



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

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Proyecto de investigación

Alumna: Sara Olivenza Herrero

Tutora: D^a Ana Rosario Martín Herranz

Fecha: Junio, 2016

ÍNDICE

Glosario	3
Resumen	4
Introducción	5
Hipótesis	14
Objetivos	15
Material y métodos	16
Cronograma	22
Experiencia del equipo investigador	23
Financiación	24
Limitaciones	25
Resultados previsibles	26
Bibliografía	27
Anexos	32

GLOSARIO:

CEIC: Comité ético de investigación clínica del área

CHUA: Servicio de urología del complejo hospitalario universitario de Albacete

ICS: Sociedad internacional de continencia

IU: Incontinencia urinaria

IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo

IUF: Incontinencia urinaria funcional

IUM: Incontinencia urinaria mixta

IUR: Incontinencia urinaria por rebosamiento

IUU: Incontinencia urinaria de urgencia

RESUMEN

Introducción: la incontinencia urinaria es un problema muy frecuente en la población general, siendo más común en mujeres que hombres. La padecen entre el 10 y el 40% de las mujeres, afectando a su calidad de vida. El tipo de incontinencia más frecuente en las mujeres es la IUE, caracterizada por la pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo físico. Este problema permanece con frecuencia oculto, ya que los afectados unas veces están avergonzados de ello, otras lo viven como algo normal y solo un tercio busca ayuda profesional. En el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria de esfuerzo el profesional de enfermería interviene de una forma activa.

Objetivos: General: atraer al mayor número de personas posible con IUE a la consulta de atención primaria de enfermería. Específicos: desarrollar un programa de educación para la salud dirigido a las mujeres entre 25 y 60 años con IUE y valorar la intervención enfermera en la mejora de este problema.

Material y métodos: se trata de un estudio descriptivo transversal de los casos prevalentes de incontinencia urinaria de esfuerzo en un centro de salud urbano de la ciudad de Palencia y de un estudio experimental prospectivo, ya que valoramos la intervención de enfermería en la mejora de la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres entre 25 y 60 años. Se captará a las mujeres entre 25 y 60 años que pertenezcan a este centro de salud, con el objetivo de encontrar las que padezcan incontinencia de esfuerzo. Posteriormente se realizará un programa de intervención para la salud dirigido a estas mujeres y se evaluará los resultados de la misma mediante dos encuestas: ICIQ-SF, que sirve para identificar el tipo de incontinencia urinaria que padece el paciente y King's Health, que valora la calidad de vida de las afectadas.

Palabras clave: incontinencia urinaria de esfuerzo, prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo, rehabilitación del suelo pélvico y consulta de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes definiciones de la incontinencia urinaria (IU en adelante). La tendencia actual es tratar de homogeneizar éstas y seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), que la define como “cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico y/o social”. Sin embargo, en 2002 la ICS modificó la definición a “La manifestación por parte del paciente de cualquier pérdida de orina”, siendo ésta más útil a la hora de aplicarse en estudios epidemiológicos¹.

La IU es un problema muy frecuente en la población general²⁻⁵. La sintomatología asociada a ésta es muy variada y de alta prevalencia, siendo de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres^{6,7}. La padecen entre el 10 y el 40% de mujeres a lo largo de sus vidas^{4,8}.

La incidencia de IU aumenta linealmente con la edad. En el estudio epidemiológico EPINCONT, realizado en Noruega entre 1995 y 2008 a 27.938 mujeres mayores de 20 años, se demuestra que la severidad de la IU aumentaba un 10% en el grupo de edad de 25 a 44 años y un 33% en el grupo de mayores de 60 años. Datos extraídos de este estudio ponen de manifiesto que las mujeres son proclives a desarrollar IU si sus madres o hermanas mayores son incontinentes. Todo ello hace pensar que la herencia puede jugar algún papel en la IU⁹.

A pesar de la elevada prevalencia de este problema, permanece con frecuencia oculto. Las razones por las que no buscan atención pueden ser variadas. Algunas pacientes creen que deben llegar a aceptar su situación con resignación y aprender a vivir con la incontinencia, otras muchas piensan que se trata de un problema sin tratamiento, a muchas les produce vergüenza hablar del tema y otras creen que existen un conocimiento insuficiente sobre la incontinencia urinaria por parte del personal sanitario¹⁰. Solo un tercio de los que la sufren busca ayuda profesional^{6, 11}. Datos recogidos mediante una encuesta en Febrero del 2004 a 29.500 mujeres mayores de 18 años en Francia, Alemania, Reino Unido y España informaron que el 35% de las mujeres sufrían de IU y solo un cuarto de esas personas acudieron al médico¹².

Cabe destacar además que, muchas veces, es el propio profesional de salud el que muestra falta de sensibilidad o minimización de la importancia del problema, llegando a no ofrecer una atención adecuada¹⁰.

La IU no es, obviamente, un proceso de riesgo vital, aunque sí conlleva un evidente impacto en su calidad de vida, debido a las implicaciones, no solo físicas, sino también psicológicas y sociales de esta patología^{6,8}. Muchas mujeres que padecen de este problema muestran un miedo intenso a perder su trabajo, ya que presentan más restricciones y limitaciones a la hora de realizar cierto tipo de tareas que puedan demandar esfuerzos físicos. También porque realizan constantes interrupciones de la jornada laboral para poder ir al baño a miccionar¹³.

Para las mujeres jóvenes y de mediana edad, inferior a los 50 años, el problema se centra en una pérdida de salud y de control del propio cuerpo. A estas edades la mujer tiende a tener más problemas a la hora de afrontar la incontinencia ya que lo consideran como un tema tabú o algo inaceptable y tienen miedo al rechazo social. El hecho de encontrarse ante una “vejez prematura” les hace sentirse avergonzadas y bajas de autoestima por miedo a una pérdida de orina durante una relación sexual, llegando a sentirse culpables por no sentir deseo o placer, no considerándose atractivas sexualmente. Estas mujeres fijan su miedo en las relaciones sociales, en que se produzca un escape en público, principalmente en reuniones con amigos y familiares o durante una práctica de actividad deportiva. Otras mujeres jóvenes, por su parte, prefieren tomar los síntomas urinarios con indiferencia, otorgándoles una falsa normalidad y adoptando una postura de negación ante la incontinencia que en nada puede ayudar a resolver el problema¹⁰.

Las mujeres mayores de 60 años tienden a tener una visión de la incontinencia diferente, ellas la consideran como un hecho normal, que llega inevitablemente como resultado de sus experiencias vitales, el envejecimiento, el número de partos, etc. Éstas describen la incontinencia como un proceso degenerativo y una condición imposible de eliminar de esa etapa de madurez en su vida¹⁰.

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS)¹⁴, defiende que el impacto en los pacientes no sólo debe valorarse a partir de la presencia o no de determinados síntomas, sino también del grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes. Un estudio realizado en el Servicio de Urología del Complejo Hospitalario

Universitario de Albacete (CHUA), entre Noviembre de 2001 y Diciembre de 2015, a 126 mujeres, con una edad media de 57,09 años, concluye que los pacientes con IU tienen afectada su calidad de vida, limitándoles tanto su actividad física como su imagen corporal. Su calidad de vida empeora con la edad, un mayor grado de IU, una mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria¹³.

La ICS, a principios de los años 60, creó la definición precisa de los diferentes tipos de IU. El análisis de su tipología es especialmente importante, si se tiene en cuenta a la IU como una alteración donde es necesario señalar la causa responsable que la produce para poder intervenir de manera adecuada; además, las repercusiones psicosociales que padecen las mujeres que la sufren, varían dependiendo de la tipología del trastorno y la situación en la que la mujer se encuentre a lo largo de su actividad diaria, pudiendo predominar una sintomatología u otra. Actualmente se distinguen cinco tipos de incontinencia urinaria^{1,2,4,8,15,16}:

- Incontinencia urinaria funcional (IUF): se trata de una incontinencia en la que el aparato urinario de la persona que la padece no tiene ninguna alteración, pero debido a los trastornos físicos, psíquicos, estructurales o medicamentosos no consiguen llegar al baño para poder evacuar. Es un tipo de incontinencia muy común en pacientes ancianos, en los que pueden encontrarse diversos factores asociados y que responden a las siglas DIAPPERS: delirium, infección urinaria, atrofia vaginal, polifarmacia, psicologías, exceso de líquidos, restricción de la movilidad y stool (impactación fecal).

- Incontinencia urinaria por rebosamiento (IUR): se define como la pérdida involuntaria y constante de orina; sucede porque la vejiga no se vacía de manera normal y se sobre distiende. El paciente presenta frecuentes pérdidas de orina en pequeñas cantidades tanto de día como de noche. El enfermo suele necesitar el uso de absorbentes de manera continua.

- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): se define como la pérdida involuntaria de orina, acompañada o inmediatamente precedida por urgencia miccional, considerada ésta el deseo repentino de orinar que no puede ser controlado con facilidad.

- Incontinencia urinaria mixta (IUM): se define como la pérdida involuntaria de orina, asociada a urgencia miccional y esfuerzo. Existe una hiperactividad del detrusor

combinado con una disfunción del esfínter uretral. Suele ser más frecuente que la IUU pura. Es muy frecuente en personas mayores y se asocia una peor valoración de la calidad de vida de las pacientes.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): se define como la pérdida involuntaria de orina. Se debe al aumento repentino de la presión intraabdominal que ocurre al realizar un esfuerzo físico (toser, levantar pesos, defecar o reír)

La incontinencia urinaria de esfuerzo se debe a una desestructuración del suelo pélvico, y simplemente recuperando de nuevo esa funcionalidad se solucionaría el problema en el 90% de los casos¹⁵.

Desde el punto de vista anatómico, el suelo pélvico es un sistema de músculos que cierran el suelo del abdomen, manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de gravedad. La pérdida de orina se produce cuando estos músculos, que son los que controlan el flujo de orina, están debilitados y no funcionan de manera adecuada¹⁵.

Es habitual que al ejercer presión en la vejiga se produzca una pérdida de orina. Por ejemplo: al toser, estornudar, reírse, hacer ejercicio, levantar objetos pesados, entre otros¹⁶.

El debilitamiento de los músculos puede ser causado por diversos factores^{15, 16}:

- Embarazo: por el peso del útero.
- Parto: al ser un parto vaginal se dañan los músculos y ligamentos de sostén del suelo pélvico.
- Posparto: no se debe practicar precozmente ejercicios abdominales, realizar saltos, practicar deportes o llevar pesos.
- Deportes: algunas prácticas deportivas de impacto, como correr y saltar.
- Herencia: dos de cada diez mujeres tienen debilidad innata en los músculos del suelo pélvico.
- Hábitos cotidianos: como retener orina y vestir ropa muy ajustada.
- Lesión uretral: causada por algunos medicamentos o cirugía de la zona pélvica.
- Menopausia: por el descenso de los estrógenos.
- Otras causas: obesidad, estreñimiento, tos crónica, estrés.

Las repercusiones de la incontinencia urinaria son las siguientes¹⁵:

- Impacto físico: limitación de las actividades de la vida diaria. En ancianos esto predispone a la institucionalización.
- Impacto psicológico: pérdida de autoestima, sentimientos de pérdida de control, miedo a que se perciba su problema por el miedo al mal olor, negativismo, depresión, reacciones emocionales de inseguridad, sentimiento de ser una carga para la familia.
- Impacto doméstico: utilización de ropa color oscuro para minimizar posibles escapes, necesidad de adaptar la cama con impermeabilizaciones para las pérdidas de orina.
- Impacto social: disminuye las prácticas de sus aficiones, disminuyen los viajes; todo esto afecta a las relaciones sociales con el consiguiente aislamiento.
- Impacto económico: alto coste en gasto sanitario, sobre todo en absorbentes.

El diagnóstico sistemático de la incontinencia urinaria se basa fundamentalmente en la anamnesis y en el examen físico del paciente, incluyendo la demostración de la pérdida de orina durante el esfuerzo y las patologías asociadas¹⁷.

Para confirmar el diagnóstico de la IUE, se realizan diferentes tipos de pruebas, tales como¹⁷:

- Exploración física: se realiza una evaluación general del estado físico del paciente, como talla, peso y el índice de masa corporal.
- Análisis de orina: se debe realizar de forma rutinaria y pretende demostrar la presencia de infección y/o hematuria.
- Ecografía: permite demostrar de forma objetiva la capacidad vesical y la presencia o no de residuo postmiccional.
- Estudio urodinámico: permite conocer en detalle las diferentes fases del proceso de la micción, de llenado y de vaciado vesical.

El tratamiento médico de la IUE se basa en la terapia farmacológica. Los fármacos que se utilizan son los que participan en el mantenimiento de la resistencia uretral: los nervios, el músculo liso y el estriado, la mucosa y los vasos sanguíneos. Todos ellos contribuyen al cierre de la uretra. El objetivo del tratamiento es: el aumento del

tono muscular, el incremento del grosor del epitelio, la mejora de la calidad del tejido conectivo y el aumento de la vascularización. Los fármacos más utilizados son los siguientes: Efedrina, Norefedrina, Propanolol, e Imipramina, que realizan su acción en el músculo liso uretral; Duloxetina, que realiza su acción en el músculo estriado uretral y en el sistema nervioso central; por último el Estrógeno, que realiza su acción en el músculo liso y estriado uretral, mucosa y vascularización¹⁷.

Por otro lado, está el tratamiento quirúrgico. Este tipo de cirugías ha evolucionado mucho con el paso del tiempo, las técnicas que existen en la actualidad son¹⁷:

- Reparación vaginal anterior que ayuda a restaurar la debilidad y la flacidez de las paredes vaginales. Está indicado en el prolapso vaginal.
- Las inyecciones de colágeno. Éstas hacen que el área de alrededor de la uretra se vuelva más gruesa, ayudando así controlar la fuga de orina. Es posible que deba repetirse el procedimiento después de unos cuantos meses.
- Las suspensiones retropúbicas levantan la vejiga y la uretra.
- La cinta vaginal sin tensión sostiene la vejiga y la uretra.
- Los procedimientos de cabestrillo vaginal, que sostiene la uretra.

Por último, está el tratamiento conservador de la IUE. Éste se basa en las intervenciones en el estilo de vida de los pacientes, siendo éstas las siguientes:

- Reducción de peso en mujeres con obesidad mórbida y moderada: la pérdida de peso en estos pacientes es una medida terapéutica que conlleva un bajo costo y se ha demostrado que reduce considerablemente los síntomas de la IU. Una ventaja, es que puede ser manejada directamente por el paciente, con ayuda de un profesional sanitario. Otra, es que este tipo de medida tiene poco riesgo de efectos colaterales. Se recomienda como una de las principales herramientas en la terapia conservadora y es una opción importante en aquellos pacientes en la que la opción quirúrgica no es una alternativa, bien sea por alto riesgo quirúrgico, porque desean posponer la fecha de la cirugía o porque sus síntomas no son lo suficientemente severos como para considerar la cirugía^{18, 19}.
- Tabaquismo: el consumo del tabaco aumenta la severidad de la IU^{18, 19}. Probablemente la tos, asociada al incremento de la presión intraabdominal, perjudique a medio y largo plazo al suelo pélvico¹⁹.

- Cafeína: algunos estudios proponen que la reducción del consumo de cafeína puede disminuir los síntomas asociados a la IUE, pero tampoco existen estudios que lo demuestren^{18, 19}.
- Ingesta de líquidos: la reducción de la ingesta de líquidos únicamente puede ser recomendado en mujeres con un consumo anormalmente alto, ya que una disminución de los líquidos puede aumentar las infecciones urinarias o la deshidratación^{18, 19}. Es recomendable que distribuyan el horario de la toma de líquidos, de modo que beban más por la mañana y disminuyan la ingesta por la tarde-noche, con la intención de que la formación de orina no sufra grandes oscilaciones^{16, 20} y puedan mantener el sueño nocturno lo más continuo posible. Por término general se recomienda no superar la ingesta de 1,5 a 2 litros al día, aunque también se ha demostrado que si es menor de 30ml/kg cada 24 horas pueden empeorarse los síntomas de la incontinencia debido a la acción irritante de la orina²¹.
- Ejercicio físico: existe buena información de estudios que sugieren que ejercicios de moderada intensidad disminuyen la incidencia de IU en mujeres de mediana o avanzada edad. Por el contrario, se necesita evidencia que demuestre si ejercicios de alto impacto están relacionados con una mayor incidencia de IU^{18, 19}.
- Terapias físicas: la integridad y el tono de la musculatura del suelo pélvico juegan un papel fundamental en la continencia. La rehabilitación del suelo pélvico es una herramienta que debe ser usada tanto en la prevención como en el tratamiento de la IUE. Hoy en día, son muchos los estudios que han empezado a relevar los resultados positivos de esta técnica, que además de ser efectiva, tiene un bajo coste, lo que aumenta el número de mujeres que tienen acceso al tratamiento^{18, 19}.

En la IUE, el objetivo principal se centra en aumentar la eficiencia del esfínter uretral externo, lograr ocluir la uretra y que la presión de cierre uretral sea mayor que la abdominal, tanto en reposo, como con la realización de esfuerzos (con la contracción del suelo pélvico se consigue que la uretra se desplace en sentido antero-superior y aumente la presión uretral); necesitando un grado elevado de control y fortaleza sobre la musculatura²¹.

- Reeducación vesical: el objetivo principal se basa en la modificación del hábito miccional de la paciente y para ello el personal de enfermería enseñará

a: aumentar la inhibición cortical sobre el centro miccional, con el fin de restablecer el control perdido sobre la vejiga; aumentar la capacidad vesical para favorecer el autocontrol sobre la micción y mejorar el reflujos muscular esfinteriano²¹. La reeducación vesical es un trabajo propio de la enfermería y no se ciñe únicamente a la recuperación de la musculatura, es un proceso que va más allá y requiere del establecimiento con la paciente de un vínculo terapéutico, ya que para algunas mujeres la IU sigue siendo un tema tabú y este procedimiento puede llegar a resultar demasiado íntimo¹⁹.

- Dispositivos antiincontinencia: los conos vaginales son una buena opción para ejercitar los músculos del suelo pélvico en el propio domicilio; su utilización es muy sencilla y requiere poco adiestramiento por parte del personal de enfermería. Son muy útiles para los pacientes que presentan IUE, siendo imprescindible para su realización tener la suficiente capacidad contráctil en el periné y control sobre los ejercicios de kegel^{18, 19}.

Los conos vaginales están formados por un juego de cinco conos que tienen el aspecto de un tapón vaginal. Todos están hechos del mismo tamaño, 5 centímetros de largo por 2 de diámetro, pero tienen distinto peso, pudiendo variar de 10 a 70 gramos. En su extremo distal tienen un hilo de nailon, como si fuese un tampón, para que puedan retirarse con facilidad. Al colocar el cono en la cavidad vaginal, éste tiende a salirse hacia fuera por acción de la gravedad, lo que obliga a la mujer a contraer de forma refleja los músculos de la pelvis en un intento de sostenerlo. De este modo, a la mujer le resulta sencillo identificar cuáles son los músculos implicados en la continencia, y al ir incrementando el peso de los conos de forma gradual va aumentando la fuerza de éstos^{18, 21}. Un inconveniente que pueden presentar es que su uso ha de restringirse durante la menstruación, después del coito, con infección vaginal o en presencia de prolapsos. Además, variaciones anatómicas de la vagina, como la laxitud de sus paredes o alteraciones en su diámetro, pueden hacer que el cono se aloje trasversalmente pudiendo llegar a producir heridas²¹.

Es recomendable comenzar con un cono que la mujer sea capaz de mantener sin contracción voluntaria del periné, e ir aumentando el peso poco a poco. Los ejercicios han de hacerse durante 15 minutos, dos veces al día y en deambulación. Se recomienda usarlos durante las actividades cotidianas,

ante distintos esfuerzos y en diferentes posiciones, evitando siempre la posición de estar sentada¹⁸.

Los profesionales de enfermería intervienen de una forma activa en el tratamiento conservador poniendo solución a este problema de salud, que incluye, además de las modificaciones en los hábitos de vida, dos técnicas fundamentales de modificación de conducta: la reeducación vesical y la rehabilitación del suelo pélvico. Estas técnicas, conducen a una mejora significativa de los episodios de incontinencia en más de un 50% de los pacientes, con una reducción de los episodios de incontinencia de un 50 a un 75%²².

La incontinencia urinaria de esfuerzo aparece reflejada en la literatura científica de enfermería como un diagnóstico enfermero, pues constituye una respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación, en la que se puede hacer una intervención enfermera, a través de los planes de cuidados específicos para este problema. Para realizar los planes de cuidados de enfermería, se sigue la taxonomía NANDA/NIC/NOC (ANEXO I)²³, facilitando así la solución del problema desde un abordaje integral y con una alta efectividad. Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los objetivos NOC y las intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán las actividades necesarias para la solución del problema.

El estudio realizado en 1991 en Ontario, Canadá, afirma que los pacientes con IUE que recibieron asesoramiento de enfermeras especializadas, como formación del comportamiento frente a este problema, ha reducido significativamente la prevalencia de IUE².

La prevalencia de este problema de salud y su afectación notable a la calidad de vida de muchas mujeres, es lo que ha motivado a la realización de este trabajo, junto con la evidencia de que una intervención enfermera, a través de un tratamiento conservador, puede ser muy eficaz en la resolución del mismo.

HIPÓTESIS

Tras la intervención de la enfermera de atención primaria, la IUE en mujeres entre 25 y 60 años se verá reducida.

OBJETIVOS

General:

- Atraer al mayor número de personas posible con IUE a la consulta de atención primaria de enfermería.

Específicos:

- Determinar la prevalencia de la IUE en la población a estudio.
- Desarrollar un programa de educación para la salud dirigido a las mujeres entre 25 y 60 años con IUE.
- Valorar la intervención de enfermería en la mejora de la IUE de las mujeres entre 25 y 60 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal de los casos prevalentes de incontinencia urinaria de esfuerzo y de un estudio experimental prospectivo, ya que valoramos la intervención de enfermería en la mejora de la IUE de las mujeres entre 25 y 60 años.

Población

Mujeres entre 25 y 60 años que padezcan IUE y que pertenezcan al Centro de Salud urbano de la ciudad de Palencia.

Muestra

Son 6.037 mujeres entre 25 y 60 años las que pertenecen al Centro de Salud urbano de Palencia.

Mediante dos estudios; uno de ellos, realizado en España en el año 2009, demuestra que el 4,01 % de las mujeres entre 25 y 64 años padece IU¹⁹; el siguiente estudio, realizado en Ourense en julio del 2007, expone que la mitad de las mujeres que padecen IU son de esfuerzo. Con lo cual, el 2% de la población padece IUE²⁴.

Por lo que se tiene que captar a 120 mujeres con IUE de las 6.037 de la muestra que se tiene.

Criterios de selección

Se incluyen mujeres con IUE, de edades comprendidas entre 25 y 60 años, por ser una edad incipiente, y en la que es más efectivo el reforzamiento de los músculos y hay más margen de actuación antes de que estos síntomas sean severos. Otro de

los criterios de inclusión, es que pertenezcan al Centro de Salud urbano de Palencia.

Se excluyen del estudio a todas aquellas mujeres que padezcan IUE como efecto secundario o complicación de otro tipo de intervención farmacológica o quirúrgica; también a mujeres con patología psiquiátrica, enfermedad grave, portadoras de sonda vesical, con infección de orina o en tratamientos con diuréticos.

Variables

Variables independientes:

- Edad
- Sexo

Análisis estadístico de los datos

Para el estudio estadístico se realizó la siguiente secuencia:

- Análisis descriptivo

En las variables categóricas o cualitativas se utilizará la distribución de frecuencias y sus porcentajes. En las continuas se comprobará inicialmente la bondad de ajuste para la distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff y/o Shapiro-Wilks. En el caso de variables con distribución normal, se utilizará la media con su intervalo de confianza al 95% y la desviación estándar. En el caso de variables sin distribución normal, se empleará la mediana y percentil 25-75.

- Estadística analítica

Para la comparación de variables categóricas se realizarán tablas de contingencia y se utilizarán las pruebas de ji-cuadrado. Para la comparación de medias las pruebas de t de Student y para muestras relacionadas y en el caso que no siguiesen una distribución normal, se utilizará el test de Wilcoxon.

Procedimiento e instrumentos de recogida de datos

Este estudio se llevará a cabo por una enfermera del Centro de Salud urbano de la ciudad de Palencia.

La captación se realizará enviando una carta al domicilio de las 6.037 mujeres, que se compondrá de los siguientes puntos:

- Presentación del proyecto de investigación
- Definición y sintomatología de la IU y de la IUE
- Prevalencia de la IUE
- Factores de riesgo de padecerla
- Tratamiento conservador y otros de la IUE
- Explicación de la encuesta que deben de cumplimentar para participar en dicho estudio (pueden ir al centro de salud a realizarla o bien mediante una página web en un periodo de 6 meses desde el envío de la carta)
- Los pacientes que sean incluidos en el estudio, se les avisaría por vía telefónica o, si no fuera posible, por carta

También se colocarán pósters informativos y se repartirán folletos desde todas las consultas de los profesionales sanitarios del Centro de Salud, con el objetivo de captar al mayor número de mujeres posibles.

Los cuestionarios que se utilizarán son dos:

El primero, es el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF (ANEXO II)²⁵. Es un formulario autoadministrado que consta de tres ítems (frecuencia, cantidad e impacto) y 8 preguntas adicionales que ofrecen una idea orientativa sobre la tipología de la IU. Estas últimas preguntas no tienen el propósito de aumentar el índice global del cuestionario, sino de ofrecer una descripción más detallada de las circunstancias que rodean a la IU de la paciente. Así pues, la puntuación total de cada paciente viene calculada con la suma de los tres primeros ítems, con un rango que oscilará entre los 0 y los 21 puntos²⁵.

El segundo, es el cuestionario de incontinencia King's Health (ANEXO III)^{13,26}. También es autoadministrado y está destinado específicamente a la evaluación de la

calidad de vida de la mujer con IU mediante el análisis de las áreas física, social y mental. Consta de 21 ítems que se distribuyen conforme a 9 dimensiones de valoración: percepción del estado de salud general (1 ítem), afectación por problemas urinarios (1 ítem), limitaciones en las actividades cotidianas (2 ítems), limitaciones sociales (2 ítems), limitaciones físicas (2 ítems), relaciones personales (3 ítems), emociones (3 ítems), sueño/energía (2 ítems) e impacto de la IU (5 ítems). Cada ítem es valorado según una escala de respuesta tipo Likert que da opción de 4 respuestas posibles. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (que reflejaría el menor impacto de IU y, por tanto, una mejor calidad de vida) a 100 (mayor impacto y peor calidad de vida). Como resultado, este cuestionario nos permite obtener un valor integral de la calidad de vida de la paciente con IU, y también, otro valor más específico para cada dimensión dentro de la propia escala^{13, 26}.

Ambos cuestionarios están reconocidos y recomendados por la OMS y validados en España^{20, 25}.

Se realizará el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas para detectar a las mujeres con IUE mediante los criterios de selección previamente establecidos. Se contactará con ellas para invitarles a participar en las sesiones de tratamiento de rehabilitación del suelo pélvico. Una vez que acepten, serán derivadas individualmente a la consulta de enfermería de IU, donde se les volverá a informar de los objetivos del estudio y se les entregará el consentimiento informado (ANEXO IV), que deben de leer y firmar para formar parte del estudio, si lo desean.

Las sesiones de rehabilitación del suelo pélvico comenzarán a realizarse a partir del octavo mes del inicio de la recogida de los cuestionarios. En las sesiones se les informará de los objetivos del programa de intervención sanitaria en el que van a participar, se les mostrará el cronograma de actividades y se les notificará de la creación de una página Web para que las pacientes que lo deseen puedan comunicarse y dar opinión sobre temas planteados en las sesiones y realizar consultas o resolver dudas. Estas sesiones constarán de cuatro fases (ANEXO V)^{16, 27,28}. En primer lugar, se citará a las mujeres individualmente para que acudan a la consulta de enfermería de IU del Centro de Salud. En la primera sesión se volverán

a pasar los cuestionarios mencionados previamente: ICIQ-SF y King's Health, que servirán para evaluar el estado de las mujeres al comienzo de las sesiones.

A los tres y seis meses después de esta intervención, se les volverá a citar para evaluar, mediante estas dos encuestas, la evolución de la IUE en estas mujeres. Si la evolución no ha sido positiva y se comprueba la correcta realización de los ejercicios, se valorará la posibilidad de que pueda haber otro problema y se le derivará al médico de atención primaria.

La finalidad de esta intervención es enseñar y educar a las mujeres que padecen es educar IUE para que adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para resolver este problema y mejorar su calidad de vida. Estas mujeres necesitan apoyo y seguimiento por parte del personal de enfermería, por lo que una opción podría ser desarrollar un grupo de educación sanitaria. También, se seguirá manteniendo el contacto con las mujeres mediante la página Web y el teléfono móvil, así cualquier duda que se les presente puedan consultarla inmediatamente.

Método de búsqueda bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica con el propósito de sintetizar y reunir el conocimiento actual sobre el tema propuesto, durante los meses febrero, marzo y abril. La búsqueda de documentos se realizó en bases de datos científicas como: Scielo, Medline (Pubmed) y Biblioteca Cochrane Plus; también se han obtenido guías de práctica clínica publicadas por sociedades científicas e instituciones. Se han revisado, al mismo tiempo, páginas Web como International Continence Society (ICS) acerca del tema que se está tratando.

Se utilizaron las siguientes palabras clave: "Incontinencia urinaria", "incontinencia urinaria de esfuerzo", "suelo pélvico", "rehabilitación", "estilos de vida", "urinary incontinence", "urinary incontinence, stress", "pelvic floor", "activities of daily living" and "lifestyle".

El operador booleano que se utilizó en estas tres bases de datos fue "and".

Para la realización del trabajo no se ha tenido en cuenta el año de publicación de los artículos. Solo se han seleccionado aquellos documentos relacionados con la temática y el límite lingüístico de las búsquedas ha sido el español y el inglés.

Finalmente son 28 los documentos que conforman la bibliografía de este trabajo. Con ellos, se ha realizado una lectura, revisión exhaustiva y análisis de los mismos para organizar la información según los objetivos planteados en esta revisión y así obtener los últimos conocimientos de evidencia científica en el tema.

Normas éticas

El proyecto será evaluado y validado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área (CEIC).

A los participantes del estudio se les entregará un consentimiento informado que deberán entregarlo firmado, para formar parte del estudio, si lo desean.

CRONOGRAMA

A partir del momento en que se conceda la ayuda a la investigación, y con el presente diseño ya realizado, el cronograma de las actividades a realizar es el siguiente:

❖ Primer mes

- Presentación en el Centro de Salud del programa.
- Sesión/Reunión conjunta con el equipo de profesionales sanitarios sobre:
 - Información general de la propuesta
 - Presentación del cronograma

❖ Del segundo al séptimo mes

- Se iniciará la captación de los pacientes mediante las encuestas.
- Se realizará el análisis de los datos obtenidos y mediante los criterios de selección, se escogerán las mujeres que cumplan los criterios de inclusión.

❖ Del octavo mes en adelante

- Inicio de las sesiones de rehabilitación del suelo pélvico.
- Análisis estadístico de los resultados de las encuestas: ICIQ-SF y King's Health.
- Evaluación final de la intervención de enfermería.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA DEL PROYECTO

El equipo investigador está compuesto por: 1 enfermera coordinadora del programa. No presenta experiencia previa en el desarrollo de estudios de investigación, siendo la propuesta de este proyecto, el primer estudio de investigación realizado hasta la fecha.

Se contará con el apoyo de un experto en estadística para la realización del análisis de los resultados.

FINANCIACIÓN

Las ayudas para el proyecto de investigación serán las de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Otro de los medios que utilizaremos para realizar el estudio, son las estructuras que posee la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Ésta es una fundación sin ánimo de lucro que tiene por objetivos:

- Potenciar el desarrollo de la salud en todas sus vertientes.
- Fomentar las iniciativas de solidaridad e interés general que promueven la calidad de vida infantil, de los mayores, de la mujer...
- Promoción del voluntariado.

Gracias a estas fundaciones, dispondríamos de: salas de entrevista, biblioteca con acceso a las principales bases de datos, recursos informáticos, así como de personal experto en estadística que en muchos momentos de la investigación nos será útil y muy necesario.

PRESUPUESTO SOLICITADO	
6.100 Cartas	2.745€
6.300 Encuestas	315€
Cuatro Esterillas	20€
Cuatro Balones de terapia	40€
200 Folletos	400€
20 Pósters	35€
TOTAL GASTOS EJECUCIÓN	3.555€
TOTAL DE AYUDA SOLICITADA	3.800€

LIMITACIONES

- Que no se capte a todas las personas que padecen IUE.
- Negación por parte del paciente a participar.
- Que los participantes abandonen el estudio.

RESULTADOS PREVISIBLES

Estudios como éste podrían demostrar que la captación de las pacientes mediante cartas al domicilio reportaría muchos beneficios a las afectadas por este problema, ya que se podría llegar a demostrar que un alto porcentaje de estas mujeres con IUE no consultan este problema con los profesionales sanitarios, ya sea por vergüenza, por pensar que es normal o incluso por pensar que el profesional sanitario desconoce esta patología o no tiene la suficiente información.

Si quedaran demostrados los beneficios de la intervención enfermera en la mejora y solución de este problema, se podría aplicar este programa todos los años y también se podría llegar a realizar en otros centros de salud de la ciudad Palencia e incluso de otras provincias y comunidades autónomas.

Este tipo de programa tiene muchas ventajas para los pacientes, tal y como ha quedado fundamentado, tanto a corto, como a largo plazo y también supone un ahorro en el gasto de absorbentes para los usuarios y el sistema sanitario.

Teniendo en cuenta que la tendencia actual en la enfermería va en la dirección de la especialización, podría considerarse la existencia de nuevos nichos de empleo en torno a patologías como ésta, llegando a disponer de profesionales de enfermería dedicados en exclusiva a la intervención sobre este problema y así aportar unos cuidados de calidad, integrales y adaptados a las necesidades de los pacientes, promoviendo campañas de educación y gestionando programas de atención individualizada y grupal.

El profesional de enfermería, realizando o colaborando en este tipo de estudios, podría poner de manifiesto que las intervenciones enfermeras tienen mucha relevancia y pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ya que la investigación es una herramienta de la que disponemos para establecer las bases científicas de las actividades de enfermería, para adquirir una mayor competencia y sobre todo para garantizar unas intervenciones eficaces y eficientes, que proporcionen bienestar y aumenten la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cordazo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Urology* [Internet] 2003 [acceso 9 de febrero del 2016]; 61(1): [37-49]. Disponible en: http://www.ics.org/publications/ici_3/v2.pdf/abram.pdf
2. Borrie MJ, Bawden M, Speechley M, Kloseck M. Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *CMAJ* [Internet] 2002 [acceso 9 de febrero del 2016]; 166(10): [1267-73]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC111077/>
3. Tak EC, van Hespén A, van Dommelen P, Hopman-Rock M. Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? A multicenter randomized clinical trial. *BMC Geriatr.* [Internet] 2012 [acceso 5 de abril del 2016]; 189(5): [1821-2]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594652>
4. Nieto E, Moriano P, Serrano L, Dávila V, Pérez M. Efficiency of a nursing clinical trial on the treatment of female urinary incontinence. *Actas Urol Esp.* [Internet] 2007 [acceso 18 de marzo del 2016]; 31(5): [493-501]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v31n5/v31n5a09.pdf>
5. García M.A, De la Calle M, Moreno C, Cid P, González J.A, Rubio J. Incontinencia urinaria y sus efectos en la salud. Plan de cuidados para promoción de la salud. Asociación Española de Enfermería en Urología [Internet] 2007 [acceso 17 de febrero del 2016]; 104: [24-29]. Disponible en: <file:///C:/Users/Infosec/Downloads/Dialnet-IncontinenciaUrinariaYSusEfectosEnLaSalud-2949401.pdf>
6. Robles J. E. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 [acceso 22 de febrero del 2016]; 29(2): [219-31]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es.
7. Dios J.M, Rodríguez M, Martínez J.R, Rodríguez C, Melero M, García J.R. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en

- Galicia. Gac Sanit. [Internet] 2003 [acceso el 27 de febrero del 2016]; 17(5): [409-11]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500010&lng=es.
8. Espuña M, Castro D, Carbonell C, Dilla T. Comparison between the "ICIQ-UI Short Form" Questionnaire and the "King's Health Questionnaire" as assessment tools of urinary incontinence among women. Actas Urol Esp. [Internet] 2007 [acceso 19 de abril del 2016]; 31(5): [502-10]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17711169>
 9. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol [Internet] 2000 [acceso 19 de abril del 2016]; 53: [1150-7].
 10. García-Giralda L, Guirao L, Casas I, Alfaro J.V, Sánchez G, Guirao L. Trabajando la incontinencia urinaria en atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. Arch. Esp. Urol. [Internet] 2007 [acceso 18 de febrero del 2016]; 60(6): [625-32]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000600002&lng=es.
 11. Herrera A, Arriagada J, González C, Leppe J, Herrera F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. [Internet] 2008 [acceso 19 de febrero del 2016]; 32(6): [624-8]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000600008&lng=es.
 12. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Int. [Internet] 2004 [acceso 19 de abril del 2016]; 93(3): [324-30]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764130>
 13. Martínez B, Salinas A.S, Giménez J.M, Donate M.J, Pastor H, Virseda J.A. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp [Internet] 2008 [acceso 18 de abril del 2016]; 32(2): [202-10]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000200008&lng=es.

14. Jolleys JV, Donovan JI, Nanchahal K, Peters TJ, Abrams P. Urinary symptoms in the community: How bothersome are they? *Br J Urol*. [Internet] 1994 [acceso 17 de abril del 2016]; 74(5): [551-5]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7530116>
15. Puchades SM, Muñoz IA, Puchades BR, Caracena PL. Asociación Española de Enfermería en Urología 2013: una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *ADAM* [Internet] 2013 [acceso 5 de mayo del 2016]; 124(16): [606-12]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000891.htm>
16. Conejero A, Gimeno V, Such T. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria [internet]. Madrid: organización médica colegial; 2007 [acceso 19 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://almacen-gpc.dynalias.org/publico/Guia%20Incontinencia%20Urinaria%20MSC%202007.pdf>
17. Pellín D, Martínez S, Toro Merlo J, Sánchez P, Briceño W. Protocolos de Atención en Uroginecología y Piso Pélvico 2013. [Internet] Caracas: Ateproca C.A.; 2013 [acceso 5 de marzo del 2016]; [1-7]. Disponible en: <http://www.ateproca.com/ateprocalg/pdf/pdf.js/web/pdfs/LIBROENCD1.pdf>
18. España M, PuigM. Revisión: Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Institut Clínic de Ginecologia* [Internet] 2004 [acceso 7 de abril del 2016]; 47(6): [278-90]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tratamiento-farmacologico-incontinencia-urinaria-esfuerzo-13063927>
19. García D, Aboitiz J. Efectividad del tratamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Elsevier España* [Internet] 2011 [acceso el 19 de febrero del 2016]; 34(2): [87-95]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90101396&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=146&ty=128&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=146v34n02a90101396pdf001.pdf

20. Asociación profesional de enfermeras de Ontario (RNAO). Manejo de la incontinencia urinaria mediante evacuación inducida [internet]. Canadá: Guía de buenas prácticas enfermeras; 2005 [Acceso 20 de marzo del 2016]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_Incontinencia_spp_022014_-_with_supplement.pdf
21. Maña González M, Mesas Sáez A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. *Enf Clín.* [Internet] 2002 [acceso 12 de abril del 2016]; 12(5): [244-8]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13038478&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=70&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v12n05a13038478pdf001.pdf
22. Song J, Han A, Kang C, Park S, Kim S, Kim K, et al. Impact of lower urinary tract symptoms and depression on health-related quality of life in older adults. *Int Neurourol J.* [Internet] 2012 [acceso 25 de abril del 2016]; 16(3): [132-8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23094219>
23. NNNconsult [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2012 [acceso 2 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
24. Rodríguez R, Álvarez E, Salas L, González A. Estudio de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio. *Clin Invest Gin Obst.* [Internet] 2007 [acceso 1 de marzo del 2016]; 37 (4): [128-36]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13108247&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=7&ty=71&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=7v34n04a13108247pdf001.pdf
25. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del international Consultation on incontinence Questionnaire-Short Form: un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2004 [acceso 5 de abril del 2016]; 122(8): [288-92]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-version-espanola-del-international-13058677>
26. Badía X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King`s Health para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria. *Med clin (Barc)* [Internet] 2000 [acceso 5 de abril del 2016]; 114 (17): [647-52].

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validez-del-cuestionario-kingx00027s-health-10094>

27. Milla F, Romero A. Reeducción vesical. Respuesta de una paciente. Evidentia [internet] 2008 [acceso 25 de abril del 2016]; 5(23): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.reeducaciónvesical.com/evidentipdf>
28. Sánchez J, Cuesta M^aC, Gregorio M^aE. Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Fuenlabrada: Astellas Pharma.

ANEXOS

ANEXO I

Plan de Cuidados:

Dominio 3: Eliminación

Clase 1: Función urinaria

Diagnósticos NANDA:

- 00017 – **Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos pélvicos, deficiencia del esfínter uretral interno, cambios degenerativos de los músculos pélvicos.**
 - Resultados NOC: 0502 – Continencia urinaria
 - Intervenciones NIC: 0560 – Ejercicio del suelo pélvico
 - 056001- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado.
 - 056002- Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.
 - 056003- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.
 - 056004- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.
 - 056005- Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
 - 056006- Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
 - 056007- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
 - 056008- Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.
 - 056009- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.

- 056010- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción.
- 056011- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.
- 056012- Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, para identificar los músculos correctos para contraer y/o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo.
- 056013- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen ejercicios prescritos.

ANEXO II

International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)

Fecha: .../.../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

Por favor escriba la fecha de su nacimiento:/...../.....

Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado las últimas cuatro semanas.

1. Usted es (señale cuál): Mujer Varón
2. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque una):

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1 Nunca | <input type="checkbox"/> |
| 2 Una vez a la semana o menos | <input type="checkbox"/> |
| 3 Dos o tres veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| 4 Una vez al día | <input type="checkbox"/> |
| 5 Varias veces al día | <input type="checkbox"/> |
| 6 Continuamente | <input type="checkbox"/> |

3. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no, marque uno):

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1 No se me escapa nada | <input type="checkbox"/> |
| 2 Muy poca cantidad | <input type="checkbox"/> |
| 3 Una cantidad moderada | <input type="checkbox"/> |
| 4 Mucha cantidad | <input type="checkbox"/> |

4. Estos escapes de orina que tiene ¿cuánto afectan su vida diaria? Por favor marque una cruz, en la siguiente lista, un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5:.....

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

5. ¿Cuándo pierde orina? (señale todo lo que le pasa a usted)

- 1 Nunca pierde orina
- 2 Pierde orina antes de llegar al WC
- 3 Pierde orina cuando tose o estornuda
- 4 Pierde cuando duerme
- 5 Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio
- 6 Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido
- 7 Pierde orina sin motivo evidente
- 8 Pierde orina de forma continua

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

ANEXO III

Kings Health Questionnaire (KHQ)

Fecha:..../..../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

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

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

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

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?

Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente marque con una cruz el casillero que corresponda a su caso.

A. Limitaciones en sus actividades diarias:

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. Limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)
?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

B. Limitaciones físicas y sociales:

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. Ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.) ?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc.?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

C. Relaciones personales:

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

D. Emociones:

12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimida?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupada o nerviosa?

No, en absoluto

- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo misma?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

E. Sueño/energía:

15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotada o cansada?

- No, en absoluto
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

F. ¿Con que frecuencia se encuentra en las siguientes situaciones?:

17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seca?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Siempre

18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

- Nunca
- A veces
- A menudo

Siempre

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojada?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

20. ¿Está preocupada por si huele?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

21. ¿Se siente incómoda con las demás por sus problemas urinarios?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija solo aquellos problemas que usted tenga en la actualidad y márkelos con una cruz, deje sin contestar los que no correspondan a su caso.

G. ¿Hasta qué punto le afecta?:

22. Frecuencia: ir al baño muy a menudo.

Un poco

Moderadamente

Mucho

23. Nicturia: levantarse durante la noche para orinar.

Un poco

Moderadamente

Mucho

24. Urgencia: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar.

Un poco

Moderadamente

Mucho

25. Incontinencia por urgencia: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar.

Un poco

Moderadamente

Mucho

26. Incontinencia por esfuerzo: escape de orina por actividad física (ej. toser, estornudar, correr, etc.).

Un poco

Moderadamente

Mucho

27. Enuresis nocturna: mojar la cama durante la noche.

Un poco

Moderadamente

Mucho

28. Incontinencia en el acto sexual: escape de orina durante el acto sexual (coito).

Un poco

Moderadamente

Mucho

29. Infecciones frecuentes en las vías urinarias.

Un poco

Moderadamente

Mucho

30. Dolor en la vejiga.

Un poco

Moderadamente

Mucho

31. Dificultad al orinar.

Un poco

Moderadamente

Mucho

32. Otro problema urinario (especifique):.....

Un poco

Moderadamente

Mucho

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.

ANEXO IV

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a, de años de edad y con
D.N.I.:, manifiesta que ha sido informado/a por D/D^a
....., con D.N.I.:
y profesional de enfermería del Centro de Salud urbano de Palencia, sobre el
estudio que va a realizar, titulado:
.....

- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme de dicho estudio cuando quiera y sin dar explicaciones.
- He sido informado/a, también, de que mis datos personales serán tratados de manera anónima y confidencial.
- Recibo una copia de este formulario.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento para la participación en dicho estudio.

Palencia, a de de 2016

Firma del participante o representante

Firma del investigador

Rehabilitación del suelo pélvico

Las sesiones de rehabilitación del suelo pélvico se dividirán en cuatro fases:

- **Fase de información:** se explicará a la paciente la anatomía de la zona, en qué consiste el entrenamiento muscular y la importancia de que realice los ejercicios en su casa. Es importante que el profesional de enfermería establezca una relación de ayuda y se gane la confianza de la paciente para conseguir resolver el problema, ya que se trata de un tema delicado.
- **Fase de identificación:** uno de los objetivos de esta fase, es evaluar la fuerza de contracción del músculo pubococcígeo, el tiempo que el paciente es capaz de mantener dicha contracción y las veces que puede repetirla.
Se debe tener en cuenta que un 40% de las mujeres no saben contraer el periné²⁵. Lo que se busca es la contracción del músculo pubococcígeo, sin apnea y evitando la contracción de los músculos antagonistas (glúteos, aductores, rectos abdominales), y para ello la instrucción verbal nunca suele ser suficiente. Las técnicas para enseñar a una mujer a contraer la musculatura del suelo pélvico, son las siguientes:
 - Mediante el tacto vaginal
 - Visualizando el periné en un espejo: observando cómo asciende el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.
 - Observando el movimiento ascendente de una sonda situada en el introito al contraer la musculatura del suelo pélvico.
- **Fase de entrenamiento o cinesiterapia:** los ejercicios para la rehabilitación del suelo pélvico, se dividen en 4 niveles, sumando un quinto al final para la re-educación al esfuerzo; de modo que cuando se realicen los ejercicios de cada nivel sin dificultad, se podrá pasar al siguiente nivel. Antes de empezar a realizar los ejercicios, es recomendable relajar los músculos del suelo pélvico durante tres o cuatro minutos. Puede hacerse de dos formas: una es de rodillas, con el cuerpo inclinado hacia adelante, apoyando los antebrazos en el suelo y la

cabeza en las manos; y la otra, tumbada en el suelo, en decúbito supino, con un cojín bajo la pelvis y las piernas sobre una silla.

De cada ejercicio se deben hacer 5 repeticiones lentas, es decir, 10 segundos de contracción y 10 segundos de reposo (si los primeros días la paciente no aguanta 10 segundos de contracción, puede empezar por 3 ó 4 e ir subiendo progresivamente hasta que llegue a 10); y 5 repeticiones rápidas, es decir, 4 segundos de contracción para soltar tan rápidamente como pueda y permanecer en reposo 8 segundos.

- Nivel 1: posición cuadrúpeda

- Posición: La paciente se colocará en posición cuadrúpeda, con las nalgas sobre los talones. La cabeza y brazos estarán estirados lo máximo posible, pegando la barbilla al pecho. Desde esta posición debe levantarse sin despegar las rodillas, ni las manos del suelo y colocarse en posición cuadrúpeda, dejando la mayor parte del peso del cuerpo sobre las rodillas.



Figura 1: Nivel 1 de RSP, posición.

- Etapas:
 - 1º. Inspirar lentamente, dejando caer el abdomen hacia el suelo y manteniendo la columna sin movimiento.
 - 2º. Contracción del suelo pélvico (no el abdomen).
 - 3º. Espirar, mantener la contracción del suelo pélvico y meter la parte baja del abdomen.



Figura 2: Nivel 1 de RSP, espirar y contraer el suelo pélvico.

- Nivel 2: paciente boca arriba. Se compone de cuatro ejercicios.
 - o Posición: La paciente se colocará tumbada, boca arriba con las piernas flexionadas, ligeramente separadas y los pies apoyados.
 - o Autolongación: Se eleva la pelvis y se colocan las manos apoyadas sobre las caderas. Se empuja con las manos la pelvis hacia los pies, y así se logra el estiramiento de la columna.



Figura 3: Nivel 2 de RSP, autolongación.

- o Ejercicios:
 - Ejercicio 1:
 - 1º. Autolongación
 - 2º. Inspirar lentamente
 - 3º. Contraer el suelo pélvico
 - 4º. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico



Figura 4: Nivel 2 de RSP, ejercicio 1.

Ejercicio 2: Partiendo de la posición del ejercicio anterior, se estira la pierna derecha totalmente y se deja la otra flexionada.

- 1º. Autolongación
- 2º. Inspirar lentamente
- 3º. Contraer el suelo pélvico

4º. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico



Figura 5: Nivel 2 de RSP, ejercicio 2.

Ejercicio 3: Repetir el ejercicio anterior pero con la pierna izquierda y la derecha flexionada.

Ejercicio 4:

1. Autolongación
2. Inspirar lentamente
3. Contraer el suelo pélvico
4. Espirar lentamente mientras se eleva la pelvis y se mantiene la contracción del suelo pélvico.
5. Relajar mientras se baja la pelvis a la posición inicial.



Figura 6: Nivel 2 de RSP, ejercicio 4, autolongación.



Figura 7: Nivel 2 de RSP, ejercicio 4, elevación de la pelvis manteniendo la contracción del suelo pélvico.

- Nivel 3: paciente en sedestación. Se compone de dos ejercicios.

o Ejercicios:

Ejercicio 1:

- o Posición: Paciente sentada con los pies totalmente apoyados en el suelo. Las rodillas tienen que estar a la altura de las caderas. Manos apoyadas a los lados de las caderas.
- o Autolongación: se debe estirar la columna lo máximo posible con la barbilla metida. Mantener esta postura.

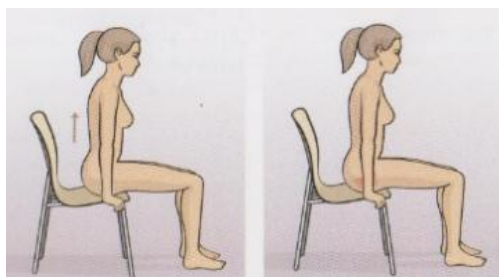


Figura 8: Nivel 3 de RSP, ejercicio 1, autolongación y contracción del suelo pélvico.

○ Etapas

1. Inspirar lentamente
2. Contraer el suelo pélvico
3. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico
4. Relajar la posición durante el tiempo de descanso

Ejercicio 2:

- Posición: igual que el anterior ejercicio.
- Autolongación: estirar la columna lo máximo posible con la barbilla metida. Inclinar ligeramente hacia delante, en esa posición se notará el peso y la contracción ligeramente más desplazada hacia la zona vaginal. Mantener esta postura.



Figura 9: Nivel 3 de RSP, ejercicio 2, autolongación y contracción del suelo pélvico.

○ Etapas:

1. Inspirar lentamente

2. Contraer el suelo pélvico
3. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico
4. Relajar la posición durante el tiempo de descanso

- Nivel 4: en bipedestación.

- Posición: Paciente de pie con una silla detrás. Piernas ligeramente separadas y las puntas de los pies hacia dentro.



Figura 10: Nivel 4 de RSP, posición.

- Autolongación: Se apoyan las manos sobre el respaldo de la silla (colocada atrás). Se estira la columna lo máximo posible con la barbilla metida. Mantener esta postura.
- Ejercicios:
 1. Inspirar lentamente
 2. Contraer el suelo pélvico
 3. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico
 4. Relajar la posición durante el tiempo de descanso



Figura 11: Nivel 4 de RSP, ejercicio.

- Re-educación al esfuerzo: de pie. Este ejercicio debe convertirse en un hábito en determinados esfuerzos de la vida diaria como la tos, estornudos, levantar pesos, saltos, etc. Es el único ejercicio en el que no hay repeticiones rápidas y lentas; debe realizarse como aprendizaje y utilizar como protección en las situaciones anteriormente citadas.
 - o Posición: Paciente de pie, con los brazos a lo largo del cuerpo. Piernas ligeramente separadas.
 - o Palpación: Una mano ha de colocarse sobre el abdomen o bajo el ombligo.
 - o Ejercicios:
 1. Contraer el suelo pélvico
 2. Toser manteniendo la contracción del suelo pélvico. Es importante que la mano del abdomen no sea empujada hacia fuera.

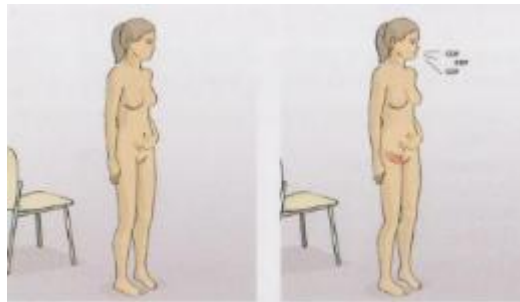


Figura 12: Re-educación al esfuerzo, posición y ejercicio.

La intensidad en la realización de los ejercicios ha de ser la máxima posible, de forma que cuando se vayan adquiriendo nuevos progresos se incremente su intensidad y duración, pudiendo incluso hacer los ejercicios contra-resistencia usando conos vaginales. Por término general, se recomienda realizar los ejercicios con una frecuencia entre dos y cinco veces por semana, ya que se ha demostrado que con una frecuencia menor no es eficaz, y una mayor no conlleva una mejor recuperación. Si la paciente es constante y regular con los ejercicios puede empezar a notar que es capaz de controlar los escapes en seis semanas; aunque

normalmente se establecen periodos entre tres y seis meses en sujetos jóvenes y de mediana edad y más de seis meses en mayores de 60 años.

- **Fase de mantenimiento:** al ser la disfunción del suelo pélvico un trastorno crónico que va empeorando con el tiempo, una vez que se haya conseguido fortalecer la musculatura no se debe abandonar el hábito, ya que en 10 ó 20 semanas la mejora obtenida podría desaparecer. Lo recomendable es ir reduciendo la pauta de entrenamiento poco a poco, manteniendo su intensidad y adaptando la frecuencia y duración; llegando a una rutina deseable de 15 minutos, dos veces al día, una o dos veces por semana.