



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**Cuidados de Enfermería en la
Incontinencia Urinaria. Factores de Riesgo.**

Revisión bibliográfica

Alumno/a: David Cosgaya Diez

Tutor/a: Julia García Iglesias

Junio, (2016)

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
○ Recuerdo anatomofisiológico del suelo pélvico	3
○ Prevalencia	4
○ Etiología de la incontinencia urinaria	4
○ Patologías relacionadas con la debilidad de la musculatura del suelo pélvico	5
○ Tipos de incontinencia urinaria	6
○ Factores de riesgo	7
○ Valoración clínica	9
○ Tratamiento para la incontinencia urinaria	9
3. OBJETIVOS	16
4. MATERIAL Y MÉTODOS	17
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	21
6. CONCLUSIONES	26
7. BIBLIOGRAFÍA	27

1. RESUMEN

Introducción

La incontinencia urinaria no supone un riesgo vital pero si altera la calidad de vida de los afectados y su autopercepción de salud, limitando su autonomía y disminuyendo su autoestima, llegando a producir pérdidas nocturnas, depresión, aislamiento social y disfunción sexual.

La incontinencia urinaria puede aparecer en varias circunstancias, con distintos grados de severidad y en diferentes etiologías, siendo más prevalente en la población adulta y dos veces más común en las mujeres.

Objetivo

Conocer las medidas de tratamiento conservador de la incontinencia urinaria y los factores de riesgo.

Material y métodos

Revisión bibliográfica.

Resultados y discusión

La incontinencia urinaria aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres que en hombres. El embarazo, el parto vaginal y el Índice de Masa Corporal elevado, constituyen los factores de riesgo desencadenantes de la mayor parte de las incontinencias urinarias en las mujeres. En los hombres, destacan los síntomas de las vías urinarias inferiores y la prostatectomía.

Existen recomendaciones basadas en la evidencia para el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, el feedback electromiográfico y los diferentes dispositivos intravaginales.

Conclusiones

El tratamiento conservador constituye la primera línea de tratamiento de la incontinencia urinaria y la mayor parte de las medidas para hacer frente a esta patología son labor de enfermería, que inicia la educación del paciente, tanto en medidas de prevención de la IU como en el mantenimiento de los ejercicios de fortalecimiento pélvico, consiguiendo así la mejora del autocuidado del paciente.

Palabras clave Incontinencia urinaria. Tratamiento conservador. Obesidad. Embarazo. Parto.

2. INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define la incontinencia urinaria como cualquier pérdida involuntaria de orina que puede suponer un problema social o higiénico¹, incluyendo una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Desde la perspectiva clínica, constituye un síntoma, un signo y una patología. El síntoma indica la manifestación del paciente (o de quien lo cuida) de la pérdida involuntaria de orina, el signo es la demostración objetiva de esa pérdida y la patología se trata del proceso fisiopatológico de base, como lo demuestran la clínica o las técnicas urodinámicas.²

Se encuentra tanto en personas sanas como asociada a algunas enfermedades y presenta una creciente tendencia ocasionada, en parte, por el envejecimiento de la población, llegándose a considerar un síndrome geriátrico.

La incontinencia urinaria no supone un riesgo vital pero si altera la calidad de vida de los afectados y su auto percepción de salud, limitando su autonomía y disminuyendo su autoestima, llegando a producir trastornos del sueño por la nicturia o las pérdidas nocturnas, depresión, aislamiento social y disfunción sexual.³

RECUERDO ANATOMOFISIOLÓGICO DEL SUELO PÉLVICO

Periné y suelo pélvico

El periné es el elemento de cierre inferior de la cavidad abdominoperineal, formado por un anillo óseo pélvico (huesos sacros y coxales) y una serie de ligamentos, aponeurosis y músculos, de los cuales el elevador del ano es el más importante.⁴

La musculatura perineal cuenta con un sinergismo con la musculatura de la pared abdominal, la cual está formada por: el recto del abdomen, el oblicuo externo, el oblicuo interno y el transversal del abdomen.

Funciones de los músculos del suelo pélvico:

- Dar soporte a las vísceras pélvicas.
- Participar en los mecanismos esfinterianos uretral y anal.

- Colaborar en determinados procesos relacionados con la sexualidad como por ejemplo el orgasmo.
- Intervenir en la progresión del feto durante el parto.

PREVALENCIA

La incontinencia urinaria puede aparecer en varias circunstancias, con distintos grados de severidad y en diferentes etiologías, siendo más prevalente en la población adulta y dos veces más común en las mujeres.

Las cifras de prevalencia pueden oscilar dependiendo de una serie de factores como son, las características de las muestras, el nivel asistencial estudiado, la colección de los datos, el concepto de incontinencia y la duración del estudio.

Se ha considerado que la enfermedad aparece entre un 10-15% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad y entre un 30-40% de los ingresos hospitalarios por un proceso agudo. La mayor prevalencia, 50-60%, la alcanzan los pacientes institucionalizados.⁵

ETIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Entre las causas de la incontinencia urinaria destacan unas de corta duración (transitorias o temporales) y otras más prolongadas en el tiempo (crónicas o establecidas).

- Causas transitorias o temporales:
 - Reposo en cama, por ejemplo, durante la recuperación de una cirugía.
 - Ciertos medicamentos (como diuréticos, antidepresivos, tranquilizantes, algunos remedios para la tos y los resfriados, y antihistamínicos).
 - Confusión mental, especialmente en los ancianos. El ingreso hospitalario por algún problema médico o quirúrgico agudo, puede ocasionar un “síndrome confusional agudo o delirium” que supone un cambio importante de la función mental y estado de conciencia del anciano.
 - Embarazo.
 - Infección o inflamación de próstata.
 - Estreñimiento y sus complicaciones (presencia de heces duras y voluminosas en el canal anal- “impactación fecal”).

- Inflamación o infección de las vías urinarias.
- Aumento de peso.
- Algunas descompensaciones médicas (diabetes mellitus, renal, cardíaca).
- Causas crónicas o establecidas:
 - Enfermedad de Alzheimer.
 - Cáncer de vejiga.
 - Espasmos vesicales.
 - Depresión.
 - Obstrucción a la salida de orina (problemas uretrales, prostáticos).
 - Afecciones neurológicas como esclerosis múltiple o accidente cerebrovascular.
 - Daño nervioso o muscular después de un tratamiento de radiación pélvica.
 - Prolapso pélvico en las mujeres: caída o deslizamiento de la vejiga, uretra o recto hacia el espacio vaginal. Esto puede ser provocado por el embarazo y parto.
 - Lesiones de la columna.
 - Hiperactividad del músculo de la vejiga (contracciones de la vejiga para expulsar la orina sin ser controladas por el sujeto).
 - Debilidad de los mecanismos esfinterianos.
 - Falta de contracción del músculo de la vejiga (“vejiga acontráctil”).^{6,7}

PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA DEBILIDAD DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO.

- INCONTINENCIA URINARIA (IU)
- PROLAPSOS: se trata del desprendimiento de los órganos urogenitales internos.

Existen tres tipos:

- Prolapso del útero.
- Prolapso de la vejiga (Cistocele).
- Prolapso del recto (Rectocele).

Son más frecuentes en el sexo femenino, sobretodo en personas mayores o después de un parto.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Incontinencia urinaria de esfuerzo

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal⁸, por ejemplo toser, estornudar, reír, correr, andar o coger objetos pesados.

Los factores de riesgo que favorecen su aparición son la obesidad, el tabaquismo, la debilidad congénita del tejido conectivo, los embarazos, los partos (si fueron instrumentales o prolongados), la edad, la menopausia y cirugía ginecológica previa.

Incontinencia urinaria de urgencia

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia; entendida como la aparición repentina y clara del deseo miccional, difícil de demorar y con miedo al escape.⁸

Tabla 1. Causas de incontinencia urinaria de urgencia ³	
Causas neurológicas	Causas no neurológicas
<ul style="list-style-type: none">- Demencia- Diabetes- Esclerosis Múltiple- Enfermedad de Parkinson- Enfermedad Vasculiar Cerebral	<ul style="list-style-type: none">- Problemas de vejiga<ul style="list-style-type: none">o Tumoreso Alteraciones de la paredo Infeccióno Llenado rápidoo Cálculos- Déficit estrogénico- Uso de diuréticos- Histerectomía

Este tipo de incontinencia es la forma más prevalente en personas mayores de 75 años, sobre todo en hombres (40-80%).⁸ En cuanto al porcentaje de mujeres, afecta en mayor medida a aquellas que han pasado la menopausia.³

Incontinencia urinaria mixta

La incontinencia urinaria mixta (IUM), es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como a esfuerzo.⁸

En cuanto a su prevalencia, es la más frecuente en mujeres, sobre todo mayores de 70 años.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

La incontinencia urinaria por rebosamiento, también denominada incontinencia urinaria inconsciente (IUI), es la pérdida involuntaria de orina sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal.⁸

Incontinencia urinaria transitoria o reversible

La incontinencia urinaria transitoria o reversible, también conocida como incontinencia funcional, es aquella en la que existe pérdidas de orina pero está conservada la funcionalidad del tracto urinario inferior.³

FACTORES DE RIESGO

A) Género

Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer incontinencia urinaria debido a la longitud de la uretra, las diferencias anatómicas del suelo pélvico y los efectos del parto.⁸

B) Edad

La edad avanzada se acompaña de factores que predisponen a la incontinencia urinaria, como la disminución del tejido elástico, la atrofia muscular, la degeneración nerviosa, la reducción del tono del músculo liso, el hipoestrogenismo, el deterioro cognitivo, la inmovilidad, la pérdida de la capacidad de concentración renal o la polifarmacia.

C) Peso

En cuanto al peso, las personas con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 30 (obesidad), tienen mayor prevalencia de sufrir incontinencia urinaria, además es proporcional respecto a la severidad, ya que aumenta de forma considerable la presión sobre órganos intraabdominales y suelo pélvico.⁹

D) Paridad

El parto vaginal es el factor más importante debido a las lesiones neurológicas o musculares asociadas, ya que el aumento de peso intraabdominal, presiona la musculatura del suelo pélvico debilitándola.¹²

E) Menopausia

Constituye un factor de riesgo debido a la atrofia genital que ocasiona, la cual puede contribuir a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral y a la relajación del suelo pélvico. Además la disminución de estrógenos durante la menopausia provoca la laxitud de los tejidos aponeuróticos y ligamentos que sujetan o mantienen en una posición correcta a los órganos pélvicos y al mismo tiempo, debilita la musculatura del suelo pélvico.¹²

F) Raza

Las mujeres de raza blanca tienen tres veces mayor prevalencia que las mujeres de raza negra de padecer incontinencia urinaria debido a diferencias en el tejido conjuntivo y en los músculos.

G) Histerectomía

A largo plazo tras la cirugía, la prevalencia de padecer incontinencia urinaria aumenta sobre todo en mujeres mayores de 60 años.

H) Factores uroginecológicos

Los factores uroginecológicos más importantes asociados a incontinencia urinaria son los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras infecciones del tracto urinario.⁸

I) Estreñimiento

Un estreñimiento prolongado supone la realización de esfuerzos importantes en cada evacuación, lo que hace que se debilite el suelo pélvico presionando los órganos y favoreciendo su descenso (prolapsos).⁹

J) Esfuerzo físico

Un esfuerzo intenso, ya sea realizando ejercicio físico o al toser, reír o estornudar, puede aumentar de manera importante la presión intra-abdominal, especialmente al levantar peso.¹⁰

K) Otros factores

Otros factores que aumentan el riesgo son las enfermedades neurológicas y el daño cerebral como el ictus, la demencia y la enfermedad del Parkinson, el deterioro cognitivo, la herencia, la obstrucción por una próstata grande o por tumores pélvicos, la prostactomía, las cardiopatías, la diabetes mellitus, los accidentes cerebrovasculares, el tabaquismo y el abuso de alcohol o algunos fármacos.

VALORACIÓN CLÍNICA

La valoración clínica de la incontinencia urinaria se basa en varias técnicas y actuaciones, entre las que destacan: la anamnesis, la evaluación de los síntomas específicos, la exploración física (evaluación de reflejos, maniobra de Valsalva, prueba de Bonney), estudios urodinámicos, test de compresa, diario miccional, etc.

TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

El primer escalón terapéutico lo constituyen las medidas higiénico-dietéticas y las técnicas de modificación de la conducta. El tratamiento farmacológico es específico para cada tipo de incontinencia urinaria, utilizándose anticolinérgicos e inhibidores de la recaptación de serotonina.

Por último, las diferentes técnicas quirúrgicas tienen su papel ante el fracaso de los tratamientos conservadores o frente a incontinencia urinaria severa⁸.

Tratamiento conservador de la incontinencia urinaria

El tratamiento conservador de la IU agrupa diversos procedimientos y es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico. En no pocas ocasiones su aplicación es previa y/o simultánea a otras medidas de farmacológicas o quirúrgicas.⁸

Técnicas de modificación conductual: Diario miccional, destinado a restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical, mediante la realización de micciones

programadas, aumentando paulatinamente el intervalo entre micciones al instruir al paciente en disociar el deseo miccional del vaciado voluntario.⁸

En los casos de Incontinencia Urinaria de Urgencia, para mejorar el vaciado de la vejiga se pueden realizar masajes en la zona suprapubiana durante la micción (maniobra de Credé), o realizando la maniobra de Mansalva. Otra opción es inducir retención con agentes supresores de la vejiga y vaciarla con cateterización intermitente varias veces al día.¹¹

Tabla 2. Medidas higiénico - dietéticas		
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	Incontinencia Urinaria de Urgencia	Incontinencia Urinaria Mixta
No retener las ganas de orinar	No empujar para acabar de vaciar la vejiga	Evitar el estreñimiento
Contraer los músculos del suelo pélvico al realizar esfuerzos como toser, correr, estornudar o coger peso	No correr al baño cuando se tiene la sensación urgente de orinar y no tratar de aguantar ni un poco	Evitar la obesidad y el tabaquismo
No usar ropa ajustada, ya que aumenta la presión intraabdominal e irritan el periné por fricción	No usar compresas perfumadas, ni jabones íntimos comunes en la higiene diaria, ya que irritan la flora vaginal.	Evitar beber líquidos irritantes del sistema urinario (lácteos, café, té, alcohol, bebidas carbonadas...)
Evitar ejercicios que supongan esfuerzos intensos con aumento de la presión intraabdominal	Modificación del entorno, facilitando el acceso al baño y disponiendo de sustitutos (orinales, cuñas sanitarias, etc).	Evitar comer alimentos picantes o fermentados y controlar la ingesta de líquido durante el día

Fisioterapia: Se refiere a las diferentes técnicas que pretenden recuperar la funcionalidad de la musculatura del suelo pélvico y el periné, además de evitar la Incontinencia Urinaria, sin tener por ello que recurrir a la cirugía, destacando el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.

Hace más de 50 años, el ginecólogo norteamericano Arnold Kegel desarrolló el primer programa de entrenamiento, de ahí que estos ejercicios se conozcan como ejercicios de Kegel. Consisten en la contracción voluntaria de la musculatura del suelo pélvico siguiendo una estructura lógica, dividiendo las cargas de trabajo en series y repeticiones.

Existen diferentes protocolos de entrenamiento, pero todos dan importancia a la velocidad de ejecución de los ejercicios, ya que tiene una relación directa con el tipo de fibra reclutada en cada contracción.

El músculo elevador del ano contiene fibras lentas (tipo I) y fibras rápidas (Tipo II), las lentas aportan tono basal y forman parte del esfínter uretral; mientras que las rápidas se reclutan ante contracciones repentinas debidas al aumento brusco de la presión intra-abdominal. Las fibras lentas se trabajan en casos de Incontinencia Urinaria de Urgencia y las rápidas en casos de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (ambas entre 5 y 10 segundos).

Por esta razón el entrenamiento debe contener tanto contracciones lentas y mantenidas (entre 5 y 10 segundos), como contracciones rápidas, con el objetivo de reclutar los dos tipos de fibras.

Otro aspecto importante a tener en cuenta son los tiempos de recuperación, que deben ser prolongados para conseguir la recuperación total del músculo entre serie y serie. Así el tiempo de relajación será el doble que el tiempo de la contracción mantenida (entre 15 y 20 segundos).

La carga de entrenamiento debe aumentar de manera muy progresiva, se puede empezar realizando 2 sesiones diarias las primeras semanas para llegar a realizar un máximo de entre 4 y 6 sesiones al día. La primera semana, en cada sesión se realizarán 10 contracciones y progresar hasta las 30 en 4 semanas. El principal problema a la hora de llevar a cabo el programa de entrenamiento es que un elevado porcentaje de sujetos no tienen la propiocepción suficiente como para contraer voluntariamente la musculatura del suelo pélvico.

Para que el sujeto sea consciente de cómo se debe realizar la contracción muscular existen los siguientes métodos:

- Interrupción voluntaria del proceso de micción, de esta manera se contrae el músculo elevador del ano. Se realizará sólo en el periodo de aprendizaje
- Tacto vaginal: Introducción de un dedo en la vagina, al mismo tiempo que se indica al sujeto que intente apretarlo, o retener la micción. Esto permitirá valorar el nivel de fuerza muscular, la intensidad y el tiempo de contracción.
- Visualización ante un espejo: Sentada con las piernas ligeramente separadas frente a un espejo, se observa como asciende el periné o se cierra la entrada de la vagina.

Hay casos en los que para la realización correcta de los ejercicios es necesario recurrir a dispositivos como:

- Conos: son piezas de forma cónica y con distintos pesos, diseñados para ser introducidos en la vagina, debiendo realizar contracciones de la musculatura pelviana para sujetarlos.
- Pesarios: indicados para mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo agravada por cistocele o prolapso uterino. La elección depende del tamaño del prolapso y de si la paciente acepta la rutina de retirarlo a diario para su limpieza y su colocación posterior.¹¹

Si a pesar de todo el sujeto sigue sin conseguir propiocepción, se recurrirá a otras técnicas en centros especializados, entre las que destacan:

- Feedback electromiográfico: se lleva a cabo a través de un sensor electromiográfico, que se introduce en la vagina y reproduce una información visual y auditiva sobre una pantalla que el sujeto puede ver y escuchar, recibiendo así información sobre qué músculos está contrayendo en cada momento.
- Electroestimulación: Mediante un electrodo que puede ser intravaginal o cutáneo se transmiten unas corrientes eléctricas que provocan la contracción de la musculatura del suelo pélvico. Las vías anogenital, transcutánea, sacra, percutánea del nervio tibial posterior y magnética, son utilizadas en los casos de Incontinencia Urinaria de Urgencia.

Tratamiento farmacológico:

Existen diferentes tratamientos farmacológicos para la incontinencia urinaria diferenciando si esta es de esfuerzo o de urgencia. (Tabla 3 y Tabla 4)¹²

Tabla 3. Nivel y grado de recomendación de los fármacos utilizados en la IUE		
Fármaco	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Estrógenos	2	Ninguna recomendación
Duloxetina	1	B
Imipramina	3	Ninguna Recomendación

Tabla 4. Nivel y grado de recomendación de los fármacos utilizados en la IUU		
Fármaco	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Oxibutinina	1	A
Tolterodina	1	A
Trospio	1	A
Solifenacina	1	A
Propantelina	2	B

Tratamiento quirúrgico:

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo: Los objetivos son estabilizar el cuello de la vejiga para prevenir el descenso con la presión intraabdominal y crear una estructura de apoyo estable.

Cirugía en la mujer: Las técnicas quirúrgicas más efectivas son:

- Reparación vaginal anterior (colporrafia anterior).
- Colposuspensiones: Su objetivo es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica.⁸
- Inyectables uretrales, como silicona, colágeno, ácido hialurónico o tejidos autólogos como grasa. Se inyectan de forma retrógrada vía transureteral o transvaginal, bajo control endoscópico, en el tejido periuretral y alrededor de la vagina.
- Cabestrillos suburetrales

Cirugía en el varón: La efectividad del tratamiento en varones con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo tras una prostatectomía es difícil.

- Los ejercicios de suelo pelviano y las inyecciones periuretrales son útiles en los casos de IU moderada, precisando en muchas ocasiones de medidas de apoyo como prendas protectoras o catéteres.¹¹

Tabla 5. Grado de recomendación para el tratamiento IU en varones¹²	
RECOMENDACIONES	GDR
Intervención sobre los hábitos de vida	NR
Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico posterior a prostatectomía	B
Biofeedback	B
Electroestimulación posprostatectomía	B
Pautas miccionales programadas	C

Tabla 6. Grado de recomendación para el tratamiento IU en mujeres¹²	
RECOMENDACIONES	GDR
Intervención sobre los hábitos de vida (consumo de tabaco, pérdida de peso, disminución de los líquidos...)	NR
Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico	B
Biofeedback	B
Conos vaginales	B
Electroestimulación	B
Entrenamiento de la vejiga	A
Micción programada	C

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer las medidas de tratamiento conservador de la incontinencia urinaria y los factores de riesgo asociados.

Objetivos específicos

- Definir la importancia de la intervención de enfermería en el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Investigar qué forma de tratamiento es la más adecuada dependiendo del factor de riesgo desencadenante.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo un protocolo estandarizado de revisión bibliográfica de la literatura en distintas bases de datos on-line, para encontrar las mejores evidencias disponibles. Las diferentes búsquedas se hicieron durante los meses Febrero de 2016 y Abril de 2016.

Antes de comenzar la búsqueda, se establecieron una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en español, y Medical Subject Headings (MeSH), en inglés, para realizar una traducción de las palabras naturales a palabras claves, y así afinar la búsqueda limitando aquellos artículos que guardan relación con el tema principal. (Tabla 7)

Tabla 7. Descriptores utilizados	
DeCS	MeSH
Incontinencia Urinaria	Urinary Incontinence
Obesidad	Obesity
Trastornos del Suelo Pélvico	Pelvic Floor Disorders
Embarazo	Pregnancy
Parto	Parturition
Ejercicios de la Musculatura del Suelo Pélvico	Pelvic Floor Muscle Training
Atención de Enfermería	Nursing Care

Todos los datos utilizados se obtuvieron a través de la consulta directa y con acceso vía Internet en las bases de datos Medline (accediendo al sistema de búsqueda Pubmed), la biblioteca Cochrane Plus, la biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) y el portal de información científica Dialnet.

La estrategia de búsqueda comenzó con el descriptor “Incontinencia Urinaria”, y se siguió añadiendo términos, utilizando el operador booleano “AND”, para centrarla en aquellos artículos que incluían los descriptores preestablecidos.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- Artículos publicados entre los años 2006 y 2016.
- Artículos escritos en español y en inglés.
- Artículos sobre humanos de ambos sexos.
- Artículos con acceso gratuito al texto completo.

Por otro lado, se excluyeron todos aquellos artículos que se centrasen solo:

- En la población de edad avanzada.
- En los prolapsos de los órganos pélvicos.
- En el tratamiento quirúrgico o farmacológico.

Desarrollo de la búsqueda

Utilizando los descriptores antes citados y los filtros como criterio de inclusión, la búsqueda proporcionó un total de 408 artículos, de los cuales leyendo el título y el resumen, se seleccionaron 26. Tras una lectura exhaustiva de los mismos, se eligieron finalmente 18 artículos para la revisión.

Tabla 8. Artículos en el desarrollo de la búsqueda			
BASES DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
PubMed	157	12	5
Cochrane	156	6	2
SciELO	44	3	3
Dialnet	51	5	1
TOTAL	408	26	11

La búsqueda se realizó siguiendo el siguiente formato en todas las bases de datos:

Table 9. Urinary Incontinence AND Obesity			
BASES DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
PubMed	26	5	3
Cochrane	41	4	0
SciELO	12	1	1
Dialnet	12	1	0

Tabla 10. Urinary Incontinence AND Pelvic Floor Disorders AND Parturition AND Pregnancy				
BASES DE DATOS	DE	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
PubMed		5	1	1
Cochrane		2	1	1
SciELO		0	0	0
Dialnet		2	0	0

Tabla 11. Urinary Incontinence AND Parturition AND Pregnancy			
BASES DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
PubMed	21	2	1
Cochrane	4	0	0
SciELO	0	0	0
Dialnet	19	2	1

Tabla 12. Urinary Incontinence AND Pelvic Floor Muscle Training			
BASES DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
PubMed	65	2	0
Cochrane	31	1	1
SciELO	15	1	1
Dialnet	5	1	0

Tabla 13. Urinary Incontinence AND Nursing Care			
BASES DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
PubMed	40	2	0
Cochrane	78	0	0
SciELO	17	1	1
Dialnet	13	1	0

Para completar la búsqueda se consideró importante la consulta de guías de práctica clínica:

- Guía clínica sobre la incontinencia urinaria incluida en la “Guidelines of the European Association of Urology, traducida al español para la Asociación Española de Urología”, de la cual se utilizó además dos artículos.
- Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria, Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), de la cual se eligió 1 artículo para ser incluido en la revisión.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Incontinencia Urinaria es un problema de salud que afecta tanto a hombres como a mujeres, pero no por igual, ya que estas últimas alcanzan una prevalencia mayor. Por otro lado, hay diferencias en cuanto a los factores de riesgo desencadenantes, a excepción de la edad avanzada que es común en ambos.

Irwin DE y cols., mediante un estudio transversal de la prevalencia de la incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva y otros síntomas del tracto urinario inferior, en la población de cinco países (estudio EPIC), y seleccionando una muestra aleatoria de hombres y mujeres mayores de 18 años, concluyeron que la prevalencia de la incontinencia urinaria aumentaba con la edad y que era más frecuente en mujeres que en hombres.^{12,13}

El embarazo, el parto vaginal y el **Índice de Masa Corporal (IMC)**, constituyen los factores de riesgo desencadenantes de la mayor parte de las incontinencias urinarias en las mujeres. En cuanto a los hombres, destacan los síntomas de las vías urinarias inferiores y la prostatectomía.

Hunskar S, realizó una revisión sistemática de la relación que tiene el sobrepeso y la obesidad con la incontinencia urinaria en las mujeres, y el efecto de la pérdida de peso como intervención clínica de la misma. En esta revisión, incluyó tres ensayos clínicos aleatorizados que documentaban que el sobrepeso y la obesidad constituía un importante factor de riesgo para la incontinencia urinaria, y que la pérdida de peso programada en mujeres provocaba una reducción de esta patología.^{12,14}

Subak LL y cols., realizaron un ensayo clínico, con el mismo objetivo que en la revisión anterior, en el cual se asignó un número aleatorio de mujeres con 10 o más episodios de incontinencia urinaria por semana. El grupo de intervención se sometió a un programa de pérdida de peso con dieta, ejercicio y modificación de la conducta durante 6 meses, seguido de un programa de mantenimiento del mismo durante 12, mientras que el grupo de control participó en un programa estructurado de educación. Los participantes del grupo de intervención, que perdieron el 8% de su peso corporal, tuvieron una significativa disminución de los episodios de incontinencia en comparación con el grupo de control que perdió el 1.6%. Con esto

llegaron a la conclusión de que la pérdida de peso constituía el tratamiento inicial en mujeres con sobrepeso y obesidad.¹⁵

RR Ala y cols., realizaron un ensayo clínico con el mismo objetivo, utilizando la misma metodología, el mismo tamaño de la muestra y obteniendo los mismos resultados.¹⁶

La presión intraabdominal es mayor en las mujeres con obesidad, lo que puede dar lugar a una incontinencia urinaria al debilitar estructuras del suelo pélvico.

El tratamiento conservador constituye la primera línea de tratamiento de la incontinencia urinaria. La pérdida de peso forma parte de este tipo de tratamiento, y se puede conseguir mediante la intervención enfermera ayudando a participar a las personas afectadas en programas de adelgazamiento facilitado.

Wyman JF y cols., con su revisión bibliográfica sobre aspectos prácticos de las modificaciones de estilo de vida y las intervenciones conductuales en el tratamiento de la vejiga hiperactiva y la incontinencia urinaria de urgencia, documentaron que la obesidad también repercutía en la incontinencia urinaria en los varones de edad avanzada. Además, también concluyeron que la pérdida de peso debía ser la medida inicial para tratar la patología.¹⁷

En la búsqueda de artículos relacionados con la incontinencia urinaria y la obesidad se encontró que el **tabaquismo** también es un factor de riesgo. El consumo de tabaco puede dar lugar a síntomas como la tos, que produce un aumento de la presión vesical y abdominal, pudiendo generar una incontinencia urinaria.

Fuganti PE y cols., realizaron un análisis multivariante en un grupo de mujeres para estudiar si el tabaquismo y la obesidad eran precursores del aumento de la presión intraabdominal generada por la tos. En este análisis, eligieron a un grupo de mujeres (fumadoras, exfumadoras, no fumadoras, obesas y de peso normal), con incontinencia urinaria, y fueron sometidas a pruebas de urodinamia. Tras infundir 300 ml de solución salina en la vejiga, se las pidió toser tan fuerte como pudiesen. Tras esto, se comprobó que las mujeres obesas tenían más pérdidas de orina al toser que las mujeres de peso normal, y que las que nunca habían fumado tenían menos pérdidas que las fumadoras y exfumadoras, confirmando el objetivo del estudio.¹⁸

Con este estudio se puede documentar que la obesidad puede ser un factor de riesgo modificable, y que el tabaquismo no. La pérdida de peso puede disminuir la presión intraabdominal generada por la tos, disminuyendo así la incontinencia urinaria, mientras que en el caso del tabaquismo habría que actuar también modificando el estilo de vida adicional.

Siguiendo la revisión con el mismo objeto de búsqueda se encontró, que otro artículo citado anteriormente, reflejaba también la repercusión del tabaquismo en la incontinencia urinaria haciendo referencia a que también es un factor de riesgo que afecta a los hombres y que es debido a un aumento de la actividad del detrusor inducida por la nicotina que se adhiere a la vejiga. Dejar de fumar puede ayudar a disminuir los síntomas en los hombres, pero no hay información respecto a si es efectivo en las mujeres.¹⁷

Dentro de las actuaciones de enfermería cabría destacar la concienciación de la población de los efectos nocivos del tabaco para este tipo de patología mediante educación para la salud.

En la búsqueda de la relación existente entre el **parto y el embarazo** con los trastornos del suelo pélvico, y con ello el desarrollo de incontinencia urinaria, se encontró un artículo.

Este, era una revisión bibliográfica de la asociación entre el tipo de parto y los trastornos del suelo pélvico, que documentaba que la prevalencia de los trastornos del suelo pélvico y los episodios de incontinencia urinaria eran mayores en mujeres que habían dado a luz por parto vaginal que aquellas que lo habían hecho por cesárea.¹⁹

En cuanto a la efectividad del **entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico** se ha encontrado la mayor parte de los artículos.

En relación con el embarazo y el parto, los más relevantes son los siguientes:

- Hay-Smith J y cols., en su artículo sobre el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto, realizaron un ensayo aleatorio en mujeres embarazadas y después del parto. En él, estudiaron por separado a mujeres sin incontinencia prenatal y postnatal, y mujeres con incontinencia prenatal y

postnatal. Las mujeres embarazadas sin incontinencia que realizaron ejercicios del suelo pélvico intensivo, tuvieron menor prevalencia de desarrollarla, en la última etapa del embarazo y hasta 6 meses después del parto, que las que no lo realizaron. Por otro lado, las mujeres con incontinencia urinaria postnatal que realizaron los ejercicios, tuvieron menor prevalencia de padecerla durante 12 meses después del parto, que las que no lo hicieron. Cuanto más intensivo era el programa de entrenamiento mejores efectos se conseguían.²⁰

- Un Lemos y cols., hicieron también un ensayo controlado aleatorio para ver si haciendo ejercicios de la musculatura del suelo pélvico se prevenía el desarrollo de incontinencia urinaria, centrándose solo en mujeres embarazadas, concluyendo también que reducía significativamente el desarrollo de la patología de 6 semanas a 3 meses después del parto.²¹

Además del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, el **feedback electromiográfico** es un complemento que también puede proporcionar beneficios para las personas que sufren incontinencia urinaria.

Herderschee R y cols., realizaron una revisión para comprobar los beneficios de este, seleccionando ensayos aleatorios en mujeres con incontinencia urinaria de urgencia, de esfuerzo y mixta. Un grupo de mujeres recibía feedback electromiográfico junto con ejercicios de la musculatura del suelo pélvico, y otro grupo solamente realizaba los ejercicios. Las primeras, tuvieron menos episodios de incontinencia con respecto a las segundas, concluyendo así que era beneficioso.²²

Geanini Yagüez A. y cols., hicieron un estudio para comprobar los mismos beneficios que en el artículo anterior. En este caso, incluyeron también a varones y fue tratada toda la muestra. El método de evaluación fue mediante el International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) y el Urinary Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL), dos cuestionarios que valoran la calidad de vida en la incontinencia urinaria. Tras el tratamiento con feedback electromiográfico objetivaron una mejoría en los valores de estos cuestionarios, llegando a la misma conclusión que Herdersche R y cols.²³

Por otra parte, hay evidencias de que la utilización de **conos vaginales** es efectiva para la realización de los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico en el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Mendes Moroni R y cols., en su revisión sistemática con meta-análisis de ensayos controlados aleatorios, compararon la utilización de conos con la no utilización, y por otro lado, con la realización de los ejercicios de los músculos del suelo pélvico.

En la primera comparación, mediante la escala I-QOL, observaron que la calidad de vida era mejor en aquellas mujeres que usaban los conos vaginales.

En la segunda comparación, mediante los mismos métodos de valoración que en la primera, observaron que no había diferencia significativa en la calidad de vida de las mujeres que usaban los conos vaginales y las que realizaban los ejercicios, pero los eventos adversos eran menores en estas últimas.

Con estas comparaciones llegaron a la conclusión de que la utilización de conos es mejor que ningún tratamiento y pueden ser igual de efectivos que la realización de ejercicios de los músculos del suelo pélvico.²⁴

La Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria, Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), incluye un artículo con las mismas conclusiones que en la revisión anterior, considerando la utilización de conos vaginales con un Grado de Recomendación B.^{25,26}

Por último, se ha comprobado que la **intervención de enfermería** es una pieza importante en el tratamiento de la patología.

Nieto Blanco E y cols., realizó un estudio para ver la efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia urinaria. El grupo de intervención, estaba formado por mujeres con incontinencia urinaria que recibían un plan de cuidados enfermero, mientras que el grupo de control eran mujeres con incontinencia urinaria sin ningún plan de cuidados. Mediante la valoración a través de la escala de Sandvik, que mide la gravedad de los síntomas de la incontinencia urinaria, observaron que el porcentaje del grupo de intervención que mejoraba o se curaba, era el doble que el porcentaje del grupo de control, llegando a la conclusión de que la intervención de enfermería era beneficiosa.²⁷

6. CONCLUSIONES

- La incontinencia urinaria es una enfermedad más prevalente en mujeres que en hombres, dado que el número de evidencias encontradas hacen más referencia al sexo femenino.
- El tratamiento conservador constituye la primera línea de tratamiento de la incontinencia urinaria y la mayor parte de las medidas para hacer frente a la enfermedad son labor de enfermería.
- La obesidad y el sobrepeso suponen un factor de riesgo importante que puede ser modificado mediante programas de intervención enfermera.
- La realización de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico constituye tanto una medida preventiva como de tratamiento de la patología.
- La incorporación de los ejercicios de los músculos del suelo pélvico por parte de las matronas en atención primaria podría ayudar a prevenir incontinencia urinaria después del parto.

7. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society [Internet]. *Neurourol Urodyn*; 2002 [acceso el 27 de Enero de 2016]; 21(2):167-178. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11857671>
2. Vázquez Alba D., Bustamante Alarma S., Rodríguez Reina G., Carballido Rodríguez J. Incontinencia Urinaria. *Medicine* [Internet]. 2011 [acceso el 29 de Enero de 2016]; 10 (83): 5612 - 5618. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es/incontinencia-urinaria/articulo/X0304541211243860/>
3. Viana Zulaica C. Incontinencia Urinaria [Internet]. A Coruña: Fistera; 2010 [acceso 2016]. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/incontinencia-urinaria/#1069>
4. Franco de Castro A., Peri Cusí L., Alcaraz Asensio A. Incontinencia Urinaria. ICNU [Internet]. 2009 [acceso el 2 de Febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev\(1\).pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
5. Rexach Cano L, Verdejo Bravo C. Incontinencia Urinaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* [Internet]. 1999 [acceso el 3 de Febrero de 2016]; 26(6):149-159. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>
6. Medline Plus [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos; 2002 - [acceso el 5 de Febrero de 2016]. Incontinencia Urinaria [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003142.htm>
7. Verdejo Bravo C. Guía de Incontinencia Urinaria [Internet]. España: Observatorio Nacional de la Incontinencia; 2011 [acceso el 7 de Febrero de 2016]. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/profesional/index.html

8. Robles JE. La incontinencia urinaria. Anales del Sistema Sanitario Navarra [Internet]. 2006 Agosto [acceso el 15 de Febrero de 2016]; 29(2): 219-231. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lang=pt
9. Soul R. Factores de riesgo de la incontinencia urinaria. Marzo de 2013 [acceso el 26 de Febrero de 2016]. En: Clínica de coloproctología: blog de salud [Internet]. España. [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en:
<https://clinicadecoloproctologia.wordpress.com/2013/03/04/factores-de-riesgo-de-la-incontinencia-urinaria/>
10. Instituto Internacional del Deporte y las Ciencias Aplicadas [sede Web]. Portugal: El Instituto; 2006 [acceso el 2 de Marzo de 2016]. El suelo pélvico; una preocupación con 50 años de historia [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.iidca.net/investigacion/articulos-cientificos/134-el-suelo-pelvico-una-preocupacion-con-50-anos-de-historia.html>
11. Viana Zulaica C., Castiñeira Pérez C., Costa Ribas C., Fuentes Lema M. D., Sánchez Rodríguez-Losada J. Incontinencia Urinaria. Form Med Contin Aten Prim. [Internet]. 2005 [acceso el 7 de Marzo de 2016]; 12: 7 - 34. Disponible en: <http://www.fmc.es/es/vol-12-num-protocolo-4/sumario/13003540/>
12. Schröder A., Abrams P., Andersson K. E., Artibani W., Chapple C.R., Drake m. J. et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria [Internet]. Arnhem: Asociación Europea de Urología; 2009 [acceso el 10 de Marzo de 2016]. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf
13. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol [Internet].

Diciembre de 2006 [acceso el 7 de Abril 2016]; 50(6):1306-14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17049716>

14. Hunziker, S. (2008), A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn.* 2008; 27(8):749–757. doi: 10.1002/nau.20635. PubMed PMID: 18951445
15. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med.* 29 de Enero de 2009; 360(5):481-90. doi: 10.1056 / NEJMoa0806375. PubMed PMID: 19179316; PubMed Central PMCID: PMC2877497
16. RR Ala , Creasman JM, West DS, Richter HE, Myers D, Burgio KL, et al. Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstet Gynecol.* Agosto de 2016; 116(2 Pt 1):284-92. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e8fb60. PubMed PMID: 20664387; PubMed Central PMCID: PMC3038422
17. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioral interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract.* Agosto de 2009; 63(8):1177-91. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02078.x. PubMed PMID: 19575724; PubMed Central PMCID: PMC2734927
18. Fuganti PE, Gowdy JM, Santiago NC. Obesity and smoking: Are they modulators of cough intravesical peak pressure in stress urinary incontinence? *Int. braz j urol.* [Internet]. Agosto de 2011 [acceso el 2 de Mayo de 2016]; 37(4):528-533. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382011000400013&lng=en

19. Rortveit G, Hannestad YS. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 14 de Octubre de 2014; 134(19):1848-52. doi: 10.4045 / tidsskr.13.0860. PubMed PMID: 25314985
20. The Cochrane Library, Issue 3, 2008. [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008 [acceso el 3 de Mayo de 2016]. Hay-Smith J, Morkvez S, Fairbrother KA, Herbison GP. Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto (Revisión Cochrane traducida). Disponible en:
<http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010644802&DocumentID=CD007471>
21. Lemos A, de Souza AI, Ferreira AL, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. Do perineal exercises during pregnancy prevent the development of urinary incontinence? A systematic review. *Int J Urol*. Octubre de 2008; 15(10):875-80. doi: 10.1111/j.1442-2042.2008.02145.x. PubMed: 18721200
22. Herderschee R, Hay-Smith E, Herbison G, Roovers J, Heineman M. Retroalimentación (feedback) o biorretroalimentación (biofeedback) para aumentar el entrenamiento muscular del piso pelviano en la incontinencia urinaria de la mujer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 7. Art. No.: CD009252. doi: 10.1002/14651858.CD009252
23. Geanini Yagüez A, Fernández Cuadros ME, Nieto Blasco J, Ciprián Nieto D, Oliveros Escudero B, Lorenzo Gómez MF. EMG-biofeedback en el entrenamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*. [Internet]. 2014 [acceso el 6 de Mayo de 2016]; 48(2):17-24. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4616860>

24. Moroni MR, Magnani PS, Haddad JM, Castro RA, Brito Luiz GO. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. Febrero de 2016 [acceso el 10 de Mayo de 2016]; 38(2):97-111. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000200097&lng=en
25. Morilla Herrera J. C. Guía de atención enfermera a personas con incontinencia urinaria [Internet]. Granada: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; 2007 [acceso el 14 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://www.asanec.es/bibliografias/GUIA%20IU%20PDF%20REVISADA%202111_2007ZIP.pdf
26. The Cochrane Library, Issue 3, 2008. [base de datos de Internet]. Oxford: Update Software Ltd; [acceso el 15 de Mayo de 2016]. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010655100&DocumentID=CD002114>
27. Nieto Blanco E., Moriano Bejar P., Serrano Molina L., Dávila Álvarez V., Pérez Llorente M. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. Actas Urol Esp [Internet]. Mayo 2007 [acceso el 12 de Mayo de 2016]; 31(5):493-501. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000500009&lng=es