca contracción vesical y, a la vez, hay una relajación del esfínter externo.

d) Contracción del elevador del ano.

## Las tallas existentes de los absorbentes son:

a) Talla pequeña, mediana y grande.

b) Talla pequeña y mediana.

c) Talla extrapequeña, pequeña, mediana y grande.

d) Talla extrapequeña, pequeña, mediana, grande y extragrande.

La indicación del absorbente de incontinencia debe realizarse conociendo las características y necesidades del incontinente, tanto de capacidad de absorción como de talla. Así es posible seleccionar la más adecuada al tamaño del individuo.

- Talla extrapequeña: cintura de 40 a 50 cm
- Talla pequeña: cintura de 50 a 80 cm
- Talla mediana: cintura de 70 a 125 cm
- Talla grande: cintura de 100 a 150 cm
- Talla XL: cintura de 135 a 170 cm

## En el caso de una IU inicial, se recomienda:

a) Tratamiento con antimuscarínicos.

b) Tratamiento con antagonistas alfa-adrenérgicos.

c) Utilización de pañal absorbente durante el día y la noche.

d) Evaluación general, cuestionario de frecuencia, análisis de orina.

Por tratarse de un proceso inicial, lo primero que se recomienda es realizar una correcta anamnesis del paciente para conocer el grado y tipo de incontinencia y poder actuar al respecto.

## ¿Cuáles son los bucles (circuitos neurológicos de la micción) más relevantes del sistema?

- a) El sistema miccional es el más importante.
- b) Los bucles 3,5 y 9.
- c) ~~Todos los bucles son importantes para la micción.~~
- d) Los bucles más relevantes son el IV y III.

Para nuestros propósitos consideramos como más relevantes los bucles (circuitos neurológicos de la micción) IV y III.

- En el bucle IV la situación de la musculatura perineal estrizada que rodea la uretra es captada por terminaciones sensitivas del nervio pudendo. Los impulsos aferentes alcanzan las médulas medulares S-2 y S-4 y, ascendiendo por las columnas posteriores, van hasta el islamo y de ahí a la corteza cerebral, en los **bulbos frontales**. De aquí descendiendo una orden motora que por las columnas laterales alcanzará las médulas sacras S-2 y S-4. Desde aquí, por el nervio pudendo, alcanza la musculatura estrizada del periné, creando el bucle. Hay, por lo tanto, un posible camino para actuar sobre la continencia de orina, actuando sobre la actividad muscular del periné.
- El bucle III es más simple: los impulsos aferentes se originan en los receptores de distensión vesical y, siguiendo la vía de los nervios pélvicos, alcanzan las médulas S-2 y S-4. Aquí se produce una respuesta refleja, con salida de impulsos motores a través de los nervios pudendos que alcanzan a la musculatura estrizada del periné. En este caso, ante el llenado vesical, hay automáticamente una mayor actividad de los mecanismos de continencia perineal.

## ¿Cuál es el efecto final del tratamiento rehabilitador?:

- a) Incremento de las unidades motoras.
- b) Mejora de la frecuencia de excitación.
- c) Incremento de la masa muscular.
- d) Todas las anteriores son correctas.

La misión de la rehabilitación perineal es tonificar y fortalecer ambos tipos de fibras: las de fibras lentas, con contracciones suaves y mantenidas, y las de fibras rápidas, con contracciones de mayor amplitud (fuertes) y rápidas.

El efecto final del tratamiento rehabilitador es:

- Incremento de las unidades motoras
- Mejora de la frecuencia de excitación
- Incremento de la masa muscular

## Los objetivos del auto sondaje vesical limpio son:

- a) Vaciar completamente la vejiga.
- b) Disminuir o evitar las infecciones de orina.
- c) Reducir la estenosis y falsas vías y aumentar la autonomía del paciente.
- d) Todas son correctas.

Según la bibliografía consultada, los objetivos descritos para el auto sondaje vesical limpio son:

- Vaciar completamente la vejiga
- Disminuir o evitar las infecciones de orina
- Reducir la estenosis y falsas vías
- Aumentar la autonomía del paciente

## Los ejercicios de Kegel:

- a) Son flexiones abdominales.
- b) Son el tratamiento de elección en la IU por reboamiento.
- c) Son el tratamiento de elección en la IU de esfuerzo.

Los ejercicios pélvicos para el tratamiento de la IU continúan siendo el pilar fundamental de la terapia de modificación del comportamiento y no solo mejoran la IU, sino que también contribuyen al mejor comportamiento sexual de los pacientes. Si existe incontinencia por esfuerzo, deben realizarse los ejercicios de Kegel regularmente.

- d) Deben ser recomendados por el especialista porque pueden afectar a tratamientos posteriores.

## Respecto a la incontinencia de orina, señale la falsa:

a) En la IUE, un factor precipitante es el ejercicio físico.

b) Los términos IUU y VH significan lo mismo.

IUU: pérdida involuntaria de orina que aparece al caminarla o precedida de un deseo imperioso de orinar. La ICS define el síndrome de vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional elevada y nocturia. El síndrome de vejiga hiperactiva es un síndrome exclusivamente clínico que puede cursar o no con IU.

c) La prueba diagnóstica más fiable es el estudio urodinámico.

d) En el tratamiento de la IUU se utilizan fármacos anticolinérgicos.

**Los absorbentes rectangulares (día y supernoche) y anatómicos elásticos (día, noche y supernoche) se presentan en:**

a) Talla única.

Según las guías de práctica clínica, los absorbentes rectangulares (día) y anatómicos elásticos (día, noche y supernoche) se presentan en talla única; de ahí la importancia de la buena elección del tipo de absorbente junto con el paciente.

b) Depende de la edad de requerimiento.

c) Depende de la cantidad de orina.

d) Todos los anteriores.

**De las siguientes afirmaciones, señale la falsa:**

a) La IUE se produce por disfunción esfinteriana.

b) La IUU se produce por hipoactividad del músculo detrusor.

La IUU se produce por hiperactividad o hipersensibilidad del detrusor.

c) Frecuencia, urgencia y nocturia son síntomas del tracto urinario inferior (STUI).

d) Enuresis nocturna es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

1 La prevalencia de la IU en el varón va a depender de:

a) Asociación de patologías en la glándula prostática y de sus tratamientos.

2 En el caso de una IU inicial, se recomienda:

d) Evaluación general, cuestionario de frecuencia, análisis de orina.

3 De los posibles mecanismos de producción de IU tras una prostatectomía radical, señale la respuesta falsa:

c) Disinergia vésico-esfinteriana.

4 ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo de IU en varones?:

a) Prostatectomía radical.

5 ¿Cuál de las siguientes no es causa de IUE en la mujer?:

a) Menopausia.

6 ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para IU en la mujer?:

d) Bacteriuria asintomática.

7 Mujer joven, madre de tres hijos, que practica saltos de hípica. Refiere que desde hace 2 años sufre pérdidas de orina cuando realiza ejercicio, lo que le obliga a llevar compresas. ¿Qué recomendaciones le haría?:

d) Se trata de una IUE que hay que identificar y tratar.

8 Los ejercicios de Kegel:

b) Se recomiendan en aquellas personas que realizan actividades con aumento de la presión abdominal.

9 ¿Cuál de las siguientes patologías puede manifestarse con IU?:

d) Todas las anteriores.

10 El procedimiento de control del deseo de orinar consiste en:

d) Pensar que se tiene el control de la vejiga para intentar que desaparezca el deseo de orinar

11 Las tallas existentes de los absorbentes son:

d) Talla extrapequeña, pequeña, mediana, grande y extragrande.

12 En la vejiga urinaria, en el proceso de continencia nos encontramos:

d) El músculo liso detrusor y los abdominales actúan coordinadamente junto con la relajación de los

músculos del suelo pélvico.

13 En los hombres, la uretra:

c) Mide 12 cm y pasa por la glándula prostática y, a través del pene, sale al exterior del cuerpo.

14 En el mecanismo de cerrado uretral complementario:

a) Aparece una contracción de los músculos estriados periuretrales, esfínter, uretra y músculos del suelo pélvico.

15 Para contribuir al buen mantenimiento de los hábitos urinarios, es recomendable:

a) Orinar regularmente (cada 3 o 4 horas).

16 ¿Qué dos escalas se utilizan para la valoración de las úlceras por humedad?:

b) La escala EVE y la escala PAT.

17 ¿Cuál es el tratamiento para la dermatitis asociada a la incontinencia?

a) No existe tratamiento, sino medidas de prevención.

18 ¿Por qué debemos controlar el peso de los pacientes con indicios de incontinencia?:

a) Según la bibliografía se identifica el aumento de peso con un aumento de riesgo de incontinencia.

19 En el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, los fármacos más utilizados son:

d) Los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) y antidepresivos tricíclicos.

20 En el caso de las personas mayores, el tipo de tratamiento que se recomienda es:

b) Antimuscarínicos para el caso de una vejiga hiperactiva/incontinencia de urgencia.

21 ¿Cómo deben prevenirse las dermatitis asociadas a la incontinencia (DAI)?:

d) Las respuestas a) y c) son correctas.

22 Dentro del tratamiento funcional podemos encontrar diversos procedimientos. Señale la afirmación incorrecta:

d) Sondaje.

23 ¿Qué comidas debemos evitar para favorecer la incontinencia?:

c) Comidas muy condimentadas, los cítricos y sus zumos.

24 Los colectores también se pueden clasificar en

c) a) y b) son correctos.

25 ¿Qué capas componen la musculatura del suelo pélvico?:

d) Capa interna, capa media y capa externa.

26 En el caso de una incontinencia complicada, la forma de actuar será:

b) Derivación a un especialista.

27 Los objetivos del autosondaje vesical limpio son:

d) Todas son correctas.

28 ¿Cuál es el efecto final del tratamiento rehabilitador?:

d) Todas las anteriores son correctas.

29 ¿Qué escala de valoración utilizamos para medir el riesgo de úlcera por presión (UPP)?

d) Escala de Braden y escala de Norton.

30 La noradrenalina, en el proceso de almacenamiento de la vejiga, actúa:

b) Actúa sobre los músculos detrusor y liso de la uretra y sobre los receptores alfa-adrenérgicos, estimulándolos para provocar la contracción de la uretra.

31 ¿Cuál de las siguientes no es causa reversible de IU?:

a) Estenosis uretral tras cirugía antiincontinencia.

32 El centro protuberancial de la micción (CPM):

d) Se encuentra en el tronco del encéfalo y lo controla la corteza cerebral de forma consciente.

33 Paciente que acude a consulta y refiere que se le escapa la orina con los esfuerzos; también urgencia diaria con los escapes. ¿Podemos establecer ya el diagnóstico?:

d) Aunque tenemos sospecha de IU mixta, no podemos realizar un diagnóstico correcto.

34 ¿Cuál de las siguientes patologías provoca mayor impacto sobre la calidad de vida de los pacientes?:

d) Incontinencia urinaria.

35 Respecto a los conos vaginales, aconsejan utilizarlos:

b) Durante periodos de 15 minutos y se utilizan tres veces al día.

36 En el caso de varones con incontinencia urinaria, en la evaluación inicial se distinguen los grupos:

a) Pacientes con goteo posmiccional y en la actividad física.

37 En las personas de edad avanzada, los tratamientos conductuales que se recomiendan son:

c) Ejercicios vesicales y de musculatura pélvica.

38 ¿Qué alimentos aconseja no ingerir a los pacientes con incontinencia para así evitar el olor?

c) Las respuestas a) y b) son correctas.

39 ¿Qué es una micción?:

a) Es una acción controlada por el sistema nervioso central.

40 Cristina acude a consulta de su médico de Atención Primaria porque orina muchas veces al día y a veces se le escapa la orina. Pierde la concentración en el trabajo por tener que ir muchas veces al baño. Se levanta dos veces por la noche, pero vuelve a dormir. Esto es un problema para ella porque limita sus actividades.

¿Qué actitud debemos tomar?:

d) Realizamos una evaluación inicial para conocer el tipo de su IU y su repercusión en su calidad de vida.

41 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

a) Se considera normal entre 4-7 micciones durante el día.

42 Los ejercicios vesicales sirven para:

c) Evitar la incontinencia urinaria en los pacientes.

43 ¿Cuál de las siguientes pruebas no está indicada en la evaluación inicial de la IU de forma rutinaria?:

c) Ecografía reno-vesical.

44 ¿Qué actuaciones se realizan en la modificación de la conducta vesical?:

d) Las respuestas b) y c) son correctas.

45 ¿Cuál es la ingesta normal de líquidos si no hay contraindicación médica?:

d) Entre 1.500-2.000 cc al día.