

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/15



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PREVENCIÓN Y ABORDAJE
DE ENFERMERÍA EN LA
INCONTINENCIA URINARIA
FEMENINA**

Autora: Noelia Ruipérez Sacristán

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

ÍNDICE

1. RESUMEN:	2
2. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN:	3
3. OBJETIVOS:	4
3.1. Objetivo general:	4
3.2. Objetivos específicos:	4
4. METODOLOGÍA:	5
5. DESARROLLO DEL TEMA:	5
5.1. INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER:.....	5
5.1.1. Anatomofisiología del tracto urinario inferior	5
5.1.2. Concepto de incontinencia urinaria y clasificación:	9
5.1.3. Epidemiología:.....	10
5.1.4. Factores de riesgo de incontinencia urinaria en las mujeres:	11
5.1.5. Diagnóstico de la incontinencia urinaria:	13
5.1.6. Tratamiento de la incontinencia urinaria:	14
5.1.7. Abordaje desde Atención Primaria:	15
5.1.8. Prevención y abordaje enfermero de la incontinencia urinaria en la mujer:.....	16
6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:..	24
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	26
8. ANEXOS:	29

1. RESUMEN

La incontinencia urinaria constituye actualmente una disfunción urinaria de elevada prevalencia en la población general. Se presenta en ambos sexos, aunque la frecuencia es el doble en mujeres que en hombres, ya que desarrollan diversos factores de riesgo a lo largo de su vida. La ICS (*International Continence Society*) determinó una prevalencia del 30-60% en mujeres de mediana edad y edad avanzada, una cifra alarmante teniendo en cuenta el elevado impacto que ocasiona sobre la calidad de vida de las mujeres que lo sufren. A pesar de esto, menos de la mitad de las mujeres con incontinencia urinaria busca ayuda profesional por vergüenza o por pensar que se trata de una situación propia de la edad. Esto conduce a las mujeres con pérdidas de orina a optar por medidas paliativas, como los absorbentes, que no solucionan las pérdidas y suponen un coste económico alto para la sanidad y una pérdida de calidad de vida. Por tanto, se trata de un problema de salud pública importante, con escaso abordaje profesional. Es necesario desarrollar métodos de prevención de incontinencia urinaria siendo el primer paso la educación para la salud, en el que los profesionales enfermeros tienen un papel fundamental. La función de enfermería debe incluir información y formación sobre entrenamiento del suelo pélvico, uso de conos vaginales, electroestimulación, *biofeedback* y modificación de hábitos de vida perjudiciales y factores de riesgo modificables. El objetivo final debe ser prevenir la incontinencia urinaria y mejorar la calidad de vida de las mujeres que la presenten.

Palabras clave: incontinencia urinaria femenina, prevención, enfermería, entrenamiento del suelo pélvico.

Abstract: Urinary incontinence is a urinary dysfunction that is currently a highly dysfunction in the global population. It occurs in both genders, though the frequency is double in women than in men because they develop various risk factors throughout their life. The ICS (*International Continence Society*) has recorded a prevalence of 30-60% in middle-aged and elderly women, a very alarming rate keeping in mind the high impact that it causes on the quality of life of women that suffer urinary incontinence. In spite of that, less than half of the women with urinary incontinence seek professional assistance because they feel embarrassed or think that is a normal situation associated with age. This leads to women with urine escapes choosing palliative measures, like absorbent devices, that don't remedy the escape and represent a loss of quality of life and a very high financial cost to the health service. This makes the case a major public health

problem, with a lack of a professional approach. It's necessary to develop methods of prevention of urinary incontinence being the first step in health education, a key aspect for nursing professionals. A nurse's role must include education and information about pelvic floor training, use of vaginal cones, electrotherapy, biofeedback and modification of harmful ways of life and adaptable risk factors. The final aim must be to prevent urinary incontinence and to improve the quality of life of women with urinary incontinence.

Keywords: female urinary incontinence, prevention, nursing, pelvic floor training.

2. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria constituye actualmente una disfunción urinaria de elevada prevalencia en la población general. En España se estima que unas 6.500.000 personas sufren incontinencia urinaria¹. Se presenta en un rango muy amplio de edades, aunque tiende a aumentar con los años, por lo que supone también un síndrome geriátrico muy importante ya que eleva el nivel de incapacidad y limita la autonomía, aumenta el riesgo de caídas, úlceras por presión debido a la humedad, infecciones, aislamiento, etc². Se estima que más del 50% de ancianos institucionalizados la padece³. Puede darse igualmente en personas sanas o con alguna patología y en ambos sexos, aunque es más frecuente su desarrollo en mujeres. La ICS (*International Continence Society*) determinó una prevalencia de incontinencia urinaria de entre 30-60% en mujeres de mediana edad y edad avanzada⁴, y se estima que alrededor de 200 millones de mujeres en todo el mundo la padecen en alguna de sus formas⁵. Una cifra muy elevada de la población total femenina. A pesar de no tratarse de una enfermedad grave en sí misma, es ya un hecho evidente que esta situación afecta negativamente al bienestar físico, psicosocial, laboral y sexual, provocando una disminución considerable de la calidad de vida de las mujeres, desembocando en conflictos sociales y sanitarios más graves como son los problemas emocionales y el aislamiento social. A pesar de todo, la incontinencia urinaria es un problema clínico infradiagnosticado; ya sea por vergüenza, por desconocimiento de las alternativas que existen para tratarla, por miedo a la cirugía, por considerarlo un problema normal de la edad o por la escasa sensibilización de los profesionales sanitarios respecto al problema. Se estima que menos de la mitad de la población que sufre pérdida de orina busca ayuda profesional, y algunos estudios refieren que en caso de detección de incontinencia urinaria, hasta el 70% de los

sanitarios no lleva a cabo ningún tratamiento ni prueba diagnóstica² para determinar el tipo de incontinencia, la gravedad y las posibles medidas terapéuticas. Esto provoca que sea una patología oculta, aún siendo una de las enfermedades que mayor pérdida de la calidad de vida ocasionan, incluso a nivel de otras como la depresión, la artrosis, la diabetes o los problemas de espalda⁶. Además, la incontinencia urinaria supone un elevado coste económico para la sanidad pública. El Grupo Cooperativo EPICC⁷ investigó en 2010 el gasto anual por persona con sintomatología de incontinencia en España, que fue de 262€, invertida la mayor parte de esta cantidad en absorbentes. De hecho, un estudio realizado en 2012 reflejó que la IU supone al menos un 2% del presupuesto sanitario en países desarrollados, siendo un 90% destinado a accesorios y solo un 2% al diagnóstico y un 8% a las estancias hospitalarias y cuidados básicos¹. Estos métodos paliativos son muy fomentados por los medios de comunicación y la publicidad, que normalizan la situación, siendo un problema que sí se puede tratar y evitar. Por esto, es necesario realizar una adecuada valoración y seguimiento desde Atención Primaria, debido a que es el primer nivel asistencial⁸. Aquí la enfermería tiene una función básica por su papel en la educación para la salud y las actividades de prevención. Así, conseguimos realizar un abordaje integral del problema, disminuir los costes económicos, reducir los casos no diagnosticados y por lo tanto; mejorar la calidad de vida de los pacientes². Por tanto, se trata de un problema de salud pública importante, especialmente en las mujeres, que lo sufren con mayor frecuencia y tienen numerosos factores de riesgo que pueden evitarse o modificarse.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Fomentar el desarrollo de terapias para la prevención y abordaje de enfermería en la incontinencia urinaria femenina.

3.2. Objetivos específicos:

- Determinar la función de los profesionales enfermeros de atención primaria en mujeres con incontinencia urinaria.
- Fomentar el desarrollo del tratamiento conservador para la incontinencia urinaria frente al uso de medidas paliativas.
- Determinar el concepto que tiene la mujer actual sobre este problema y hasta qué punto afecta a su calidad de vida.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica centrada en la incontinencia urinaria en la mujer y la función de enfermería en la prevención y tratamiento de la misma. Se plantearon las siguientes cuestiones: ¿Conocen las mujeres los métodos de prevención y las alternativas de tratamiento de la incontinencia urinaria?, ¿se adoptan medidas de prevención en atención primaria y en enfermería?, ¿cuál es la función del profesional enfermero ante este problema?

Para este trabajo se han consultado las bases de datos: UptoDate, CUIDEN, biblioteca Cochrane, Medline, Fisterra, biblioteca Scielo, Pubmed, así como la biblioteca SaCyl y la biblioteca de salud reproductiva de la OMS. También se ha obtenido información de libros de ciencias de la salud y de anatomía y fisiología humana, revistas de enfermería, especialmente la revista ENFURO de la Asociación Española de Enfermería Urológica, y se han consultado las páginas web sobre urología y continencia de la ICS (*International Continence Society*), ONI (Observatorio Nacional de Incontinencia) y EAU (*European Association of Urology*).

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1. INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

5.1.1. Anatómo-fisiología del tracto urinario inferior⁹⁻¹⁵:

Para abordar el tema de la incontinencia urinaria es necesario conocer la anatomía del tracto urinario y comprender la fisiología y mecanismos de la micción normal. El tracto urinario inferior (en adelante TUI) está formado por vejiga, uretra y músculo estriado periuretral.

La **vejiga** es una cavidad muscular situada detrás de la sínfisis del pubis y delante del recto. Tiene una capacidad de hasta 2 litros aunque su capacidad funcional (momento en que aparece el deseo de orinar) es de 350-500ml. En las mujeres se encuentra encima de la vagina en su parte anterior y por delante del útero, mientras que en los hombres reposa sobre la próstata. Está formada por 4 capas que desde el interior al exterior son: mucosa, submucosa, tejido muscular liso que conforma el músculo detrusor, que es el

que evacua la orina al contraerse, y serosa. Esta composición es la responsable de la capacidad de distensión de la vejiga. Finalmente; tiene 3 orificios: 2 para los uréteres que proceden de los riñones y otro para la uretra que sale del vértice anterior de la vejiga, formando el denominado trígono vesical. Como órgano la vejiga tiene 2 funciones principales:

- ✓ Almacena la orina.
- ✓ Expulsa la orina del organismo junto con la uretra.

A nivel del cuello vesical, la capa muscular se engrosa formando el esfínter uretral interno, de contracción involuntaria. Después se extiende **la uretra** desde el orificio inferior de la vejiga hasta el exterior del organismo a través del meato urinario externo. Está revestido de una membrana mucosa. En la mujer, se encuentra anterior a la vagina cuando atraviesa el suelo de la pelvis y se extiende unos 4cm. hacia abajo hasta el esfínter urinario externo estriado, de control voluntario. En los hombres es un conducto más largo, de unos 20cm., ya que atraviesa la próstata. La función principal de la uretra es eliminar la orina al exterior y; en el caso de los hombres, también expulsar el semen.

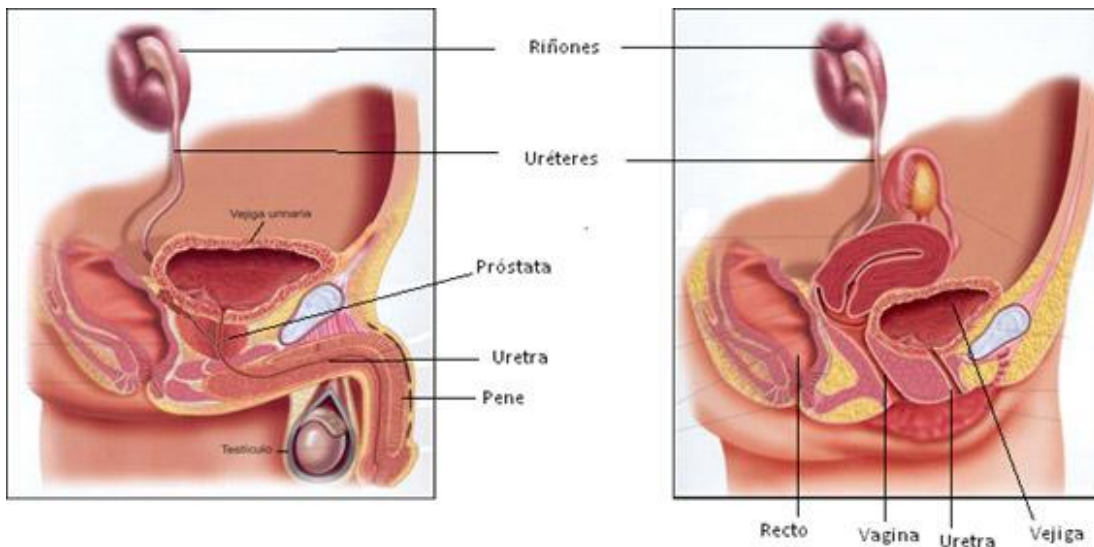


Figura 1. Anatomía del tracto urinario inferior masculino y femenino. Fuente: Unidad Urológica Avanzada de Caracas. Disponible en: <http://www.urologiaccs.com/?page=uretra>

La inervación del TUI^{9, 10, 16} es la responsable de los mecanismos de continencia, por eso pueden existir pérdidas de orina en pacientes con enfermedades neurológicas. La **inervación periférica** viene a cargo del sistema nervioso simpático, parasimpático y somático:

- **Núcleo simpático:** corresponde al nervio hipogástrico, que inhibe al músculo detrusor y contrae el esfínter uretral interno. Permite el almacenamiento de la orina en la vejiga. El neurotransmisor que realiza esta acción es la noradrenalina.

- **Núcleo parasimpático:** corresponde al nervio pélvico, que contrae el músculo detrusor mediante la estimulación que ejerce el neurotransmisor acetilcolina sobre los receptores muscarínicos. Es responsable del vaciado de la vejiga.

- **Núcleo somático:** corresponde al nervio pudendo, que contrae el esfínter uretral externo. Es responsable del control voluntario de la eliminación de la orina. Se activa en caso de pérdida de orina no controlada para cerrar de forma voluntaria el esfínter externo y evitar la incontinencia. Está mediado por el neurotransmisor acetilcolina.

Simultáneamente, existe una **inervación central:**

- **Córtex Prefrontal Medial:** permite el control voluntario de la micción.

- **Núcleo pontino:** está formado por:

- a. *Centro pontino de la micción:* involucrado en la fase de vaciado vesical, ya que estimula el núcleo parasimpático.
- b. *Centro pontino de la continencia:* estimula el núcleo somático, por lo tanto involucrado en la fase de llenado y en la continencia.

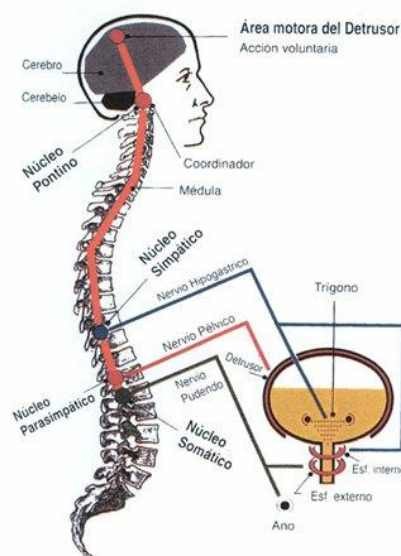


Figura 2. Inervación del reflejo de micción. Fuente: Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria, 2007

En cuanto al **mecanismo de la micción**, se inicia en el tronco cerebral, controlado a su vez por la corteza cerebral. Tiene 2 fases^{5, 9, 10, 16}:

1. **Fase de almacenamiento:** se produce de forma pasiva por la regulación del sistema nervioso simpático y parasimpático. La orina procedente del riñón se recolecta en la vejiga. Se relaja el músculo detrusor gracias a la acción del nervio hipogástrico y se activa la contracción de los esfínteres. Este es el mecanismo de continencia. En esta fase predomina la actividad del sistema nervioso simpático. Además hay que resaltar que la presión uretral es muy superior a la de la vejiga.
2. **Fase de vaciamiento:** en esta fase se elimina la orina al exterior del organismo. Una vez alcanzado el umbral de micción o límite de la vejiga, se desencadena el reflejo de micción. En este proceso interviene la contracción coordinada del detrusor y de los músculos abdominales y la relajación de los músculos del suelo pélvico y de los esfínteres uretrales. El sistema nervioso parasimpático recibe esta información mediante el nervio pélvico y la lleva hasta en núcleo pontino, que estimula el parasimpático e inhibe el simpático. Así se estimula la contracción del músculo detrusor y se relaja el esfínter uretral interno; respectivamente. También inhibe el centro somático relajando el esfínter uretral externo. En esta fase, la presión intravesical supera a la de la uretra por la relajación de los mecanismos esfinterianos y se produce la salida de la orina (presión de cierre uretral negativa).

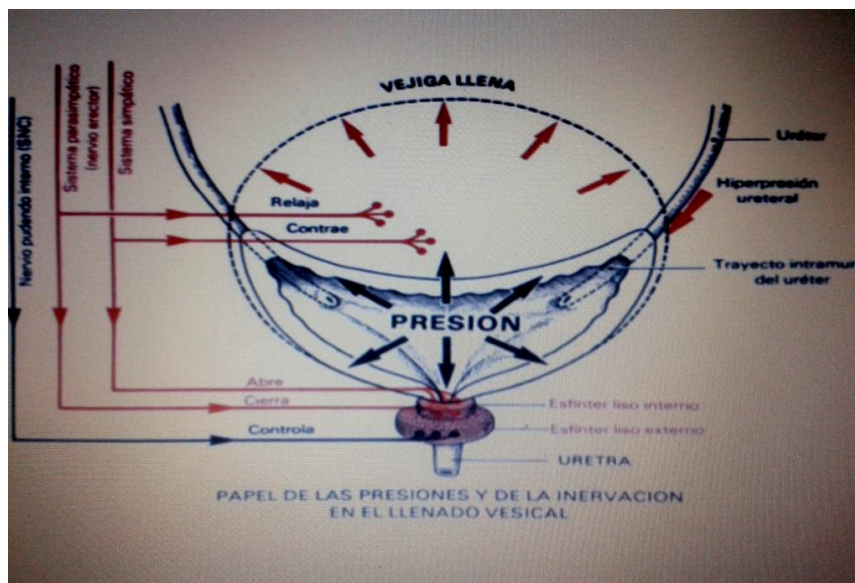


Figura 3. Papel de las presiones y la inervación en la fase de llenado vesical. Fuente: Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria, 2004

5.1.2. Concepto de incontinencia urinaria y clasificación:

La definición de incontinencia urinaria (en adelante IU) por parte de la ICS (*International Continence Society*) es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que causa un problema social o higiénico⁴, aunque en 2002 la ICS especifica que son necesarias 2 definiciones que van unidas y añade un nuevo aspecto: la queja o manifestación de cualquier pérdida de orina involuntaria⁴. En cualquier caso, ha cobrado importancia en este concepto la valoración subjetiva del impacto sobre la calidad de vida que ocasiona esta disfunción; ya que no es una enfermedad grave en sí misma pero limita considerablemente la salud física, laboral y psicosocial. Diversos estudios señalan que no es una patología en sí misma, pero la OMS la consideró como enfermedad en 1998 por su gran impacto en la calidad de vida, su alta frecuencia y su afectación al ámbito psicosocial¹⁷. Desde el punto de vista clínico; la IU supone un síntoma, un signo y una patología. El síntoma es la propia pérdida involuntaria de orina, el signo constituye la prueba de pérdida de orina objetiva y visible y la alteración es el proceso fisiopatológico que origina la incontinencia¹⁸.

La IU puede clasificarse según su sintomatología en:

- ✓ **IU de esfuerzo (IUE):** La ICS la define como la pérdida involuntaria de orina que tiene lugar cuando, en ausencia de contracción del detrusor, la presión intravesical aumenta hasta superar la presión uretral máxima, como consecuencia de un esfuerzo físico que aumenta la presión abdominal (toser, reír, andar, correr...). Es muy frecuente en mujeres⁹, sobre todo en las más jóvenes. Fisiológicamente; las causas de este proceso pueden ser¹⁷⁻¹⁹:
 - *Hipermovilidad uretral:* desciende el ángulo vejiga-uretra respecto a su correcta posición anatómica.
 - *Disfunción uretral intrínseca:* pérdida de la función del esfínter, que no es capaz de soportar el aumento de presión.
- ✓ **IU de urgencia (IUU):** pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de una sensación de urgencia brusca e imposible de controlar. Suele acompañarse de polaquiuria (aumento de la frecuencia de micciones diarias) y nicturia (aumento de la frecuencia de micción nocturna)¹⁹. La fisiopatología de la IUU explica este proceso por la contracción involuntaria del músculo detrusor. Cuando dichas contracciones se demuestran en el estudio urodinámico, se denomina *hiperactividad del detrusor*; que puede ser secundaria a

enfermedad neurológica o idiopática¹⁹. Tiene mayor incidencia en las mujeres y aumenta con la edad, siendo la más frecuente en personas de edad avanzada^{9, 17}.

- ✓ **IU mixta (IUM)**: pérdida involuntaria de orina con un componente de esfuerzo y de urgencia (IUE+IUU). Se identifica siempre mediante estudio urodinámico¹⁷. La frecuencia es mayor en mujeres premenopáusicas^{9, 17}.

Estas son las principales formas de IU en la mujer, siendo la IUE la más frecuente, con un 49% seguida de la IUM con el 29% y finalmente la IUU con el 22,5%¹⁸. También existen síndromes que no constituyen en sí IU pero son un conjunto de síntomas relacionados con ella, como el **síndrome de vejiga hiperactiva**, que consiste en la sensación de urgencia miccional, asociada normalmente a aumento de la frecuencia y nicturia, acompañada o no de incontinencia^{7, 18, 19}.

5.1.3. Epidemiología:

La prevalencia de la IU varía mucho entre los diversos estudios, debido a los diferentes criterios de definición, la tasa de respuesta, la metodología, el tamaño de la muestra, el período de estudio, el tipo de incontinencia, los cuestionarios utilizados, etc.¹⁸⁻¹⁹. En la siguiente tabla se recogen algunas cifras de prevalencia de IU según diversos estudios.

Tabla 1. Prevalencia de la IU en mujeres de distintas edades según diversos estudios. Fuente:
Elaboración propia.

REFERENCIA	SEXO	EDAD	AÑO	PREVALENCIA
F.J. Brenes Bermúdez et al. ¹	Mujeres	- Todas las edades (España) - Mediana edad - Edad geriátrica - Población general española	2012	✓ 24% ✓ 30-40% ✓ 50% ✓ 15,8%
Guías EAU sobre Incontinencia Urinaria ²⁰	Mujeres	- Todas las edades - Incidencia anual - Tasa de remisión completa	2011	✓ 5-69% ✓ 2-11% ✓ 0-3%
ICS (International Continence Society) ⁴	Mujeres	- Mediana edad y edad avanzada	2012	✓ 30-60%

Grupo Cooperativo EPPIC ²¹	Mujeres (España)	- <45 años - 45-54 años - 55-64 años - Total - >65 años institucionalizados	2009	✓ 4,99% ✓ 7,92% ✓ 11,73% ✓ 7,25% ✓ 50,21%
Informe ONI (Observatorio Nacional de la Incontinencia) ²²	Mujeres (España)	- Todas las edades	2009	✓ 24%

5.1.4. Factores de riesgo de incontinencia urinaria en las mujeres:

- ✓ *Sexo*: la frecuencia de IU en mujeres es el doble que en hombres²⁰.
- ✓ *Edad*: es uno de los factores de riesgo más influyentes ya que con la edad disminuye el volumen de músculo estriado, la vascularización y el tejido conectivo⁵. Aunque es verdad que la sufren mujeres de todas las edades, la frecuencia aumenta con los años^{4, 17, 19, 23,24}, alcanzando su máxima frecuencia entre los 50-60 años^{18, 25, 26}, para estabilizarse después en torno a los 70 años, con un aumento sostenido después de esta década²⁶.
- ✓ *Genética*: existen estudios que demuestran que puede haber disposición genética para la IUE y la IUU¹⁸.
- ✓ *Antecedentes familiares⁴ y personales (enuresis infantil)¹*.
- ✓ *Enfermedades*: especialmente patologías neurológicas (Parkinson, ACV, esclerosis múltiple...)^{1, 18, 19, 23, 24}; enfermedades que ocasionan una disminución de la movilidad, cardiopatías, estreñimiento crónico⁴, colon irritable, malformaciones pélvicas, HTA, etc.¹⁸⁻¹⁹. En cuanto al deterioro de la función cognitiva, algunos estudios lo determinan como un factor de riesgo propio de la edad¹⁸, sin embargo la *Guía EAU sobre Incontinencia Urinaria*²⁰ expone que no es en sí un factor de riesgo de IU, pero la incrementa debido a la incapacidad y déficit de autocuidados que provoca.
- ✓ *Tratamientos farmacológicos*: que pueden afectar a la actividad de continencia normal (ANEXO 1)^{9, 16, 18, 19, 24}.

✓ *Factores obstétricos/ginecológicos:*

- *Embarazo:* todos los estudios consultados están de acuerdo en que es un importante factor de riesgo en sí mismo.
- *Parto vaginal o instrumental:* es uno de los principales factores de riesgo de IU⁴,^{18, 19, 20, 24}, ya que supone una lesión de los tejidos pelvianos⁵. También las episiotomías y los desgarros se consideran factores de riesgo⁴, al contrario que las cesáreas y la anestesia epidural, ambos considerados factores protectores⁴.
- *Feto macrosómico:* un feto de gran tamaño ocasiona mayor daño a los músculos del suelo pélvico^{1,5}.

Estos son factores de riesgo importantes aunque su impacto disminuye con la edad:

- *Histerectomía y cirugía ginecológica o abdominal*^{1, 20, 23}, radiación de la zona pélvica¹⁸.
- *Tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos vía oral*^{1,20}.
- *Prolapso de órganos pélvicos (POP)*^{1, 18, 19}. En caso de existir, se tratarán prioritariamente a la IU.
- *Menopausia:* A pesar de que diversos estudios incluyen la menopausia como factor de riesgo^{18, 23}; ya que existe una elevada incidencia de esta patología entre mujeres postmenopáusicas, las *Guías EAU sobre Incontinencia Urinaria*²⁰ afirman que no es en sí un factor de riesgo, aunque parece lógico que exista una relación debido a los cambios fisiológicos y hormonales que ocasiona. Los estrógenos influyen en el sistema de sostén vesico-uretral y favorecen la secreción mucosa por parte de la pared interna de la uretra⁵. Está demostrado que existen receptores estrogénicos en vejiga, uretra, y en los músculos del suelo pélvico, por eso se cree que la terapia hormonal sustitutiva vía local a dosis bajas puede ser efectiva para disminuir los síntomas y revertir la atrofia genitourinaria, la oral por el contrario puede resultar perjudicial²⁰.
- ✓ *Obesidad:* existe una relación directa entre el índice de masa corporal y la posibilidad de desarrollar IU, esto hace del exceso de peso un importante factor modificable para evitarla^{1, 18, 24}.
- ✓ *Diabetes mellitus*^{1, 18, 23, 24}.
- ✓ *Hábitos de vida:* consumo excesivo de café, bebidas carbonatadas, teína, abuso del alcohol, esfuerzos físicos, etc¹⁸. El ejercicio físico también supone un esfuerzo para los músculos pélvicos y los debilita. Un estudio realizado en mujeres nulíparas con

edad media de 21 años reveló que un 62,8% de aquellas que practicaban deporte sufrían IUE, ya que un esfuerzo físico elevado causa un aumento de la presión intraabdominal y supone un desgaste para estos músculos²⁵. No hay que renunciar al ejercicio, porque es un hábito sano en todos los aspectos, pero hay que entrenar la musculatura del suelo pélvico como cualquier otro músculo del cuerpo.

- ✓ Tabaquismo, dieta, depresión, menopausia, deterioro cognitivo leve, infecciones del tracto urinario (ITU) o sedentarismo no están claramente establecidos como factores de riesgo independientes^{1,20}.

Tabla 2. Principales factores de riesgo en la IU: modificables y no modificables. Fuente: elaboración propia.

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES
Edad	Obesidad
Sexo	POP
Embarazos y partos anteriores	Enfermedades concomitantes (HTA, diabetes...)
Histerectomía y cirugía pélvica	Estreñimiento
Menopausia	Consumo de fármacos
Genética	Hábitos de vida

5.1.5. Diagnóstico de la incontinencia urinaria:

El objetivo del diagnóstico clínico es determinar la presencia de IU, el tipo, los casos complicados que deberán derivarse al especialista y la gravedad en función de la afectación de la calidad de vida. Como en cualquier otra patología, el proceso diagnóstico seguirá unas fases básicas⁹:

- ✓ *Anamnesis e historia clínica*^{1, 10, 18, 19}: en busca de los principales factores de riesgo y *anamnesis dirigida* a la IU.
- ✓ *Examen físico*^{16, 18, 19}: incluye una exploración física general que valora el estado de salud global de la mujer y descarta la presencia de síntomas urinarios asociados, y una exploración neurológica, que observa la marcha y el estado mental. Se debe explorar la integridad de las raíces sensitivas y de las vías motoras, y finalmente, la exploración ginecológica, básica en la mujer.

- ✓ *Analítica*^{16, 18, 19}: que incluya urocultivo para descartar infección de orina y la hematuria, función renal (creatinina, urea, sodio, potasio y calcio) y glucemia basal.
- ✓ *Pruebas diagnósticas complementarias*¹⁸: se realizan para descartar residuo miccional, patología neurológica, presencia de tumores vesicales, masas pélvicas, hematuria o cistopatías. La prueba diagnóstica complementaria más utilizada es el estudio urodinámico, que estudia la función del trato urinario inferior durante la fase de llenado y de vaciado vesical y determina la etiología de la incontinencia.

5.1.6. Tratamiento de la incontinencia urinaria:

El tratamiento de la IU debe ser siempre consecuencia de una correcta evaluación inicial y dependerá del tipo de incontinencia del que se trate, por eso es importante determinar el diagnóstico claro y el tipo, así como la gravedad e impacto que tiene en la vida diaria de la mujer. Entre las opciones de tratamiento se pueden considerar:

1. *Tratamiento conservador*: Debe ser la primera opción terapéutica en la IU no complicada⁴, dado que es un método sencillo, eficaz y nada invasivo. Incluye las siguientes terapias: medidas higiénico-dietéticas, terapia conductual: reeducación vesical, y terapia de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico (ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, conos vaginales y bolas chinas, *biofeedback* y electroestimulación).
2. *Tratamiento farmacológico*: El tratamiento farmacológico suele aplicarse en casos de IU moderada o grave o como terapia complementaria al tratamiento conservador, que debe ser como ya se ha mencionado, la primera opción de tratamiento siempre que sea posible. Se pueden diferenciar 2 grupos principales de fármacos para el tratamiento de la IU, aunque existen muchos más:
 - **Anticolinérgicos**: Inhiben las contracciones involuntarias, disminuyen la actividad del detrusor y aumentan la capacidad vesical^{9, 16, 18}.
 - **Alfa-adrenérgicos**: Incrementan la máxima presión uretral de cierre, aumentando la resistencia de la uretra^{9, 16, 18}.

En la Tabla 3 se resumen los distintos grupos de fármacos según su acción:

Tabla 3. Objetivos terapéuticos. Fuente: Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria, 2007

	DISMINUCIÓN DE LA CONTRACTILIDAD	AUMENTO DE LA CONTRACTILIDAD
Detrusor	Anticolinérgicos beta-estimulantes (Oxibutinina, Tolterodina, Solifenacina)	Colinérgicos
Cuello vesical	Alfa-bloqueantes (Doxazosina, Tamsulosina, Prazosina)	Beta-bloqueantes y alfa-estimulantes
Esfínter externo	Relajantes del músculo estriado (Diazepam, Tetracepam, Baclofeno)	Estimulantes del músculo estriado (Duloxetina)

3. Tratamiento quirúrgico:

Es la opción más agresiva y debe utilizarse en los casos que no mejoran con el tratamiento conservador o en aquellos en los que va a resultar la solución más eficaz.

4. Tratamiento paliativo:

Debe ser la última opción para la IU, solo en aquellos casos en que las otras opciones de tratamiento han fracasado o no están indicadas técnicas avanzadas más agresivas como la cirugía. Son soluciones paliativas ya que no van a solucionar ni mejorar la pérdida de orina, si no que solo van a contribuir a mantener a la mujer seca. Sin embargo ocasiona altos costes económicos. Por eso es tan importante la educación sanitaria de enfermería, que debe ofrecer alternativas eficaces, que por una parte conseguirán alcanzar el objetivo principal que es mejorar la calidad de vida de la paciente, y por otro reducirá considerablemente los costes sanitarios destinados a medidas paliativas. Los dispositivos más utilizados son los absorbentes, ya que son sencillos de usar y nada invasivos⁹.

El algoritmo para el tratamiento inicial de la IU en mujeres se recoge en el ANEXO 2²⁰.

5.1.7. Abordaje desde Atención Primaria:

La Atención Primaria es el primer nivel de asistencia sanitaria y por lo tanto la prevención de la IU y la valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de mujeres con incontinencia puede y debe empezar en este punto, ya que la mayoría de las

pacientes con IU leve o moderada son susceptibles de tratamiento en atención primaria¹. Además, debido a su altísima frecuencia, es imposible derivar todos los casos al especialista, por lo que sería lo ideal detectar la IU y sus posibles causas antes de derivar a la paciente a nivel superior o a terapias invasivas. Los criterios de derivación al especialista se enumeran en el ANEXO 3^{1, 9, 18, 19}.

5.1.8. Prevención y abordaje enfermero de la incontinencia urinaria en la mujer:

El profesional de enfermería tiene un papel básico en el manejo de la IU femenina y en la prevención de la misma, que es el aspecto que hay que potenciar, ya que en la mayoría de los casos se pasa por alto o solo se toman medidas cuando ya existen las pérdidas. La atención en la IU femenina es interdisciplinar, ya que requiere la atención tanto del médico de atención primaria, como de enfermería, atención especializada (urólogos y ginecólogos), matrona y fisioterapeuta²⁷. Todos ellos como sanitarios tienen que dejar claro a la paciente que la IU es algo evitable y que tiene tratamiento²², ya que la mayoría de las mujeres que la sufren tienen un concepto equivocado y una falta de nociones básicas para enfrentarla.

Las estrategias de enfermería en la IU femenina deben englobar información, formación, prevención, educación, rehabilitación y atención continuada. El primer paso para la prevención de la IU es la educación para la salud, que se enfocará sobre todo a los siguientes colectivos²⁷:

- 1) La mujer embarazada
- 2) La mujer en el postparto
- 3) La mujer perimenopáusica
- 4) Adolescentes y mujeres jóvenes, para prevenir su aparición lo antes posible.

Es aconsejable realizar un cribado de IU, al menos una vez en la vida en mujeres asintomáticas mayores de 40 años y una vez al año en caso de tener factores de riesgo. También es importante realizar una valoración de enfermería completa a las mujeres con factores de riesgo de IU o a aquellas que se quejan de pérdidas de orina. En este proceso es muy importante la confianza y la seguridad que se le da a la mujer, dado que es un tema que a menudo las resulta vergonzoso. Para la valoración enfermera se utilizan los siguientes métodos:

1. *Anamnesis e historia clínica*⁹⁻¹⁰: se revisará la presencia de factores de riesgo de IU, antecedentes o hábitos de vida perjudiciales, especialmente:

- ✓ Edad.
- ✓ Índice de masa corporal (IMC).
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Historia ginecológica y factores obstétricos: embarazos, partos vaginales, número de hijos, episiotomías, histerectomías, etc.
- ✓ Presencia de menopausia.
- ✓ Patologías anteriores o actuales, especialmente enfermedades neurológicas, hipertensión arterial o Diabetes Mellitus, infección urinaria, tumores vesicales...
- ✓ Tratamientos farmacológicos que puedan provocar incontinencia e intervenciones quirúrgicas, sobre todo abdominales, ginecológicas o neurológicas.

Además, es importante hacer una anamnesis dirigida, en la que se comprueba si ha tenido escapes de orina, en qué circunstancias aparecieron, cuánto tiempo hace que las tiene, en qué situaciones se desencadenan (esfuerzo, sueño, deporte...), y en la que se aborde la frecuencia y severidad de las pérdidas⁹⁻¹⁰. Existen test de aproximación al diagnóstico enfermero para la IUE (ANEXO 4)¹⁰ y la IUU (ANEXO 5)¹⁰. Para determinar la verdadera gravedad de la IU, hay que comprobar el impacto que está teniendo en la calidad de vida de la mujer^{1, 19}. Para valorar este aspecto existen cuestionarios validados^{1, 9, 18, 19} sobre el tipo de IU, como el cuestionario IU-4 (ANEXO 6)⁹, sobre calidad de vida en IU, como el *King's Health Questionnaire* (KHQ) (ANEXO 7)²², o ambos integrados en uno como el *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF) (ANEXO 8)²⁸.

2. *Exploración física*^{9, 10, 16, 18, 19}: la exploración ginecológica es básica en las mujeres. Se realiza con una palpación bimanual y con el espéculo vaginal. Se valora si existen prolapsos o celes, que son causas frecuentes de IU; evalúa la contractilidad de los músculos del suelo pélvico y descarta la presencia de globo vesical o masas pélvicas. Para comprobar la fuerza de contracción de los músculos pélvicos se utiliza la escala de Oxford modificada (ANEXO 9)²⁸.

3. *Test de provocación*¹⁰: Evalúa la pérdida de orina al toser, con la vejiga llena, en tres posiciones (decúbito supino, decúbito lateral y bipedestación). En caso de IUE,

la pérdida es inmediata y en caso de IUU será más intensa en bipedestación y con un pequeño intervalo entre la tos y el escape de orina.

4. *Prueba de Bonney-Kead-Marchetti*¹⁰: Consiste en elevar con los dedos en la vagina el cuello vesical, que se encuentra detrás, y se repite el test de provocación. Si no hay pérdida de orina, el test se considera positivo.
5. *Catéter vesical*¹⁰: Se puede realizar un sondaje vesical 5-10 minutos después de orinar, para comprobar el volumen residual que queda en la vejiga. Se considera normal en torno a 50ml. Cifras superiores a 100-200ml. o el 20% del volumen miccional, son patológicas¹⁹.
6. *Diario miccional*¹⁰, (ANEXO 10)²²: Es una herramienta muy útil, ya que refleja la relación entre ingesta y pérdida de líquidos, la frecuencia miccional, volumen de micción, número de episodios de incontinencia, circunstancias en que se sufren las pérdidas, y en su caso, que protección usa y cada cuánto se cambia¹⁸. Esto se hace entre 2 y 7 días en periodos de 24h.^{1, 19}. Los profesionales enfermeros pueden seguir la evolución de la patología y la respuesta al tratamiento mediante este sistema.
7. *Pad test*^{22, 29}: Cuantifica las pérdidas de orina. Se basa en pesar las compresas antes y después de su uso. Hay test de corta duración (1h.) o de larga duración (24h.). Aunque no existe un consenso para determinar la gravedad de las pérdidas con este sistema, sí que se han comprobado coincidencias entre el *pad-test* y *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)*, orientado a detectar los tres tipos de IU y la valoración de la calidad de vida²⁸.

Por lo tanto, las estrategias de prevención y abordaje de la IU desde la consulta de enfermería incluirán: atención individualizada y personalizada, una evaluación inicial general y específica, participación activa de las pacientes, valoración de los factores de riesgo, modificación de hábitos de vida, terapias comportamentales, promoción de hábitos de reeducación vesical, fisioterapia del suelo pélvico, y como pilar básico, la educación para la salud. El objetivo final será mejorar la calidad de vida de las mujeres con IU en el grado que sea posible. Como profesionales de enfermería, nos centraremos en el tratamiento conservador, fundamentado en el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico. Este debe ser ofrecido como método de prevención de la IU y como tratamiento de primera línea, debido a que ha remitido tasas del 70% de éxito a corto plazo¹⁹. Para eso, es necesario hacer hincapié en los siguientes aspectos:

➤ **Anatomía y función del suelo pélvico:**

El suelo de la pelvis es fundamental para mantener la continencia, ya que se compone de músculos que soportan todo el peso de los órganos pélvicos en bipedestación y sufren muchos esfuerzos a lo largo de la vida de una mujer. El suelo pélvico es una estructura formada por músculos y ligamentos que se extiende desde el coxis hasta la pelvis. Tiene forma romboide y está limitado por el arco púbico, las tuberosidades isquiáticas y los ligamentos sacrociáticos mayor y menor. Los músculos del suelo pélvico se disponen en 3 planos ^{11, 12, 30}:

1. *Plano profundo*: el diafragma pélvico, se localiza sobre los músculos superficiales hasta el cóccix. Es la parte más importante del periné, ya que se encarga de la continencia, da soporte a la vagina y al útero y sujeta la cabeza fetal. Está compuesto por:

- **Elevador del ano**, formado a su vez por los siguientes músculos:
 - **Pubococcígeo**, principal músculo del suelo de la pelvis. Va desde el hueso del pubis hasta es cóccix, formando una hamaca que sustenta la cavidad pélvica.
 - **Puborrectal**: rodea la parte posterior de la curvatura perineal del recto.
 - **Iliococcígeo**: situado por detrás del puborrectal.
 - **Músculo isquiococcígeo**: situado detrás del elevador del ano. Va desde la espina ciática hasta el lateral del sacro y del cóccix.

2. *Plano medio*:

- **Transverso profundo** del periné: sus fibras rodean la vagina y la uretra formando el **esfínter externo de la uretra** (músculo estriado).
- **Transverso superficial** del periné: soporte de la parte central del periné.

3. *Plano superficial*: es la cavidad que se extiende dese el pubis hasta el cóccix, por debajo de la parte anterior de los músculos elevadores del ano. Su función es de soporte de uretra, vagina y esfínteres. Está formado por los músculos:

- **Bulvocavernoso**: sale del perineo, rodea vagina y uretra hasta el cuerpo cavernoso del clítoris.
- **Isquiocavernoso**: se extiende desde la tuberosidad isquiática al cuerpo cavernoso del clítoris. Es el músculo más superficial de este plano.
- **Esfínter anal estriado**: responsable de la continencia fecal.

- **Esfínter membranoso de la uretra:** responsable de la continencia urinaria.

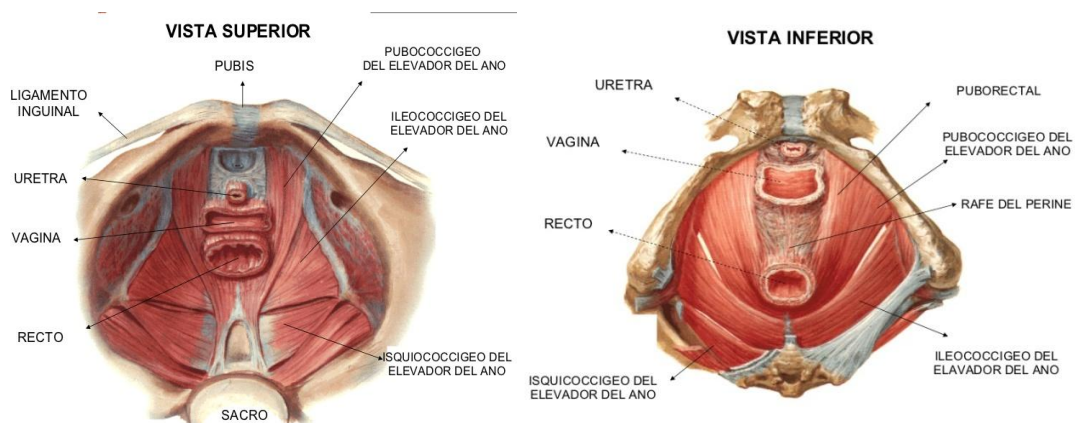


Figura 4. Diafragma pélvico femenino: Vista superior y vista inferior. Fuente: Atlas de anatomía humana Netter, 2011

La función principal de los músculos del suelo pélvico es la de servir de sostén a los órganos pélvicos, respondiendo a los cambios de presión intraabdominal y sujetando las vísceras en contra de la gravedad. Vagina y uretra atraviesan el suelo pélvico en la mujer. También tienen una función esfinteriana, con la consecuente importancia que tiene esto en la continencia urinaria y fecal. Además, el perineo tiene una importante función sexual y en el parto. Por todo esto es fundamental fortalecer los músculos del suelo pélvico como cualquier otro músculo del cuerpo, ya que de su integridad y buen tono dependerá la correcta función del tracto urinario y la continencia urinaria.

- **Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico: Ejercicios de Kegel:**

Los ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico fueron desarrollados por Arnold Kegel en 1948³⁰ y deben ofrecerse como tratamiento de primera línea en la IUE, IUU e IUM. Es muy importante que las pacientes conozcan estos ejercicios, ya que son sencillos, baratos, y nada invasivos, y se ha demostrado su eficacia en diversos estudios con porcentajes de éxito del 56-75%^{4, 31}. Únicamente requieren una correcta educación e información para que se realicen de forma adecuada y sean realmente efectivos. Es básica la función de la enfermera de educar a la paciente sobre la importancia de esta técnica y sobre cómo realizarlos correctamente. Esta es la fase de **fase de información**^{9, 30}. Hay que explicar a la paciente los beneficios de los ejercicios de Kegel, que ayudan a prevenir y disminuir la incontinencia, y además evitan el

prolapso de órganos pélvicos y facilitan el trabajo de parto, permitiendo que el suelo pélvico se encuentre en estado óptimo después del embarazo y el parto³². Conociendo estos beneficios, se conseguirá mayor adherencia al tratamiento. Después, se ayudará a la mujer a identificar los músculos del suelo pélvico antes mencionados y especialmente el músculo pubococcígeo -que es el principal músculo de la pelvis- en la **fase de identificación**^{9, 29, 30}. Para ello, se le enseñará a la mujer como puede identificar dicho músculo^{10, 30}. Finalmente, se explica a la paciente cómo realizar los ejercicios de Kegel en la **fase de terapia activa**^{9, 30}. El ejercicio consistirá en alternar una serie de contracciones lentas, rápidas y contra resistencia. Una vez conseguido que la paciente realice correctamente los ejercicios, será tan importante como esto conseguir el mantenimiento del entrenamiento. En la **fase de mantenimiento** se mantendrá la pauta de ejercicios posteriormente^{9, 16, 30}. Todo este proceso se recoge en el tríptico final sobre entrenamiento del suelo pélvico.

➤ **Reeducación vesical:**

Consiste en modificar la conducta vesical de las mujeres para que recuperen o mantengan el control voluntario de la micción, aumentando el tiempo entre micción y micción, el volumen de orina que soporta la vejiga y evitando la sensación de urgencia cuando la vejiga se contrae innecesariamente. Este proceso lleva bastante tiempo, como todo aquel en el que hay que modificar conductas, de ahí la función motivadora de la enfermera. Debe ser un tratamiento de primera línea en la IUU, porque tiene importantes beneficios y no produce efectos secundarios. En la IUE y la IUM, se puede utilizar en combinación con los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Como afirma Juarranz Sanz (2002)¹⁶, “El éxito de esta terapia varía entre un 75 y un 90% de curaciones o una mejoría notable”. Algunas pautas que la enfermera puede dar a las pacientes para la reeducación vesical son^{30, 33, 34, 35}:

- ✓ **Vaciamiento programado:** se aumenta progresivamente el tiempo entre micción y micción, aunque alguna de las veces no sienta ganas de ir al baño. Puede comenzar con 1h. e ir prolongando 15-30 minutos la siguiente micción; hasta alcanzar un tiempo de 2-3h. Así, se educa a la vejiga para que aguante un tiempo normal y soporte una cantidad de orina adecuada.
- ✓ **Evitar ir al baño por si acaso** cuando realmente no se necesita o cuando ha ido hace poco rato. Esto altera los hábitos de la vejiga.
- ✓ Rellenar el **diario miccional**.

- ✓ Hacer **presión en la región perineal** cuando aparecen las ganas de orinar, por ejemplo cruzando las piernas, contraer los músculos del suelo pélvico, inclinarse hacia delante, etc. No hay que correr al baño porque el movimiento brusco va a provocar la salida de la orina.
 - ✓ **Vaciar la vejiga por completo** cada vez que se va al baño.
 - ✓ **Adecuar el inodoro y uso correcto del mismo** (ANEXO 11)³⁶
- **Conos vaginales y bolas chinas**^{16, 34}:

Otra opción que hay que ofrecer como parte de la fisioterapia de los músculos del suelo pélvico son los conos vaginales y las bolas chinas. Son 2 métodos muy sencillos y prácticos ya que permiten a las mujeres ejercitar el suelo pélvico en su propia casa, una vez que tienen controlados los ejercicios de Kegel. Los conos vaginales con conos de 5cm. de largo y 2cm. de diámetro, pero con distintos pesos (5-70gr.), que las mujeres deben introducirse en la vagina como un tampón, y cuentan con un hilo en su parte más distal para extraerlas. Así, los conos tenderán a caerse por gravedad, por lo que las pacientes deberán contraer los músculos del suelo pélvico para que no se salgan. Se recomienda empezar con los conos de menor peso e ir aumentándolo progresivamente. Se debe aconsejar a las mujeres que los utilicen durante 15 minutos, 2 veces al día en deambulación, y a ser posible durante las actividades cotidianas, incorporándolos en situaciones de esfuerzo y posiciones varias, pero nunca sentadas. Debe ofrecerse esta opción en la IUE, IUM y en la rehabilitación del suelo pélvico postparto, en aquellas mujeres preparadas para utilizarlos, pero también son complementarios a los ejercicios de Kegel.

Las bolas chinas por su parte, son muy similares a los conos vaginales. Consisten en 2 bolas unidas entre sí por un cordel, con una bolita más pequeña en su interior. Se introducen ambas en la cavidad vaginal y se utilizan siempre al caminar, ya que la vibración que hace la bolita de su interior con el movimiento estimula los músculos de la pared vaginal y aumenta el riego sanguíneo de la zona. Es suficiente con 10 minutos de uso. La diferencia con los conos vaginales es que las bolas chinas producen una contracción involuntaria por la vibración de la bola que tienen en el interior, mientras que los conos estimulan la contracción voluntaria de los músculos para evitar que se salgan.

Existe un dispositivo nuevo para ejercitar los músculos del suelo pélvico, que es el Epi-no. Se utiliza sobre todo en la preparación al parto y en el postparto para fortalecer el suelo pélvico y además ayuda en el momento del parto en la salida del feto por el canal vaginal. Consiste en un balón de silicona con una pera para inflarlo y un manómetro que mide la presión y hace la función de *biofeedback* para comprobar si se está haciendo bien el ejercicio. Se introducen tres cuartos del balón lubricado en la vagina y se contraen y relajan los músculos con el balón dentro durante 10 segundos. Este ejercicio se repite al menos 10 minutos. Después, se puede hinchar el balón lo que soporte cada mujer por un período de 10 minutos. Finalmente, se relajan los músculos y se va dejando salir el balón de la vagina³⁷.

➤ **Electroestimulación**^{9, 16, 18, 30, 33}:

Esta es una terapia que consiste en la estimulación pasiva de fibras nerviosas y musculares mediante electrodos superficiales o profundos. Los electrodos superficiales se colocan a nivel cutáneo, en vagina y ano, y los profundos o de aguja, se implantan en las raíces nerviosas. La estimulación eléctrica provoca la contracción del músculo a corto plazo y a largo plazo la tonificación. Es una técnica muy recomendable en disfunciones del suelo pélvico con un tono muscular demasiado deficitario para aplicar los ejercicios de Kegel o los conos vaginales. Se puede indicar tanto en IUE, como IUU e IUM.

➤ **Biofeedback**^{9, 16, 18, 30}:

La función de educación para la salud a las mujeres sobre la prevención y tratamiento del la IU es una función básica de la enfermera²⁷. Además existe el *biofeedback*, que sirve de refuerzo positivo para la realización correcta de los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico. Con este método nos aseguramos de que los ejercicios se están haciendo bien, ya que permite monitorizar su función. Consta de un equipo que detecta la señal fisiológica que emite la mujer durante el ejercicio, la amplifica, la procesa y la convierte en una señal que se transmite a la paciente, permitiéndola utilizar los músculos correctos. Se puede utilizar un perineómetro, que mediante un manómetro mide la presión intravesical mientras se hacen los ejercicios o la electromiografía-*biofeedback*, en el cual a través de electrodos de superficie (vaginales o anales) registran la presión de dichos músculos. Este último ha demostrado gran eficacia en la IUE e

IUM, con datos del 54-72% de remisión de episodios de IU y tasas de curación/mejoría del 61-91%³⁸.

Estas técnicas pueden utilizarse conjuntamente con los ejercicios de Kegel para potenciar su efecto beneficioso. La decisión sobre qué técnica es preferible en cada caso dependerá del paciente, el tipo de incontinencia, estado del periné, capacidad de aprendizaje, motivación, perseverancia en la realización de los ejercicios de mantenimiento; y debe avanzar siempre desde las medidas más sencillas e inocuas a las más agresivas, buscando siempre conseguir objetivos terapéuticos preestablecidos³⁰.

➤ **Hábitos de vida y factores de riesgo modificables:**

Otro papel importante de enfermería es educar en los factores de riesgo de IU en la mujer y los hábitos de vida que pueden perjudicar los músculos del suelo pélvico. Se llevarán a cabo estrategias de modificación de aquellos factores de riesgo que puedan cambiarse o evitarse. Es conveniente dar a las pacientes una serie de recomendaciones, tanto para la prevención como el tratamiento de la IU^{1, 9, 10, 16, 18, 19, 20, 22, 33}, que se recogen en el tríptico final.

Todos estos métodos requieren de una gran motivación por parte de la paciente, ya que no siempre son fáciles de llevar a cabo. La enfermera tiene un papel fundamental en este aspecto, consiguiendo mediante una formación e información adecuadas, que las mujeres entiendan que sí que hay solución para la IU y creando un clima de confianza e intimidad. Por lo tanto, la enfermería tiene su papel en la valoración, detección, abordaje y prevención de la IU en la mujer, pero tiene una función fundamental en la educación para la salud de las pacientes, así como en el trato personalizado, cercano e integral de cada mujer.

6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Este TFG puede ser una primera aproximación para conocer en profundidad las carencias y necesidades de las mujeres respecto a la incontinencia urinaria. Se propone una captación activa de los casos por estar infradiagnosticados, una intervención enfermera que supone un menor coste y mejores resultados. El TFG puede ser un primer paso para emprender futuras investigaciones sobre un tema tan amplio como es la incontinencia urinaria, dado que aún quedan aspectos por cubrir en esta revisión bibliográfica debido a la limitación de la extensión.

✓ Conclusiones :

1. La incidencia de la incontinencia urinaria en la mujer es muy elevada e infradiagnosticada con un impacto negativo en su calidad de vida.
2. Es un problema clínico muchas veces oculto, ya que muy poco porcentaje de pacientes buscan ayuda o consultan a los profesionales y el abordaje es escaso.
3. El tratamiento conservador tiene buenas tasas de éxito demostrado en la prevención, mejoría e incluso la curación de la incontinencia urinaria.
4. La función de enfermería en la prevención, valoración, tratamiento y seguimiento de las mujeres con incontinencia urinaria es básica.
5. La educación para la salud es el primer paso para formar e informar a las mujeres sobre cómo prevenir y abordar este problema, lo cual puede y debe hacerse por parte de los profesionales de enfermería, entre otros.

✓ Recomendaciones para la práctica:

1. Se deben realizar programas de educación para la salud para prevenir la incontinencia urinaria en grupos de población con factores de riesgo de desarrollarla.
2. El profesional enfermero debe valorar a las pacientes que acuden a su consulta para detectar el problema y si fuese preciso aplicar un tratamiento conservador.
3. Se propone mejorar la formación de los profesionales sanitarios para que puedan realizar un abordaje desde atención primaria que reportará un menor gasto sanitario y una mejor calidad de vida de las mujeres.
4. Se debe fomentar la aplicación del tratamiento conservador en la prevención y tratamiento de la IU.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Estaban Fuertes M., Fernández-Pro Ledesma A., Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. Elsevier España S.L. 2013 Enero; 39(4).
2. Mañá González M, Mesas Sáez A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. Enfermería clínica. 2002 Enero; 12(5).
3. Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2010 Septiembre; 45(5).
4. Aboitiz Cantalapiedra J, García Carrasco D. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. Elsevier España S.L. 2012 Febrero; 34(2).
5. Aguilera U, Fajardo V, Martínez-Gómez M, Quintana E, Rodríguez-Antolín J. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. Salud en Tabasco. 2009 Enero-abril; 15(1).
6. Chaves J, Gómez Pérez L, Martínez Agulló E, Pérez M, Rebollo P, Ruíz Cerdá JL, et al. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. Elsevier España S.L. 2010 Marzo; 34(3).
7. Arlandis S, Chaves J, Martínez-Agulló E, Pérez M, Rebollo P, Ruíz Cerdá JL, et al. Análisis del síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en mujeres laboralmente activas entre 25-64 años. Estudio EPICC. Elsevier España S.L. 2010 Abril; 34(7).
8. Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria. Implantación de un programa en incontinencia urinaria en un centro de salud. Ate Primaria. 2003; 31(7).
9. Conejero Olesti A, Gimeno Argente V, Martínez Agulló E, Such Andrés T, Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J. Atención primaria de calidad: Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria. Primera edición ed. Madrid: IM&C S.A.; 2007.
10. Baena Parejo MI, Fernández Oropesa C, Iglesias Regidor J, Izquierdo Carrasco JM, Lara Villegas A, Martín Leal MJ, et al. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Segunda ed. ASANEC. Granada; 2004.
11. L. Drake R, Wayne Voel A, W.M. Mitchell A. Anatomía para estudiantes. Segunda edición ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.
12. Nguyen SH. Manual de anatomía y fisiología humana. Tercera edición ed. S.L. DAdE, editor. Madrid; 2007.
13. A. Thibodeau G, T. Patton K. Anatomía y fisiología. Octava edición ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
14. N. Marieb E. Anatomía y fisiología humana. Novena edición ed. Romo MM, editor. Madrid: Pearson Educación S.A.; 2008.
15. Derrickson B, J. Tortora G. Principios de anatomía y fisiología. Decimotercera edición ed. México D.F.: Editorial Médica Panamericana; 2003.

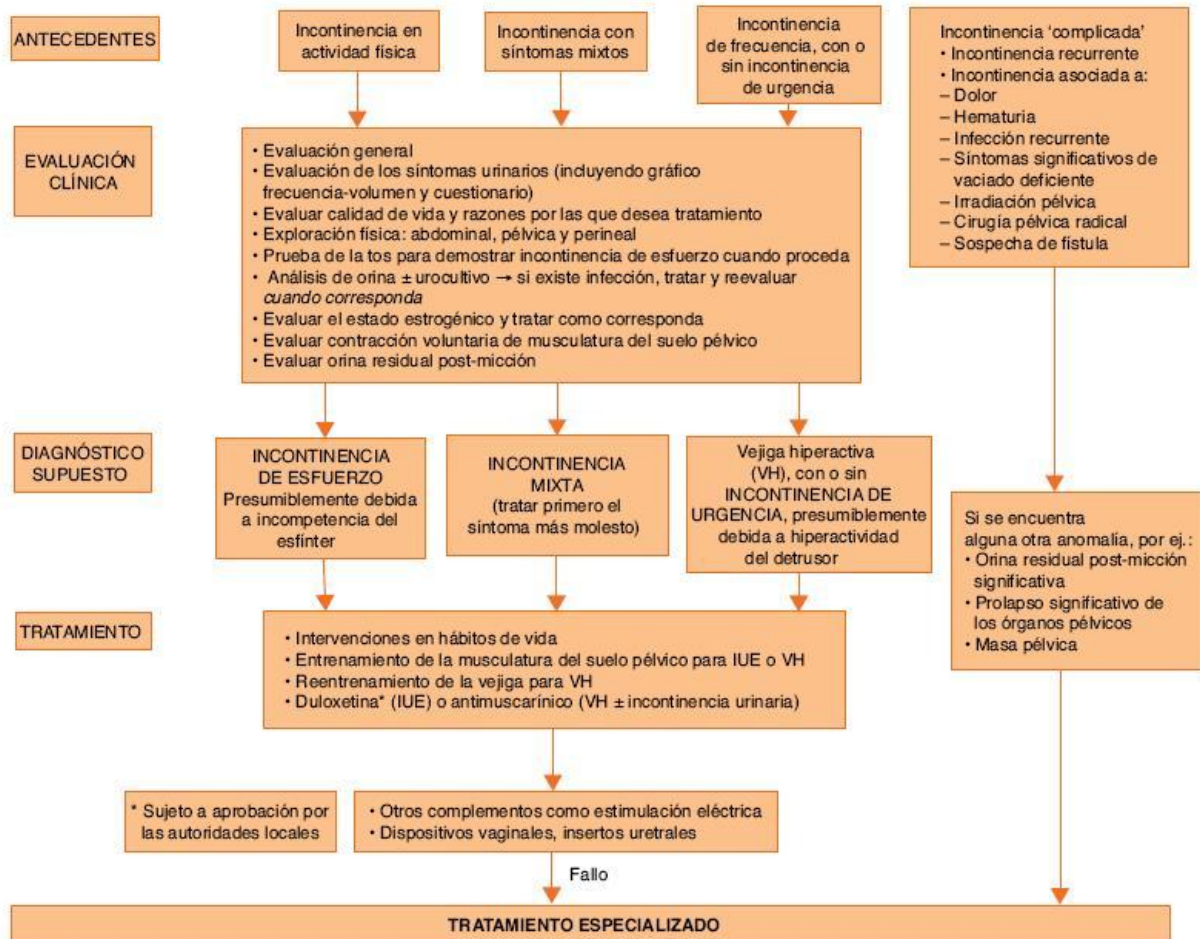
16. Calvo Alcántara MJ, Juarranz Sanz M, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Terrón Barbosa R, Villamor Borrego M. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria*. 2002 Septiembre; 30(5).
17. González López-Arza MV, González Sánchez B, Rodríguez Mansilla J, de Toro García A. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2014 Septiembre; 37(3).
18. Bustamante Alarma S, Carballido Rodríguez J, Rodríguez Reina G, Vázquez Alba D. Incontinencia urinaria. *Medicine*. 2011; 10(83).
19. Espuña Pons M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120(12).
20. Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Elsevier España S.L. 2011 Marzo; 35(7).
21. Arumi D, Delgado Oliva F, Gómez Pérez L, González-Segura Alsina D, Martínez Agulló E, Ramírez Backhaus M, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*. 2009; 33(2).
22. Cancelo MJ, Castaño R, Cuenllas A, Salinas J. Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). [Online].; 2009 [cited 2015 Abril 15. Available from: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/002_pro/index.html.
23. Alfaro González JV, Casas Aranda I, García-Giralda Ruíz L, Guirao Egea L, Guirao Sánchez L, Sánchez Pérez G. Trabajando la incontinencia urinaria en atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. *Archivos Españoles de Urología*. 2007; 60(6).
24. Artero-Muñoz JI, Caldentey-Isern E, Cuadra P, Isanta-Pomar C, Orna-Esteban MI, Usieto-López L. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. Elsevier España S.L. 2011 Mayo; 7(37).
25. Cabrera Guerra M. La incontinencia urinaria en la mujer deportista de élite. *Revista Iberoam Fisioter Kinesol*. 2006 Octubre; 9(2).
26. Abreu Pérez Y, Díaz Acosta D, García Delgado JÁ, Martínez Torres JC, Pérez Coronel P, Rodríguez Adams EM, et al. Evaluación del efecto de la magnetoterapia, la electroterapia y los ejercicios del suelo pélvico como tratamiento rehabilitador en la incontinencia urinaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2009; 8(1).
27. Quintanilla Sanz A. Enfermería y continencia. Una reflexión. *ENFURO*. 2008. Julio/Agosto/Septiembre;(107).
28. García Bascones M, García Serrano G, López Zarzuela MC, Puentes Gutiérrez AB, Puentes Gutiérrez R, Rubio Hidalgo E. Mejoría de la calidad de vida en mujeres con incontinencia tras el tratamiento rehabilitador. ¿Existe relación entre el ICIQ-SF y el pad test? Elsevier España S.L. y SERMEF. 2012 Enero; 46(2).
29. Milla Espuña FJ. Protocolo de reeducación vesical en incontinencia urinaria. *ENFURO*. 2007 Abril/Mayo/Junio;(102).
30. Carballo Moreno N, García Martín AI, González Lluva C, Medina Varela M, Morales de los Ríos Luna P, del Olmo Cañas P. Reeducación del suelo pélvico. *ENFURO*. 2005 Abril/Mayo/Junio;(94).

31. Driusso P, Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Tahara N. Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico en la calidad de vida de un grupo de mujeres con incontinencia urinaria: estudio aleatorizado controlado. *Actas Urológicas Españolas*. 2012; 36(4).
32. Crianza Natural. [Online]. [cited 2015 Abril 9. Available from: <http://www.crianzanatural.com/art/art32.html>].
33. Abrams P, Adersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, et al. European Association of Urology. [Online].; 2010 [cited 2015 Febrero 17. Available from: <http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinaria.pdf>].
34. Bordóns Ruíz M, Calleja Herrera ML, Contreras Fernández E, Gámez Gutiérrez D, Gómez Vidal L, Granados Alba A, et al. Guía de atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. Tercera edición ed. Morilla Herrero JC, editor. Granada: ASANEC; 2007.
35. Uroginecología Aid. IUGA (International Urogynecological Association). [Online].; 2011 [cited 2015 Abril 10. Available from: http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/brochures/spa_btraining.pdf].
36. Gracia Roig C. MAMIS Y NIÑOS: consejos de tu pediatra y tu matrona. [Online].; [cited 2015 Mayo 6. Available from: http://arturoeyries.blogspot.com.es/2014/12/nos-sentamos-correctamente-cuando-vamos_10.html].
37. Promaternity. [Online]. [cited 2015 Abril 13. Available from: http://www.promaternity.com/pdf_downloads/ManualDP.pdf].
38. Ciprián Nieto D, Fernández Cuadros ME, Geanini Yágüez A, Lorenzo Gómez MF, Nieto Blasco J, Oliveros Escudero B. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Elsevier España S.L. y SERMEF. 2013 Septiembre.

8. ANEXOS**ANEXO 1: Fármacos y otras sustancias que pueden provocar IU**

Tipo de sustancia	Mecanismo y síntomas de IU que puede desencadenar
Antidepresivos	Disminuyen la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Diuréticos	Contracciones por diuresis aumentada: IUU, vejiga hiperactiva
Sedantes e hipnóticos	Depresión central: IUU, vejiga hiperactiva
Antipsicóticos	Disminuyen la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Agonistas alfaadrenérgicos	Aumento del tono del esfínter: retención, IU por rebosamiento
Antagonistas alfaadrenérgicos	Relajación del esfínter: IUE
Agonistas betaadrenérgicos	Disminuyen la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Alcohol	Depresión central y efecto diurético: IUU, vejiga hiperactiva
Caféina	Contracciones: IUU, vejiga hiperactiva

ANEXO 2: Algoritmo de tratamiento inicial en la IU en mujeres



ANEXO 3: Criterios de derivación al especialista

1. Síntomas graves (infección de orina, hematuria)
2. Gran limitación de la calidad de vida.
3. IU recurrente o total.
4. IU asociada a: dolor vesical, hematuria, masa pélvica, vejiga palpable tras la micción, retención aguda de orina, incontinencia fecal, sospecha de fístula urogenital o intestinal, tenesmo vesical, polaquiuria, residuo vesical anormal (>200ml.), enfermedad neurológica, antecedentes de radiación pélvica o cirugía pélvica.
5. Prolapso de órganos pélvicos sintomático y visible bajo en introito vaginal.
6. IU no clasificada, diagnóstico incierto o dificultad de tratamiento.
7. Incontinencia urinaria mixta (hay que determinar si el componente predominante es el esfuerzo o la urgencia).
8. Indicación de tratamiento quirúrgico.
9. Incremento de los síntomas o aparición de otros nuevos.
10. Ausencia de respuesta al tratamiento conservador (después de 3 meses).

ANEXO 4: Aproximación al diagnóstico de IU de esfuerzo en la mujer

a.- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital? Si / No.

b.- ¿Al subir o bajar escalera se le escapa la orina? Si / No.

c.- ¿Cuando ríe se le escapa la orina? Si / No.

d.- ¿Si estornuda se le escapa la orina? Si / No.

e.- ¿Al toser se le escapa la orina? Si / No.

La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas, tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia de esfuerzo del 77,2 %.

ANEXO 5: Aproximación al diagnóstico de IU de urgencia en la mujer

f.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina? Si / No.

g.- Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina? Si / No.

h.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo? Si / No.

i.- Cuando sale del ascensor, tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina? Si / No.

La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas, tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia de urgencia del 57,6 %.

ANEXO 6: Cuestionario IU-4 (Clasificación clínica de la IU)

1. ¿Se le escapa la orina cuando hace un esfuerzo físico*?
2. ¿Se le presentan bruscamente las ganas de orinar?
3. ¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al baño?
4. Por causas de los escapes de orina al presentarse bruscamente las ganas de orinar, ¿ha necesitado usar algún tipo de protección?

*Se entiende por esfuerzo físico subir o bajar escaleras, reír, toser, estornudar.

La primera pregunta identifica IUE. La segunda y tercera preguntas identifican IUU. Identificamos IUM si la respuesta es positiva a la pregunta 4 y ha sido positiva a la pregunta 1, y a la 2 ó la 3.

En hombres las preguntas 2 y 3 pueden ser orientativas para sospechar urgencia por inestabilidad del detrusor. Para el diagnóstico de IU secundaria a obstrucción prostática habría que interrogar acerca de síntomas obstructivos.

ANEXO 7: Test de calidad de vida en IU: *King's Health Questionnaire* (KHQ)

Percepción del estado general de salud:

- ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

(Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo)

- ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

(En absoluto Un poco Moderadamente Mucho)

Limitación de la actividad de la vida diaria:

(No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho)

- Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej., limpiar, hacer la compra, etc.)?
- ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

Limitaciones físicas y sociales:

(No en absoluto Un poco Moderadamente Mucho)

- Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su capacidad para viajar?
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida social?
- Sus problemas urinarios ¿afectan limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

Relaciones personales:

(No procede No en absoluto Un poco Moderadamente Mucho)

- Sus problemas urinarios ¿afectan a su relación de pareja?
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida sexual?
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida familiar?

Emociones:

(No procede No en absoluto Un poco Moderadamente Mucho)

- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse deprimida?
- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse angustiada o nerviosa?
- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse mal consigo misma?

Energía/sueño:

(Nunca A veces A menudo Siempre)

- Sus problemas urinarios ¿afectan a su sueño?
- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse agotada o cansada?

Impacto:

(Nunca A veces A menudo Siempre)

- ¿Lleva compresas para mantenerse seca?
- ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?
- ¿Se cambia la ropa interior cuando está mojada?
- ¿Está preocupada por si huele?
- ¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios?

ANEXO 9: Escala de Oxford modificada

0: ausencia de contracción: ausencia de cualquier aumento de tono muscular.

1: Leve: indicios de contracción; no existe desplazamiento muscular pero sí aumento de tono.

2: Débil: contracción percibida con desplazamiento muscular, pero sostenida menos 5 segundos sin resistencia.

3: Moderada: contracción sostenida más de 5 segundos sin resistencia.

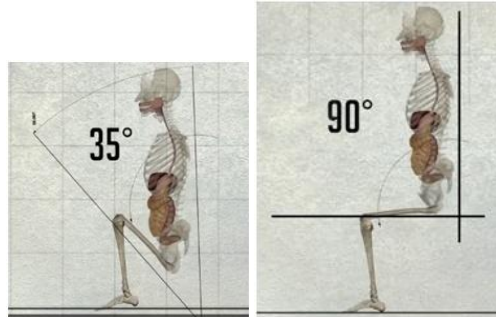
4: Buena: contracción de 5 segundos, con resistencia, repetida 5 veces.

5: Intensa: contracción de más de 5 segundos, con resistencia, repetida más de 5 segundos.

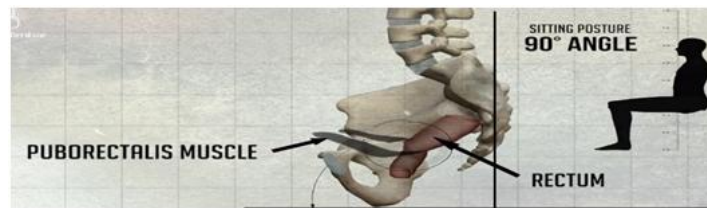
La valoración se puntúa de 0 a 5 puntos en función de si la respuesta es nula o máximas respectivamente.

ANEXO 11: Uso correcto del inodoro (basado en referencia 36).

- La posición correcta es el ángulo de 35° en cuclillas que el ser humano desarrolló al inicio, pero con la aparición de los inodoros se ha adquirido una angulación de 90°.



- Cuando se realiza la evacuación a 90° el músculo puborrectal está contraído, por lo que el ángulo ano-rectal disminuye y dificulta la salida de las heces, provocando un vaciado incompleto y forzando más los músculos del suelo pélvico.

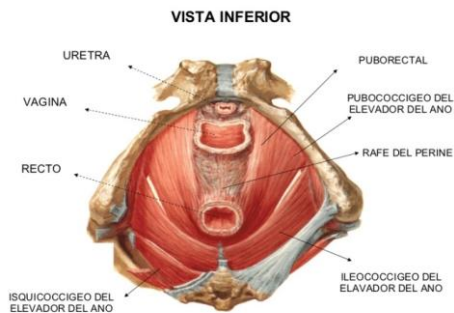


- Cuando se realiza una evacuación a 35°, la presión de los órganos sobre el colon aumenta, favoreciendo el peristaltismo, y el músculo puborrectal se relaja, haciendo que disminuya el ángulo ano-rectal y que las heces puedan salir sin dificultad. Además en esta posición las piernas presionan la válvula ileocecal, encargada de llevar las heces de intestino delgado a intestino grueso y que no queden restos en el fondo del apéndice, protege los nervios y músculos del suelo pélvico, no desplaza de su sitio a la vejiga ni al útero y evita hemorroides, estreñimiento y prolapsos.



El suelo pélvico es una estructura formada por músculos y ligamentos que se extiende desde el coxis hasta la pelvis y sirve de sostén a los órganos pélvicos, por eso es básico su fortalecimiento para prevenir la incontinencia urinaria. Para entrenar estos músculos

puedes realizar los ejercicios de Kegel. Para hacerlos correctamente tienes que tener en cuenta los siguientes consejos:



➤ Lo primero que debes hacer es identificar el músculo pubococcígeo, que es el músculo principal del suelo pélvico. Para eso, trata de retener la orina cuando estés en el baño, introduce un dedo en la vagina y aprieta los músculos alrededor u observa el periné en un espejo y comprueba cómo asciende, o cómo se cierra el introito vaginal durante la contracción. Así, identificas el músculo adecuado.



- Asegúrate de que no contraes los músculos abdominales o los glúteos, si no el ejercicio no será eficaz. Tampoco retengas la orina como rutina, solo para identificar el músculo pubococcígeo.
- Realiza contracciones lentas y mantenidas durante 5-10 segundos y descansa otros 10 segundos en series de 5 ó 10. Progresivamente, se va aumentando el tiempo de contracción y las repeticiones.
- Realiza contracciones rápidas de 2-4 segundos y 8 segundos de descanso en series de 5 ó 10. Después, alternalas con las contracciones lentas.
- Haz contracciones contra resistencia. Puedes introducir la palma de la mano en la vagina y contraer los músculos contra la mano. Prueba este ejercicio cuando tengas un nivel más avanzado en la realización de los ejercicios de Kegel.
- Realiza estos ejercicios 3 veces al día, durante al menos 10 minutos. Puedes ir aumentando el número de repeticiones progresivamente.
- Se aconseja al menos 5 repeticiones en 2 ó 3 series de cada una (30-45 contracciones diarias).
- Puedes hacerlos tumbada, sentada o de pies. Es recomendable que comiences tumbada con las piernas flexionadas y los pies apoyados en el suelo. Imagina que sujetas algo con los músculos de tu vagina o que



tratas de frenar la orina. Después, empieza a hacer esto sentada ligeramente inclinada hacia delante, con las piernas separadas y los brazos apoyados sobre las rodillas. Cuando tengas el ejercicio controlado,



incorpóralo a tus actividades cotidianas, por ejemplo mientras haces las tareas domésticas, al terminar de orinar o cuando realices esfuerzos físicos.

- Recuerda comenzar los ejercicios con la vejiga vacía y respira profundamente durante el ejercicio, sincronizando la relajación con la inhalación y la contracción con la exhalación.
- Es importante que descanses entre series para no sobrecargar el músculo.
- Mantén esta rutina de ejercicios al menos durante 3-6 meses para que los resultados sean eficaces, se requieren al menos 15-20 semanas para obtener beneficios considerables. Continúa ejercitando el suelo pélvico siempre que puedas, ya que la mejoría obtenida puede perderse en 10-20 semanas si se abandonan.



Otras recomendaciones que debes poner en práctica sobre tus hábitos de vida para evitar la incontinencia

urinaria son los siguientes:

- ✓ Es básico que mantengas hábitos dietéticos e higiénicos adecuados y elimines hábitos tóxicos.
- ✓ La ingesta de líquidos debe ser equilibrada (1000-1500ml.). Distribuye correctamente los líquidos a lo largo del día, consumiendo más durante la mañana y sin abusar antes de ir a dormir.
- ✓ La pérdida de peso contribuirá a reducir los síntomas en caso de sobrepeso, así que mantén una dieta adecuada y ejercicio físico.
- ✓ Si sufres estreñimiento habitualmente, añade fibra a la dieta, una ingesta de líquidos suficiente y camina.
- ✓ Reduce el consumo de bebidas irritantes para la vejiga o diuréticas; como café, bebidas carbonatadas, té, infusiones, alcohol...
- ✓ Intenta mantener un intervalo miccional de unas 2h. para educar a tu vejiga. Vacía completamente la vejiga cada vez que vas al baño.
- ✓ No olvides realizar los ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico.
- ✓ También puedes incorporar los conos vaginales o las bolas chinas para potenciar la eficacia de los ejercicios del suelo pélvico.
- ✓ Si tienes algún síntoma de incontinencia urinaria, no dudes en consultarlo con tu médico o tu enfermera, es algo que puede tratarse y evitarse.



Noelia Ruipérez Sacristán

INCONTINENCIA URINARIA

¿CÓMO PUEDES EVITARLA?

Estrategias de fortalecimiento del suelo pélvico para la prevención de la incontinencia urinaria en la mujer.

