



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES HASTA LOS 40 AÑOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Ainhara Marina Hernando

Tutelado por: Maria del Carmen Rojo Pascual

Soria, 2 de Julio de 2020



## RESUMEN

**Introducción:** Incontinencia urinaria de esfuerzo es toda pérdida de orina involuntaria y sin previo aviso que aparece tras un aumento de presión abdominal provocado por episodios de risa, tos, estornudos etc. Es problema asociado a numerosos factores de riesgo, la mayoría modificables, que presenta altas cifras de incidencia, especialmente en mujeres.

**Objetivos:** El objetivo general de este trabajo es determinar la actuación de enfermería para la captación, prevención, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres hasta los 40 años.

**Material y métodos:** Es una revisión bibliográfica narrativa realizada en: Lilacs, Dialnet, Elsevier, Cuiden plus, Metas de enfermería, Scencedirect, Cinhal, IME, Medes, Cochrane, Teseo y Google Académico, donde se han recuperado artículos comprendidos entre los años 2005-2019. Incluye, también, la revisión en el Portal de Salud Fisterra, de la Junta de Castilla y León, informes epidemiológicos del INE, la página web de la SEGO y libros.

**Resultados y discusión:** Se ha encontrado una gran disparidad en los datos epidemiológicos y una considerable controversia en los factores de riesgo asociado a la incontinencia urinaria.

El cribado/diagnóstico de la incontinencia urinaria debe constar de anamnesis, exploración física y neurológica y el análisis de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson que ayude a complementar la historia clínica y recopilar los factores de riesgo. Además de complementar la exploración con un cuestionario de calidad de vida.

Se ha elaborado una propuesta para la captación, prevención y seguimiento de las mujeres con incontinencia hasta los cuarenta años. Se propone realizar dicha prevención mediante la terapia de rehabilitación del suelo pélvico, ya que dichos ejercicios carecen de efectos secundarios, pueden complementarse con otras terapias y destacan por su fácil realización y bajo coste.

**Conclusiones:** Si se interviene modificando los factores desencadenantes y el estilo de vida, además de fortaleciendo la musculatura pélvica con terapias de rehabilitación del suelo pélvico, es posible prevenir la mayor parte de las incontinencias urinarias de esfuerzo. Por ello, y dada la creciente prevalencia de este problema en mujeres, el personal enfermero debe asumir un papel más activo en la captación, prevención, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria.

Se ha realizado una propuesta de intervención con la intención de motivar al personal de enfermería de Atención Primaria para trabajar la incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Palabras clave:** “Incontinencia urinaria de esfuerzo”, “prevención- tratamiento”, “enfermería”, “mujeres”.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
INCONTINENCIA URINARIA.....	2
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS .....	5
TRATAMIENTO .....	6
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES .....	7
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	9
<b>OBJETIVOS</b> .....	9
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	9
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	11
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES .....	11
FACTORES DE RIESGO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO .....	11
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO .....	12
TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO .....	13
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO .....	15
<b>PROPUESTA DE ENFERMERÍA PARA LA CAPTACIÓN</b> .....	17
<b>CONCLUSIONES</b> .....	19
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	20
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I. Clasificación de la incontinencia urinaria	
ANEXO II. Aproximación a los diagnósticos de incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria de urgencia	
ANEXO III. Análisis de los cuestionarios de calidad de vida inespecíficos para aplicar en la incontinencia urinaria	
ANEXO IV. Análisis de los cuestionarios para valorar la calidad de vida en la incontinencia urinaria	
ANEXO V. Escala de Laycock	
ANEXO VI. Búsqueda de artículos	
ANEXO VII. Diagrama de flujo de la metodología	
ANEXO VIII. Ejercicios de Kegel	
ANEXO IX. Combinación ejercicios de Kegel con contra fuerza	
ANEXO X. Folleto para la captación las mujeres en edad fértil para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo	
ANEXO XI. Valoración de enfermería. Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Mujeres de edad fértil con incontinencia urinaria en España.....	3
Tabla 2. Tratamiento para la incontinencia urinaria.....	7
Tabla 3. Grados de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres .....	8
Tabla 4. Diagnósticos: incontinencia urinaria de esfuerzo / disposición para mejorar la alfabetización en salud: prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo .....	18

## LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>ASANEC</b>	Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria
<b>DL</b>	Decúbito Lateral
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DS</b>	Decúbito supino
<b>EEII</b>	Extremidades inferiores
<b>EPOC</b>	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
<b>GAH</b>	Gimnasia Abdominal Hipopresiva
<b>HC</b>	Historia Clínica
<b>gr</b>	Gramos
<b>HTA</b>	Hipertensión Arterial
<b>ICIQ-SF</b>	International Consultation on Incontinence Questionnaire- Shorth Form
<b>I-QOL</b>	Urinary Incontinence- Specific Quality of Life Instrument
<b>ICS</b>	International Continence Society
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>IU</b>	Incontinencia Urinaria
<b>IUE</b>	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
<b>IUM</b>	Incontinencia Urinaria Mixta
<b>IUU</b>	Incontinencia Urinaria de Urgencia
<b>ITU</b>	Infección Tracto Urinario
<b>min</b>	Minutos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONI</b>	Observatorio Nacional de Incontinencia
<b>SEGO</b>	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
<b>SF-36</b>	Short Form-36

## INTRODUCCIÓN

Para introducir el tema de la incontinencia urinaria (IU) debemos explicar previamente la micción y las estructuras de las que depende este proceso fisiológico.

La vejiga es un órgano hueco de fibras lisas que se encarga de acumular la orina proveniente de los uréteres formada en los riñones. Está formada por el músculo detrusor, encargado de la contracción vesical. En él, se distinguen: el cuerpo, que es el encargado de almacenar la orina y posteriormente contraerse para expulsarla y, el cuello, porción que comunica con la uretra. En la pared posterior de la vejiga se encuentra el trígono vesical, un triángulo que, sus vértices, superiores constituyen la desembocadura de los uréteres y, su vértice inferior, la de la uretra.<sup>1</sup> La uretra es el conducto encargado del vaciado y de la conducción de la orina hasta el exterior, está formada por un esfínter interno (encargado de la contención urinaria involuntaria, formado por fibras lisas) y uno externo (encargado de la contención voluntaria, formado por fibra estriada). Los esfínteres mantienen la uretra posterior sin orina, gracias a ello se consigue no desencadenar el reflejo de micción. La uretra es diferente tanto anatómica como funcionalmente en hombres y mujeres.<sup>1</sup>

El suelo pélvico es el conjunto de músculos, tendones, fascias y ligamentos (uretropélvicos, pubouretrales, ambos encargados del soporte del tercio medio uretral, y los uterosacros). En cuanto al complejo muscular y de fascias, se distinguen tres niveles, a cada cual se le asocia una función concreta.<sup>1,2</sup>

En el nivel superior, están el músculo elevador del ano y el músculo pubocoxígeo, que se encargan de la apertura y cierre de la uretra, por lo que será indispensable para la continencia. A nivel medio, está el músculo longitudinal externo del ano, encargado de la tracción hacia abajo de vejiga, vagina y recto para provocar la angulación necesaria y, por último, estará el nivel inferior, formado por el diafragma urogenital, encargado principalmente de dar soporte a los órganos pelvianos.<sup>1,2</sup>

La micción es un acto reflejo que va a depender de ramas nerviosas sensitivas encargadas de informar sobre los grados de distensión vesical y uretral posterior, de los segmentos medulares o metámeras) encargados de la integración y respuesta y, por último, de las ramas motoras conductoras de la respuesta que provocará distensión o contracción.<sup>1</sup>

Los receptores implicados en el proceso de micción son: los receptores alfaadrenérgicos (encargados de la contracción y ubicados en cuello vesical, trígono y uretra), receptores betaadrenérgicos (ubicados en cuerpo y cuello vesical, generadores de la relajación del músculo) y los colinérgicos (encargados de contraer y ubicados en cuerpo vesical, esfínter estriado y musculatura del suelo pélvico).<sup>2</sup>

Los nervios que intervienen en el reflejo de micción son el pélvico (actúa como parasimpático aferente y eferente), cuyos niveles metaméricos son sacro (S2-S4), el nervio hipogástrico, (actúa como simpático eferente y nociceptivo aferente sobre pared vesical, uretra posterior y esfínter interno) con origen en las metámeras torácicas (T10)- lumbar (L2) y, por último, el nervio pudendo (somático eferente que inerva musculatura superficial del periné y esfínter externo), procedente de S2-S4.<sup>1,2</sup>

En la fase de llenado vesical la vejiga va acomodando su tono a medida que aumenta el volumen de orina. La capacidad de la vejiga dependerá de cada persona, pero normalmente el nivel

umbral ronda los 350-500ml, aunque 200-300 ml se consideran suficientes para desencadenar el deseo de micción. Cuando se alcanza el volumen umbral y existe distensión vesical y llenado de la uretra posterior, se produce una onda de micción. Esta se transmite por los nervios pélvicos hasta el centro parasimpático sacro, el cual producirá contracción del detrusor y relajación del esfínter uretral interno. La intensidad y frecuencia del reflejo aumentarán conforme se vayan reprimiendo las ondas de micción, es decir, presenta una retroalimentación positiva. Cuando la intensidad del reflejo alcanza la intensidad suficiente, se relajará el esfínter externo gracias a otro estímulo en el que intervienen los nervios pudendos y tendrá comienzo la fase de vaciado.<sup>1</sup>

La continencia de la orina depende de un juego de presiones. Para que se pueda dar el llenado vesical debe de haber mayor presión en el sistema esfinteriano que en la vejiga. Si se da la situación contraria, se dará la fase de vaciado vesical, la cual si es de forma consciente y voluntaria, se denomina micción, y si es involuntaria o inconsciente, incontinencia.<sup>3,4</sup>

La incontinencia puede producirse por un defecto en la fase de llenado (ausencia de una acomodación vesical adecuada, fallo en el cierre de esfínteres o presencia de contracciones vesicales involuntarias) o en la de vaciado (ausencia de disminución de la resistencia esfinteriana o de contracción sincrónica del detrusor).<sup>5</sup>

Estos defectos aparecen por alteraciones a dos niveles, en el detrusor o en el sistema esfinteriano. Las alteraciones del detrusor pueden ser bien hiperactividad de este (en este caso la vejiga actuará como si estuviese llena, aunque el volumen de orina sea mínimo) o hipoactividad (no se producirá contracción por lo tanto no se orinará hasta que la presión vesical sea superior a la uretral y se orine por rebosamiento). Las alteraciones esfinterianas pueden ser bien la hiperactividad de este (se orinará por rebosamiento como en la hipoactividad del detrusor) bien la hipoactividad (al mínimo aumento de la presión intravesical habrá escapes de orina).<sup>6</sup>

No debemos olvidarnos de la relevancia de los sistemas simpático, parasimpático y somático en este proceso; el simpático posibilita la continencia manteniendo el cuello de la vejiga cerrado durante la fase de llenado, el sistema somático ayuda a la continencia al actuar sobre el nervio pudendo y, el parasimpático, por el contrario, se encarga del vaciamiento actuando sobre el detrusor.<sup>6,7</sup>

## **INCONTINENCIA URINARIA**

La incontinencia urinaria (IU) según la International Continence Society (ICS) es toda pérdida involuntaria de orina en función del *“tipo y frecuencia de la presentación, gravedad, factores precipitantes, impacto de los síntomas sobre la calidad de vida, medidas utilizadas por el paciente para la contención de la orina y el deseo por su parte de buscar ayuda médica o la ausencia de éste”*.<sup>4</sup>

Por otra parte, para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), es la *“pérdida involuntaria de orina cuya duración puede ser muy variable y que supone una limitación en la vida diaria de muchas mujeres que ven alterada su actividad familiar, social y laboral por esta patología”*.<sup>8</sup>

La IU puede ser considerada un síntoma, un signo o una condición. Es un síntoma cuando es el paciente el que refiere este problema dentro de la anamnesis clínica, un signo cuando



encontremos hallazgo de esta patología a través de un examen físico y, por último, una condición cuando es hallada a través de una prueba diagnóstica como puede ser el estudio urodinámico.<sup>3,9</sup>

A pesar de no ser una enfermedad grave que genere dolor, limite movimientos o cause la muerte, tiene una importante repercusión en la calidad de vida del paciente. Hoy en día el estrés, la importancia de la estética, la competitividad en el ámbito laboral y la búsqueda de la perfección hacen que la incontinencia urinaria no suponga un problema únicamente a nivel orgánico, sino que afecta directa e indirectamente al ámbito social, psicológico, afectivo, sexual y económico del que la padece. La IU representa un problema de compleja solución que limita gravemente la libertad y la autoestima, pues provoca la falta de control sobre si mismo<sup>2,3,10,11</sup>. Esta patología disminuye la calidad de vida mucho más que otras enfermedades crónicas como pueden ser la diabetes mellitus (DM) o la hipertensión arterial (HTA)<sup>2</sup>.

La incontinencia puede clasificarse de diferentes maneras en función de su intensidad, la duración o la clínica. (ANEXO I)

Respecto a la **prevalencia**, encontramos datos que recogen la presencia de IU con solo un episodio en la vida, los que se centran en la gravedad del episodio o el impacto en la calidad de vida, u otros. Existe gran disparidad en esta, ya que depende del método de obtención de datos empleado (personas que acuden a consulta o encuestas), del ocultismo de esta enfermedad por parte de la población, del colectivo al que está enfocado el estudio (mujeres, hombres, edades, factores de riesgo del colectivo, etc.) y del tipo de estudio.<sup>3,7,12,13</sup>

Sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística (INE), tras la Encuesta Europea de Salud de 2009 de enfermedades crónicas, ofrece datos acerca de las mujeres afectadas por IU en España, que indican que, atendiendo a las diferentes edades, el número de mujeres incontinente se incrementa de manera progresiva en cada década. En la Comunidad Autónoma Castilla y León los datos indican que sesenta y ocho mil quinientas mil mujeres padecen IU<sup>14</sup>. A pesar de estos datos, el presupuesto para detección y tratamiento que dedican los países desarrollados como España, no pasa del 2% del total destinado a Sanidad.<sup>3,15</sup>(Tabla 1)

**TABLA 1. MUJERES DE EDAD FÉRTIL CON INCONTINENCIA URINARIA EN ESPAÑA**

TABLA 1. MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON INCONTINENCIA URINARIA EN ESPAÑA <sup>16</sup>			
EDAD	TOTAL (*)	SÍ (%)	NO CONSTA (*)
De 16 a 24	2.176,8	0.14%	0%
De 25 a 34	3.616,3	0.65%	0%
De 35 a 44	3.723,2	1.59%	0,01%
De 45 a 54	3.207,3	2.99%	0.04%
Mayores de 54	6.875,5	13.22%	0.09%
<b>TOTAL</b>	<b>19.599,1</b>	<b>5.57%</b>	<b>0.04%</b>

(\*) Unidades: miles de personas

Modificación de 16

Los **factores de riesgo** para que la mujer padezca IU tienen que ver con sus antecedentes personales y familiares, los hábitos de vida y los relacionados con tratamientos

tocoginecológicos, médico quirúrgicos y farmacológicos:

a. Tener antecedentes familiares de IU<sup>2,4,10,15,17,18</sup>, ser de raza blanca frente a la raza negra<sup>2,5,17</sup> e incluso haber padecido enuresis infantil también son condicionantes para sufrir pérdidas de orina en un futuro<sup>5,15</sup>.

b. Respecto a los hábitos de vida relacionados con la alimentación influye el consumo de cafeína, alcohol<sup>7,10,18-20</sup> o té<sup>21</sup>; así como la ganancia de peso mayor a 10 kg y/o la obesidad<sup>2-4,6-10,12,13,15,17-20,22</sup>. También ser estreñida<sup>5,10,19,21,22</sup> y realizar cualquier actividad que implique aumento considerable de la presión intrabdominal como uso de faja<sup>7,10,18,19,20</sup>, realización de deporte de impacto, trabajo de gran esfuerzo o tocar instrumentos de viento<sup>10,11,17,19,21</sup>. El consumo de tabaco por el efecto irritativo de la nicotina sobre el detrusor y la tos son también condicionantes<sup>2,11,18,19</sup>.

c. Antecedes Tocológicos que puedan resultar lesivos para el suelo pélvico como: embarazo<sup>4,5,10,13,15,19,22,23</sup>, parto vaginal<sup>2-5,8,10,12,13,15,17,19,20,22,23</sup>, macrosomía fetal<sup>2,5,15,17,22</sup>, parto instrumentado<sup>9,18,24,26</sup>, desgarro vaginal<sup>2,11,22</sup>, pujo inducido y temprano<sup>17,22</sup>, duración elevada del segundo periodo del parto<sup>2,17</sup> y edad reforzando los aspectos anteriores<sup>2,5,15,17,20,22,23,25</sup>.

d. El historial Ginecológicos de menopausia y el consiguiente déficit estrogénico<sup>2,10,11,13,15</sup>, con uso o no de terapia hormonal sustitutiva en menopausia<sup>4</sup>.

e. Los antecedentes médicos como: padecer enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple<sup>6,7,11,15,19,21,26</sup>, Alzheimer<sup>6,7</sup>, accidente cerebrovascular<sup>6,7,11,15,19,21</sup>, Parkinson<sup>7,11,19,21</sup>, mielomeningocele<sup>25</sup> y traumatismos medulares<sup>6,7,25,15,17</sup>. Enfermedades endocrinas como la DM<sup>2-5,7,9,13,15,21,25</sup> y su consiguiente neuropatía diabética<sup>6,25</sup>, hipercalcemia e hipopotasemia<sup>6</sup> y carencias vitamínicas<sup>21</sup>. Enfermedades psiquiátricas con especial importancia los déficits cognitivos<sup>3,15</sup>, la depresión<sup>11</sup>, el delirio<sup>6</sup>, la vejiga hiperactiva y las demencias como el Alzheimer o la esquizofrenia<sup>4,5,11,19,21</sup>. Son de especial importancia las enfermedades respiratorias como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la tos crónica y la rinitis alérgica<sup>7,21,24</sup>. Sin olvidar las enfermedades renales como las infecciones de tracto urinario (ITU)<sup>6,7,11,15</sup>, uretritis atrófica<sup>6</sup> y neoplasias<sup>5,6</sup> por su especial influencia en la IU. Así como las enfermedades cardíacas como la HTA<sup>11,21</sup> y la insuficiencia cardíaca<sup>21</sup> también serán relevantes. Cualquier limitación en la movilidad de la persona también será un factor condicionante para el padecimiento de la IU<sup>3,5,6,11,19</sup>. Se mencionan también la influencia de la estática vertebral (hiperlordosis, escoliosis) y los traumatismos craneoencefálicos<sup>6,7</sup>. Los tratamientos de radioterapia son considerados factor de riesgo<sup>6</sup>.

f. Antecedentes quirúrgicos en zona pélvica o abdominal, en el aparato urinario y genital<sup>4-7,11,12,17,19,21,23</sup>.

g. Por último se relaciona la IU con el uso de fármacos diuréticos, sedantes, antipsicóticos e hipnóticos contribuyen a estas pérdidas de orina.<sup>6,7,11,18,19,20</sup>

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

La mayor parte de las técnicas diagnósticas de la IU pueden ser realizadas, dada su sencillez, por enfermeras en Atención Primaria (AP). Los pilares fundamentales del diagnóstico son la historia clínica (HC), la exploración física y la neurológica, ya que controlar las enfermedades sistémicas y las limitaciones influirá en la mejoría y recuperación de la IUE.<sup>2</sup>

La anamnesis recoge todos los aspectos mencionados hasta el momento respecto a antecedentes médicos, tocológicos, ginecológicos, quirúrgicos, farmacológicos y de hábitos de vida. Tanto si la usuaria ya presenta episodios de IU como si no, se deben conocer los aspectos relacionados de la necesidad de eliminación, añadiendo en caso de IU las siguientes cuestiones: circunstancias en las que se produce la pérdida, cuantificar el escape, tiempo que lleva padeciendo este problema, tipo de incontinencia padece (ANEXO II) y el impacto de la IU en su calidad de vida mediante cuestionarios específicos.<sup>3,5,9,18,20</sup> (ANEXO III y ANEXO IV)

Para realizar la exploración física conviene que se abstenga de mantener relaciones copulares 48 horas antes de acudir a consulta, no realice irrigaciones vaginales ni emplee medicación o anticonceptivos tópicos y, en caso de emplear anillos vaginales, debe citarse en los días de descanso. Además debe acudir con la vejiga llena. En dicha exploración han de valorarse aspectos cognitivos, neurológicos y realizar una exploración abdominal (que descarte masas, hernias o globo vesical)<sup>3,6,7,9</sup>, una observación genital externa, el tacto vaginal con testing muscular y una prueba de provocación<sup>18</sup>.

En el examen de genitales externos se debe observar coloración, cicatrices, estado de piel y mucosas, distancia anovulvar, distribución del vello púbico y su apariencia en general, prestando especial atención al meato uretral. Algunos autores también aconsejan realizar un tacto rectal para evaluar el tono del esfínter anal y descartar la presencia de masas rectales o hemorroides<sup>3,6,7,9</sup>.

En el examen vaginal se valora el diámetro de apertura vaginal, la presencia de leucorrea, trofismos, se descarta la presencia de prolapsos y se evalúan las paredes anterior y posterior de la vagina y el tono muscular de la uretra, vejiga y de la ampolla rectal<sup>2</sup>. Mediante la Escala de Laycock (ANEXO V), se valora la percepción, la fuerza, la resistencia, rapidez y el número de contracciones que resiste. Con el perineómetro se mide tono vaginal en reposo, el tono máximo en contracción rápida de 2 segundos y la presión al finalizar una contracción sostenida (de 6 a 8 segundos).<sup>3,6,7,9</sup>

La prueba de provocación consiste en un test para valorar la pérdida de orina instantánea, se realiza pidiendo a la mujer que tosa en tres posiciones; decúbito supino (DS), decúbito lateral (DL) y bipedestación, si hay pérdida instantánea se diagnostica como IUE, mientras que, si hay un pequeño espacio de tiempo entre el esfuerzo y la pérdida de orina, será IUU. Se complementará este test con la prueba de Boenney-Kead-Marchetti (prueba de elevación del cuello vesical).<sup>2,3,6,7,9,19</sup>

La valoración neurológica es importante para descartar la pérdida de sensibilidad perineal y en las extremidades inferiores (EEII), así como actividad motora<sup>9</sup>. Para valorar la sensibilidad perineal se coloca a la paciente en posición de litotomía y esta debe distinguir entre el extremo roma o punzante de un hisopo<sup>21</sup>. Para la valoración del reflejo bulbocavernoso ha de estimularse la zona paraclitoidea y observar si se produce contracción del ano<sup>21</sup>.

Otras herramientas para exámenes adicionales son el diario miccional, el pad-test o los estudios urodinámicos. Estas no han de emplearse por defecto en todos los pacientes con sospecha de IU<sup>9</sup>. En algún caso puede que se recomiende complementar el estudio con urocultivo, analítica sanguínea (para valorar glucemia, función renal e iones), ecografía o evaluación de orina residual.<sup>6,7,18,20</sup>

*Diario miccional:* Ayuda a clasificar la IU, valorar su frecuencia, severidad, sus síntomas asociados y a evaluar la eficacia del tratamiento. Consiste en registrar, durante 3-7 días, la cantidad de líquido ingerido y los eventos miccionales, anotando volumen, pérdidas y síntomas asociados a estas o actividad que estaba realizando cuando se produjo la fuga. Este instrumento, es el más simple y rentable<sup>6,9,18,19</sup>. En caso de que la paciente use absorbentes, también se recogerá dicho dato<sup>2</sup>.

*El Pad-test:* Es útil para valorar la cantidad y la severidad del escape de orina según la ICS<sup>2</sup>, pero no para definir el tipo de pérdida. Se debe evitar la micción dos horas antes de la cita, ya que esta prueba consiste en llevar una compresa previamente pesada y subir escaleras, agacharse 5 veces al suelo como si fuese a recoger un objeto, sentarse y toser 10 veces, y finalmente lavarse las manos en agua durante un minuto. Después, se pesará nuevamente la compresa. La diferencia con el peso previo de 1-2 gramos (gr) es considerada normal, de 2 a 10 gr se interpretará como una IU leve, de 10 a 20 gr moderada y mayor de 50 gr severa<sup>2,3,9</sup>.

El *estudio urodinámico* para evaluar el almacenamiento y la evacuación de la orina mediante parámetros fisiológicos. Puede hacerse mediante la flujometría (es la menos invasiva y mide la velocidad del flujo urinario durante una micción), la cistomanometría (estudia la relación volumen y presión en la fase de llenado, útil principalmente para diferenciar entre IUE, IUU e IUM) o el estudio presión-flujo (estudia fase miccional)<sup>6,10</sup>.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la IU, debe tener en cuenta, siempre, la opinión del paciente. La estrategia terapéutica a seguir variará mucho en función del tipo de incontinencia y su causa.

Existen 4 niveles de tratamiento (Tabla 2) y se debe comenzar con las medidas más simples e inocuas del tratamiento conductual e ir avanzando hacia las más agresivas en caso de no ser efectivas las anteriores.<sup>3,15,18,25,27</sup>

Hay casos que deben ser tratados en los servicios especializados, bien por sus características o por su gravedad o dificultad para diagnosticar. También cuando aparezcan síntomas que hagan sospechar gran afectación con la calidad de vida o con la salud.<sup>7,13,15,18</sup>

**TABLA 2. TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA**<sup>3,5,12,13</sup>

TABLA 2. TRATAMIENTOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA <sup>3,5,12,13</sup>		
	TÉCNICAS	DEFINICIÓN
Nivel I: Tratamiento conductual <sup>3</sup>	Técnicas cuidadores-dependientes	
	Vaciamiento programado	Crear rutina de anticipación a la micción involuntaria
	Doble vaciamiento	Eliminación del volumen residual intentando una segunda micción
	Entrenar el hábito	
	Refuerzo continencia	Refuerzo positivo ante la reacción o pañal seco
	Educativas/ rehabilitadoras	
	Entrenamiento vesical	Vaciar periódicamente la vejiga aumentando progresivamente el tiempo entre cada micción
	Rehabilitación del suelo pélvico (con o sin instrumentos)	
	Biofeedback	
	Electroestimulación	Impulsos eléctricos mediante electrodo vaginal o anal
Gimnasia abdominal hipopresiva		
Nivel II: Tratamiento farmacológico <sup>5</sup>	<b>En IUE:</b> -Duloxetina	-Midrodrina -Clenbuterol
	<b>En IUU:</b> -Antimuscarínicos -Medicamentos sobre canales de la membrana -Medicamentos con efectos mixtos	-Antidepresivos -Antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos y beta-adrenérgicos -Inhibidores de la PDE-5 y de la COX -Toxinas
Nivel III: Tratamiento quirúrgico <sup>5</sup>	-Técnicas de Sling - Esfínter artificial -Inyecciones periuretrales (bulking) para dar volumen a la uretra	
Nivel IV: Tratamiento conductivo <sup>3,12,13</sup>	Como última opción se hará uso de absorbentes, colectores, sondajes vesicales o dispositivos oclusivos como los pesarios	
<i>Leyenda: Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE); incontinencia urinaria de urgencia (IUU)</i>		

Fuente: 3,5,12,13. Elaboración propia

## INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina que aparece sin previo aviso y sin deseo imperioso de orinar, tras un aumento de la presión abdominal provocado por algún esfuerzo físico (risa, tos, estornudos, cargas de peso, correr, caminar, saltar etc.)<sup>18,26</sup>. Aparecen cuando la presión intravesical supera la presión uretral, debido a debilidad en las estructuras que conforman el suelo pélvico, a una disfunción del esfínter uretral o a una hipermovilidad uretral<sup>2,7,21,25</sup>. La pérdida de orina suele ser inferior a los 50 ml<sup>2</sup>, pero dependerá del grado de alteración que presente la persona y de la intensidad del esfuerzo que esté realizando<sup>6</sup> (ANEXO I). La IUE se clasifica en tres grados en función de la presión abdominal, la posición del cuello y la uretra (Tabla 3).

**TABLA 3. GRADOS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES <sup>9</sup>**

TABLA 3. GRADOS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES <sup>9</sup>				
VALORACIÓN	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III
PRESIÓN ABDOMINAL	NO DEMOSTRABLE	SI	-	-
POSICIÓN CUELLO		NORMAL	INCOMPETENCIA	-
POSICIÓN URETRA		NORMAL	HIPERMOVILIDAD	INCOMPETENCIA

Fuente: 9. *Elaboración propia.*

En cuanto a la prevalencia de la IUE en mujeres, es imposible establecer un dato concreto, dada la disparidad de datos derivada de los factores explicados, pero se estima que ronda el 25-45% de la población femenina, el 28% si se trata de mujeres primíparas.<sup>2</sup>

La IUE, representa a un porcentaje de mujeres de entre el 10-39% de la población, la IUM es considerada el siguiente tipo de IU más común, con una prevalencia que ronda el 7'5-25%. Por otra parte, se encuentra la IUU, que es considerada poco frecuente, con un 1-7% de prevalencia. Por último, los otros tipos de IU, abarcan el 0'5-1% de la prevalencia total.<sup>4</sup>

Los factores de riesgo para padecer IUE son los mismos que los enumerados anteriormente, además de: multiparidad <sup>7,23,28</sup>, IU durante el embarazo<sup>11,28</sup> y episiotomía.<sup>11,22,29</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Tras observar las repercusiones psíquicas, físicas, emocionales, sociales y sexuales que experimentan aquellas mujeres, tanto jóvenes como adultas, cuando sufren este problema y valorar la gran cantidad de mujeres afectadas por la incontinencia urinaria, se consideró necesario realizar una revisión acerca de cómo abordar este problema de gran envergadura para la salud pública.

Es nuestra motivación conseguir que esta patología sea más visible, acabar con el ocultismo asociado y con el desconocimiento acerca de las posibles alternativas para la prevención o el tratamiento.

Es por tanto una gran oportunidad para la enfermera de AP de poder llevar a cabo una actuación explícita donde desarrolle su función de educadores para la salud. Por todo ello, enfermería debe asumir responsabilidades en cuanto a la captación, prevención, solicitud y realización de pruebas para un diagnóstico precoz y personalización de los cuidados, para así lograr una mejora en la efectividad de la atención a este problema.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la actuación de enfermería para la captación, prevención, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres hasta los 40 años.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las mejores técnicas para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres hasta los 40 años.
- Elaborar una propuesta de actuación enfermera en Atención Primaria para la captación, prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres hasta los 40 años mediante técnicas conductuales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para definir los objetivos anteriormente citados, se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo narrativo con intención de recopilar, analizar, sintetizar y comparar los datos más relevantes de la literatura disponible a cerca de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres.

La realización de la búsqueda bibliográfica se ha realizado entre los meses de noviembre y diciembre, en las bases de datos de Cuiden plus, Cinahl, Elsevier, IME, LILACS, Medes, ScienceDirect y TESEO, el Portal de Salud Fistera y de Castilla y León, el repositorio Dialnet, los buscadores Cochrane y Google Académico, las páginas web del INE, OMS y SEGO, la revista Metas de Enfermería y el metabuscador Google para revisar otras publicaciones pertinentes. Por último, se consultaron los siguientes libros: Fisioterapia en obstetricia y ginecología de Stephenson RG et al., Fisiología dinámica de Córdova, Incontinencia urinaria femenina y disfunciones del piso pélvico de Lomanto, Fertilidad y esterilidad humanas de Balasch et al. y Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación de Heather et al.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de artículos han sido que fueran artículos originales, disponibles a texto de completo de manera gratuita, con un margen de fecha de publicación de 14 años (del 2005 al 2019), en español, inglés o portugués y que proporcionen información relevante sobre la incontinencia urinaria. Se amplió la el margen a más de 10 años por la relevancia de dichos artículos. Se realizó una excepción en los criterios de inclusión y fue con el artículo obtenido de la base de datos Elsevier, del año 2002 y con cuatro libros de los años 1999, 2000 y 2003, todos ellos incluidos por su relevancia.

Las palabras clave empleadas para la búsqueda fueron: “Incontinencia urinaria de esfuerzo”, “prevención-tratamiento”, “enfermería” y “mujeres”.

Todos los artículos han sido escogidos siguiendo la estrategia de búsqueda que se muestra en el ANEXO VI. Tras realizar la selección leyendo solo el título, se procedió a la lectura del resumen de los artículos seleccionados. Después, se obtuvieron en texto completo para realizar el análisis solamente de los que se adaptaban a los criterios previamente citados y los que fueran relevantes para la realización de este trabajo. Este procedimiento se encuentra en el “Diagrama de flujo” (ANEXO VII).

Se han empleado un total de 23 artículos procedentes de las bases de datos mencionadas, los 6 libros mencionados anteriormente, 3 artículos recuperados del metabuscador Google, 2 informes epidemiológicos extraídos del Instituto Nacional de Estadística, 2 artículos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 1 documento recuperado del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León y 5 páginas web donde se han recuperado cuestionarios de calidad de vida, siendo un total de 42 referencias bibliográficas.



## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Presentamos los resultados obtenidos organizados en: datos epidemiológicos, factores de riesgo, métodos diagnósticos, tratamiento conductual y actuación de enfermería en la incontinencia urinaria de esfuerzo.

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES

Existe controversia entre los autores en cuanto a la franja de edad de las mujeres que presentan IUE así como en el tiempo que transcurre desde el parto hasta su aparición.

Entre el 30-40% de la población española femenina presenta IUE, según el Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI)<sup>23</sup>, y entre el 40'6-75% según la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)<sup>3</sup>. En general hay autores como Gómez<sup>7</sup> que amplían la prevalencia al 9-72% de las mujeres, o como González et al.<sup>9</sup> quienes afirman que el 17-45% de todas las mujeres adultas se ve afectada por este problema, siendo mayor en la IUE (48%), seguida por la IUU (17%) y la IUM (35%).

Aunque no está clara la asociación entre la IUE y la edad, llegando incluso la ICS<sup>3</sup> a indicar que no debe ser considerado un factor intrínseco, los datos parecen indicar lo contrario. Puchares<sup>12</sup> indica que desde los 25 a los 60 años de edad se incrementa la IUE del 10% al 50% y Brenes et al.<sup>15</sup> que presentan IUE el 24% en mujeres jóvenes, 30-40% en mediana edad y 50% en edad geriátrica. Los estudios realizados por Martín<sup>12</sup>, Alcolea<sup>34</sup> y Gómez<sup>30</sup> en mujeres entre los 15 y los 45 años nos proporcionan una relación directa que oscila desde el 2'5%, el 12'7% hasta el 20% respectivamente de incidencia de IUE con sus edades. A través de otros estudios como los de Gómez<sup>7</sup> y González et al.<sup>9</sup> se sigue observando la correlatividad creciente con la edad ya que señalan una incidencia de IUE entre 40-48% respectivamente para mayores de 45 años, del 50% para las mujeres de 60 años según González et al.<sup>9</sup> y del 70% para las de 70 años según Gómez<sup>30</sup>.

Si parece haber relación entre haber parido por vía vaginal como factor condicionante para la IUE. Barranco et al.<sup>28</sup>, Navio et al.<sup>21</sup> y Alcolea et al.<sup>24</sup> establecen que en el tercer mes del puerperio la prevalencia en el 29-30% de las mujeres. Al sexto mes del parto según Alcolea et al.<sup>24</sup> persiste la IUE en el 22% y, a los 12 meses, según Barranco<sup>28</sup> en el 47% de ellas. Los datos indican que a partir de los 5 años desde el parto el porcentaje de mujeres con IUE oscila entre el 30%<sup>21,24</sup> y el 52.1% según la ASANEC<sup>3</sup>, en contraposición, Martín et al.<sup>12</sup> reducen la prevalencia al 7-12%. Datos todos ellos crecientes y que coinciden con los expuestos en relación con la edad.

No todas las mujeres que padecen IUE solicitan ayuda como confirman los datos aportados por la ASANEC<sup>3</sup>, que establece que solo el 11'4-21'3% de todas ellas solicita ayuda, aunque Gómez<sup>7</sup> y González et al.<sup>9</sup> indican cifras mayores que oscilan del 35 al 44'9% respectivamente.

### FACTORES DE RIESGO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Respecto a los hábitos de vida, en relación al peso, Martín et al.<sup>12</sup> insisten en que un IMC elevado no tiene relación con el riesgo de padecer IU, pero Brenes et al.<sup>15</sup> recomiendan tratar la obesidad cuando sea moderada o mórbida. Al contrario que Thüroff et al.<sup>13</sup>, Brenes et al.<sup>15</sup> indican que la dieta (sobre todo con ingestas de 1-1'5L/día y el consumo de cafeína) y determinados esfuerzos físicos, incluido el estreñimiento, son factores de riesgo para la IU.

Respecto al historial médico, la ICS<sup>4</sup>, Lomato<sup>2</sup>, o Thüroff et al.<sup>13</sup> no ven relación de la IUE con la depresión y las ITU, ni tampoco con la Insuficiencia Cardíaca o la EPOC, respectivamente. También, la ICS<sup>4</sup> y Thüroff et al.<sup>13</sup> sugieren que fumar no debe considerarse un factor de riesgo aunque Sánchez<sup>31</sup> y Brenes et al.<sup>15</sup> indican que es un hábito a eliminar cuando hay IUE.

Muchos autores<sup>4,5,7,13,15</sup> afirman que no existe evidencia suficiente para considerar la menopausia y el déficit de estrógenos como factores de riesgo de la IUE, ni tampoco otros antecedentes como haber padecido un parto instrumentado<sup>4,11,12</sup>, algún desgarro en la zona perineal<sup>12,24</sup>, la realización de la episiorrafía<sup>4,12,24</sup>, el peso y perímetro cefálico del recién nacido<sup>12,24</sup>, número de partos<sup>11,24</sup> y embarazos<sup>11</sup>, uso de analgesia epidural<sup>11,24,28</sup> y tiempo prolongado del periodo expulsivo<sup>4</sup>. Por ejemplo, Alcolea et al.<sup>26</sup>, afirman no haber encontrado asociación estadísticamente significativa entre IU postparto y una ganancia superior a 11 kg durante el embarazo, tampoco se encuentra relación con el tipo de parto acontecido (eutócico, instrumental, cesárea). Lomato<sup>2</sup> ni siquiera lo relaciona con haber sido histerectomizada.

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Para establecer los métodos diagnósticos más eficaces en la determinación de la incontinencia urinaria de esfuerzo debemos señalar la importancia de tener en cuenta las evidencias. La evidencia de primer nivel<sup>a</sup> recomienda el uso del diario miccional como instrumento para el diagnóstico y la utilidad de la analítica de orina con tira reactiva para descartar una posible ITU, como recomendación de grado B<sub>b</sub><sup>15</sup>.

La SEGO<sup>20</sup>, afirma que toda evaluación básica debe incluir, además de la anamnesis y la exploración física, un análisis de orina y complementarse con un diario miccional, aconsejando también emplear cuestionario de calidad de vida (concretamente el King's Health Questionnaire o el International Consultation on Incontinence Questionnaire- Shorth Form Questionnaire (ICIQ-SF) (ANEXO III y IV).

Por otro lado, se debe realizar la valoración del suelo pélvico, para ello, Stephenson et al.<sup>26</sup> recomiendan que el profesional, mediante un tacto vaginal y/o un perineómetro, se asegure que en la contracción no utiliza los músculos abdominales, glúteos o aductores y evalúe el grado de fuerza, la resistencia y la fatiga de las contracciones<sup>7,26</sup>.

El perineómetro para Stephenson et al.<sup>26</sup> y Jurarranz<sup>25</sup> es un "aparato neumático de resistencia, que mide la contracción vaginal en milímetros de mercurio (mmHg), cm de agua o pulgadas de presión de agua cuando se realiza la contracción del músculo pubococcígeo". El electromiógrafo de superficie, sin embargo, realiza la medición de la actividad eléctrica generada en la contracción mediante sonda vesical o anal.

---

<sup>a</sup> Se considera evidencia de primer nivel la obtenida de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados o de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.

<sup>b</sup> Se considera grado de recomendación B cuando existe moderada evidencia basada en ensayos clínicos bien realizados pero sin ensayos clínicos aleatorizados.

## TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Las técnicas conductuales ayudan a prevenir las disfunciones del suelo pélvico y a reducir las pérdidas de orina. Sus principales ventajas son la ausencia de efectos secundarios, la posibilidad de su uso conjunto con otras técnicas o tratamientos, su simpleza y su bajo coste<sup>9,31</sup>. En Atención Primaria, Thüroff et al. sugieren que el tratamiento que se siga sea de tipo conservador y de naturaleza empírica<sup>13</sup>. Tal y como se ha indicado, se debe actuar sobre las medidas generales relativas al estilo de vida y los factores desencadenantes y agravantes como la obesidad, el uso de cafeína, tabaco y el ejercicio físico como indica Brenes et al.<sup>15</sup>

Todos los autores consideran los **ejercicios del suelo pélvico** como primera opción terapéutica en casos de IUE leve o moderada, para fortalecer los músculos encargados de la estabilidad uretral y del soporte del cuello vesical. Con la rehabilitación del suelo pélvico se logra una hipertrofia de las fibras musculares que ayuda a:<sup>9,13,15,20,25,26</sup>

- Fortalecer la plataforma muscular que está sujetando vejiga, vagina, útero y recto. Se consigue así mejorar el ángulo uretrovesical para lograr que el cuello de la vejiga pueda mantenerse cerrado.
- Entrenar las fibras rápidas del esfínter uretral para que mejoren su fuerza y disminuyan el tiempo de respuesta ante aumentos repentinos de la presión intraabdominal.
- Amortiguar la inestabilidad del nervio pelviano de la vejiga.

El éxito de esta terapia, según indican Navio et al.<sup>21</sup> y Gómez et al.<sup>30</sup>, reside en realizar una correcta educación sanitaria a la usuaria, para que conozca lo imprescindible de esta patología y lo que debe incluir la modificación de los hábitos de vida, también es fundamental instruir sobre el reconocimiento del suelo pélvico y como tonificarlo, mediante la técnica correcta de contracción pélvica sola (rápida y la sostenida) o con instrumentos que la complementen.<sup>22,25,30</sup>

Brenes et al.<sup>15</sup> indican una evidencia moderada que respalda el éxito de estas terapias con fines preventivos, Sánchez<sup>32</sup>, señala que su evidencia es de nivel A<sub>c</sub>. Así, Abalo<sup>33</sup> insiste en que se debe usar para prevenir y tratar la incontinencia fecal y urinaria incluso durante el embarazo e incluso utilizarla antes de toser o levantar pesos para tensar el suelo pélvico según Juarranz et al.<sup>25</sup>.

La mayoría de los autores recomiendan opciones que combinen ejercicios de Kegel con Biofeedback para valorar la actividad de los músculos del suelo pélvico cuando se están realizando los ejercicios<sup>3,9,10,17,25</sup>, al igual que Abalo et al.<sup>33</sup>, aunque añaden que muchos autores solo aconsejan Biofeedback ya que, si existe un daño nervioso, la electroestimulación provocaría un retraso en la recuperación. Para Viana<sup>18</sup>, esta medición, aporta información visual o auditiva especialmente útil en aquellas mujeres que tengan problemas para aislar la contracción de la musculatura pélvica e indica que suele ser suficiente con 1-4 sesiones de Biofeedback con el electromiógrafo o el perineómetro. En contraposición a lo expuesto, la SEGO<sup>31</sup> y Thüroff et al.<sup>13</sup>, afirman que no existe evidencia alguna que demuestre beneficio alguno al combinar un programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico con Biofeedback.

---

<sup>c</sup> Se considera evidencia de nivel A la obtenida de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados

A su vez, la ASANEC<sup>3</sup> y García<sup>7</sup> insisten en que la usuaria puede observarse mediante un espejo durante la contracción y comprobar cómo intervienen el ano y clítoris durante la misma, incluso autoexplorarse o que el compañero sexual detecte las contracciones.

Motivar a la usuaria a la repetición de series de ejercicios diarios, con una constancia semanal, tanto en la fase activa del tratamiento como en el mantenimiento, ayudará a conseguir resultados óptimos.<sup>3,7,10,17,25-27</sup> (ANEXO VIII, ANEXO IX)

Los resultados de esta terapia propuesta tardan en aparecer en torno a 6-8 semanas<sup>7,15</sup>, o incluso 15-20 semanas según Juarranz et al.<sup>25</sup> Por eso, Brenes et al.<sup>15</sup> indican que hay que esperar antes de valorar la efectividad e indicar a la usuaria paciencia y constancia<sup>15</sup>. Una vez se logran los objetivos, se debe seguir con los ejercicios al menos tres veces por semana para mantener los logros obtenidos<sup>7</sup> porque la mejoría lograda empezaría a perderse en 10-20 semanas<sup>27</sup>. Otros autores<sup>3,22,29</sup>, advierten que estos ejercicios deben integrarse en la rutina diaria de las mujeres para que los beneficios se mantengan ya que, como indican García et al.<sup>27</sup> y Barranco et al.<sup>28</sup>, los beneficios son mayores a corto plazo y disminuyen progresivamente a largo plazo, incluso se pierden en 10-20 semanas tras el abandono del ejercicio.

Una vez se ha comprobado que la usuaria realiza de manera adecuada los ejercicios de Kegel y su periné ha adquirido cierto tono, se puede plantear la realización de ejercicios de suelo pelviano con “contra resistencia”<sup>26,27</sup>. Como indican Stephenson et al.<sup>26</sup> y García et al.<sup>27</sup>, la contra resistencia puede complementarse con conos vaginales y bolas chinas. Esta consiste en realizar ejercicios en una posición a favor de la gravedad aumentando su peso y el número de repeticiones en función de la respuesta de la usuaria.<sup>2,6,25</sup> (ANEXO IX)

Con los periodos de menstruación de la mujer y las características fisiológicas del moco cervical a lo largo del ciclo ovulatorio, bajo el influjo de 12B-estradiol, sobre todo cuando el moco cervical pasa a ser abundante, claro, transparente y elástico, se dificulta el mantenimiento de estos instrumentos en el interior de la vagina por la posición de contra resistencia.<sup>34</sup>

Los *conos vaginales* van desde 20 g a 100 g de peso. Es recomendable tratar de mantenerlos 5 minutos dos veces al día al principio, e ir aumentando progresivamente hasta los 30 minutos. Cuando se mantenga el cono durante 30 minutos sin dificultades, se sustituirá por otro de mayor peso.<sup>3</sup> Respecto a su uso, Stephenson et al.<sup>26</sup> indican buenos resultados en mujeres con IUE leve y que el 80% de las mujeres mejoraban a la 4ª semana de tratamiento. Coincide con la SEGO<sup>31</sup> y con Viana<sup>18</sup> en que, en algunas ocasiones, no se observa diferencia entre el uso de resistencias o no con los ejercicios de suelo pélvico en mujeres que realizan adecuadamente los ejercicios de Kegel. Por eso, Thüroff et al.<sup>13</sup> recomiendan los conos vaginales en caso de IUE e IUM siempre que la mujer esté preparada para usarlos, aunque matiza que pueden no resultar útiles por sus efectos secundarios y las molestias que provocan. La ASANEC<sup>3</sup> recomienda limitar su uso únicamente a los casos donde en el tacto vaginal se obtenga una puntuación superior a 3 e insisten en que se han obtenido mejores resultados con los conos que con cualquier otro tratamiento activo.

Las *bolas vaginales* producen la estimulación de los vibrorreceptores vaginales, lo que activa la musculatura lisa de la vagina y aumenta el riego sanguíneo a nivel pélvico. A su vez, el peso de la bola activa los barorreceptores del periné, consiguiendo un aumento del tono<sup>33</sup>. Según Karim et al., además de prevenir la IUE, fortalecer el suelo pelviano durante el embarazo, disminuir las lesiones durante el parto y el tiempo de recuperación postparto, prevenir prolapsos y el

estreñimiento crónico, ayudan a mantener un tono muscular óptimo tras la menopausia y a mejorar la cópula aumentando la lubricación natural y la sensibilidad. Se aconseja que se lleven durante 15-20 min/día, de pie o caminando<sup>8</sup>. Palacios et al.<sup>29</sup> aconsejan el uso de bolas chinas o conos vaginales principalmente en púerperas continentales sin sintomatología de IU asociada.

Por otro lado, la *Gimnasia Abdominal Hipopresiva* (GAH) es una técnica sistémica, que activa el sistema nervioso simpático, se realiza a un ritmo lento, estabiliza las tensiones de la musculatura estriada y tiene efecto activador sobre el útero grávido. Esta debe practicarse durante 6 meses para lograr los objetivos, aunque los resultados comienzan a aparecer en el tercer mes. Engloba una serie de ejercicios posturales que, asociados a un ritmo de trabajo respiratorio y propioceptivo, se realizan adoptando varias posturas, empleando diferentes técnicas y acompañándolas de la apnea espiratoria. Las principales fortalezas de estos ejercicios son: la prevención y mejora de la IUE, la reducción del perímetro abdominal, la regulación de presiones y la prevención de lesiones y disfunciones de suelo pélvico<sup>23</sup> y evitar el riesgo de provocar alteraciones pelvianas en el postparto<sup>3</sup>. La principal diferencia entre estos ejercicios y los de Kegel es que facilitan la acción hipopresiva y propician una contracción refleja de la faja abdominal y el suelo pélvico, mientras que con los ejercicios de Kegel, la contracción es voluntaria<sup>23</sup>. Por ello, Palacios et al.<sup>29</sup> mencionan la posibilidad de combinar ambos.

Ante la variabilidad de técnicas y grados de recomendación que existen<sup>32</sup>, cabe concluir que la decisión de qué técnica utilizar o a cuál se desea dedicar más tiempo, dependerá de si el objetivo es prevenir o tratar ya un caso de IUE establecida, del estado del periné, del grado de afectación de la calidad de vida y, sobre todo, de la motivación de la paciente, permitiendo a la paciente que sea ella la que elija que técnica desea emplear.

En líneas generales, el seguimiento de la terapia de fortalecimiento del suelo pélvico ha de realizarse cada 3 semanas los tres primeros meses, para después pasar a revisiones anuales<sup>15</sup>. Sin embargo, la evolución no deja de ser algo personal y adaptada a las características valoradas en cada usuaria, por lo que este procedimiento debe ser personalizado y, los objetivos, adaptados a cada una.

## **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**

La IUE es una patología asociada a numerosos factores de riesgo, muchos de ellos modificables mediante una intervención enfermera, por lo se podría reducir el número de mujeres afectadas. Tras realizar un análisis exhaustivo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del 2019 de Castilla y León, se ha observado que los ejercicios de suelo pélvico aparecen indicados en la *“Atención a la mujer en el puerperio”* dentro de las funciones de la matrona y en el *“Programa de atención a la mujer en el climaterio”*; y también, en los *“Programa de atención a la persona dependiente”* y de *“Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en las personas mayores”*<sup>35</sup>. Sin embargo, carece de un programa de intervención específico para las disfunciones del suelo pélvico que incluya específicamente a las mujeres en etapa fértil hasta los 40 años.

Tal y como se ha explicado previamente, solo una pequeña parte de las mujeres afectadas por la IUE buscan ayuda para corregir el problema existente. Este ocultismo se asocia a vergüenza,

desconocimiento de los posibles tratamientos o a la percepción de la IU como algo normal<sup>23</sup> aunque, a la normalización de este problema, han contribuido los anuncios televisivos de compresas, protagonizados por famosas, que han transmitido un mensaje de normalización de las pérdidas de orina.<sup>10</sup>

A pesar de que los factores de riesgo son modificables y que existe disparidad en los porcentajes encontrados respecto a las mujeres que piden ayuda, la enfermera puede jugar un papel importante en prevenir y tratar dichos factores de riesgo y visibilizar a estas mujeres mediante la captación. Palacios et al.<sup>29</sup> en sus hallazgos han encontrado que el 40% de los estudios consideran imprescindible la supervisión directa del programa de rehabilitación del suelo pélvico, el 5% no la considera necesaria y el 55% restante ni siquiera hace referencia a un aspecto tan importante como es la supervisión. Brenes et al.<sup>9</sup> junto con otros autores<sup>8,13,28,33</sup> apoyan que, en caso de que los recursos disponibles lo permitan, los ejercicios deben ser explicados y supervisados por el personal de enfermería, independientemente de que se realicen de forma individual o grupal.

La forma de trabajarlo desde enfermería sería mediante la utilización de los Diagnósticos Enfermeros. Como el diagnóstico de *“Riesgo de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo”*, ha sido retirado de la última actualización de la lista, lo realizaríamos desde el diagnóstico de *“Incontinencia Urinaria de Esfuerzo”* o el de *“Disposición para mejorar la alfabetización en salud: prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo”*.<sup>36</sup>

## PROPUESTA DE ENFERMERÍA PARA LA CAPTACIÓN

Tal y como se ha recogido en la búsqueda bibliográfica, el porcentaje de mujeres que siendo incontinente busca ayuda es muy aleatorio y las mujeres no incontinentes ni siquiera aparecen como demandantes de unos cuidados preventivos. Además, la enfermera comunitaria no cuenta en sus servicios con una prestación específica para ambas mujeres. Por eso, son fundamentales las estrategias de captación para que orienten y motiven a dichas mujeres a solicitar ayuda. Esta propuesta es un sistema de captación de mujeres hasta los 40 años con incontinencia urinaria de esfuerzo o en riesgo de padecerla.

La estrategia que se propone se desarrolla a través de un contacto directo con los profesionales de la salud mediante un cribado oportunista<sup>5,15</sup>. La enfermera comunitaria y el médico de familia pueden ayudar a la captación de las mujeres que acuden a la consulta para el control de otras patologías como la DM o HTA, para la campaña de vacunación de la gripe, para el control de peso y dieta, la realización de curas u otras. Pueden realizar una breve valoración para comprobar si la mujer es susceptible de formar parte de la terapia de rehabilitación del suelo pélvico.

La mujer que se capta con mayor facilidad es la que termina el puerperio. Es el momento en el que se va sintiendo capacitada para retomar su ritmo de vida normal y, entre sus objetivos principales, se encuentra reestablecer su peso y silueta previos al embarazo<sup>3</sup>, por lo que, puede que se muestre especialmente receptiva para participar en la terapia de prevención de las disfunciones de suelo pélvico. Otra vía de captación es a través de la consulta de pediatría o de enfermería pediátrica.

En resumen, la población diana estaría formada por cualquier mujer hasta los 40 años que ya presente episodios de pérdidas involuntarias de orina o mujeres con riesgo de padecer IUE y así, conseguir que, antes del deterioro derivado de la menopausia, se hayan corregido aquellas o los riesgos de padecer disfunciones del suelo pélvico.<sup>36</sup>

A todas estas mujeres, se les sugerirá la existencia de las sesiones de trabajo del suelo pélvico a las que pueden acceder y se reforzará la captación mediante la entrega de un folleto informativo y motivacional creado específicamente para este proyecto de prevención y tratamiento de la IUE. Puede estar colocado en el panel informativo del Centro de Salud y del Hospital, en la sala de espera de las distintas consultas de AP, en las consultas especializadas y en unidades de hospitalización o incluso puede enviarse por correo electrónico y/o postal a todo el cupo de mujeres que aún no hayan cumplido los 40 años. ANEXO X

Una vez dentro del proyecto, el trabajo enfermero se realiza a través de la valoración enfermera siguiendo el modelo adaptado de las 14 necesidades de Virginia Henderson (ANEXO XI)<sup>37</sup>, donde se incluyen los antecedentes gineco-obstétrico, médicos, quirúrgicos y farmacológicos<sup>21</sup>, además de la valoración de la incontinencia urinaria mediante el cuestionario “*King’s Health Questionnaire*” (ANEXO II y III) y el diario miccional cumplimentado durante 3-7 días<sup>15</sup>. Una vez finalizada la valoración y tras la aplicación de los diagnósticos enfermeros<sup>36</sup> “*Incontinencia urinaria de esfuerzo*” o “*Disposición para mejorar la alfabetización en salud: prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo*” se establece el plan de cuidados de manera individual y/o grupal. (Tabla 4)

TABLA 4. DIAGNÓSTICOS: INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO / DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD: PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO<sup>3</sup>

TABLA 4. DIAGNÓSTICOS: <sub>A</sub> INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO / <sub>B</sub> DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD: PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO <sup>36</sup>			
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<sub>A</sub> La usuaria mejorará la continencia urinaria en 2 meses. <sub>B</sub> La usuaria mostrara satisfacción por la mejora de su continencia urinaria		
<b>OBJETIVO INTERMEDIO</b>	<sub>A</sub> La usuaria presentará continencia urinaria (de X a X) en 2 meses <sub>B</sub> La usuaria manifestará una conducta de fomento de la salud (de X a X) en 1 semana		
CONSULTA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	USUARIA
<b>Individual</b>	-La usuaria dispondrá de un diagnóstico y exploración óptimos al finalizar la consulta	-La enfermera realiza la valoración de enfermería basada en las necesidades básicas (ANEXO XI) -La enfermera realiza la exploración física completa a la paciente	-La usuaria responde activamente a las preguntas realizadas por la enfermera para completar la valoración -La usuaria se muestra participativa durante la exploración realizando toda actividad que solicite la enfermera
<b>Individual/ Grupal</b>	-La usuaria entenderá la patología y las diferentes estrategias para combatir/ prevenir la IU al finalizar la consulta	-La enfermera informa sobre el diagnóstico y explica en qué consiste la patología -La enfermera advierte a la usuaria de los cambios que conviene que realice en sus hábitos de vida	-La usuaria explica lo que significa su diagnóstico y enumera los hábitos que debe evitar y los cambios que debe realizar en su estilo de vida.
<b>Individual</b>	-La usuaria identificará la musculatura necesaria para la contracción del suelo pélvico y las realizará correctamente al finalizar la consulta	-La enfermera comienza el entrenamiento explicando la musculatura que interviene, la abdominal y la perineal, mediante un tacto vaginal y/o perineómetro -La enfermera se asegura que la usuaria realiza correctamente las contracciones	-La usuaria realiza varias contracciones identificando la zona que contrae y cuando lo realiza adecuadamente y cuando no
<b>Individual</b>	-La usuaria enunciará los cambios que va a realizar en su vida y planificará su plan de ejercicio semanal para un mes antes de abandonar la consulta	-La enfermera indica y justifica los cambios que debe realizar la usuaria -Pacta con la usuaria el plan de cuidados para un mes -La enfermera cita a la usuaria para la revisión del próximo mes	-La usuaria verbaliza los cambios que debe realizar y la importancia de hacerlos -La usuaria acepta y se compromete a realizar el plan de cuidados pactado con la enfermera hasta la siguiente cita
<b>Individual</b>	-La reconocerá las dificultades y mejoras de su plan de cuidados para la siguiente cita antes de abandonar la consulta	-La enfermera analiza con la usuaria las dificultades del plan de cuidados, la felicita por los logros obtenidos, modifica el plan de cuidados si es necesario y la cita para la próxima revisión	-La usuaria reconoce las dificultades y pacta los cambios hasta la siguiente cita



## CONCLUSIONES

Una vez realizada la revisión bibliográfica sobre la atención de enfermería para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres hasta los 40 años, concluimos que:

La participación de enfermería en la prevención de la incontinencia urinaria en España es escasa y que son otros profesionales los que se encargan de intervenir en esta afección. Dada la elevada carga de trabajo de estos, la enfermera debería cumplir un papel más activo en la captación, prevención, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria es toda pérdida involuntaria de orina. Se distinguen varios tipos de incontinencias, y, aunque no se puede fijar una cifra de prevalencia exacta, la más prevalente en mujeres es la incontinencia urinaria de esfuerzo, seguida por la mixta y posteriormente por la de urgencia. Las mujeres que sufren esta afección, a pesar de no experimentar dolor alguno, ven considerablemente mermada su calidad de vida.

El objetivo del personal sanitario debe ser concienciar de que el mejor tratamiento es la prevención, incidiendo especialmente en el cambio del estilo de vida y de los factores desencadenantes. El tratamiento conductual será el tratamiento de elección en AP, dejando el tratamiento farmacológico o el quirúrgico para niveles especializados.

Son muchos los autores y estudios que respaldan la necesidad de prevenir la IUE. La mejor forma de conseguirlo es trabajar en Atención Primaria las técnicas conductuales para la prevención de las disfunciones de suelo pélvico.

El fortalecimiento de la musculatura pélvica mediante la realización diaria de los ejercicios de Kegel combinados o no con Biofeedback (empleando perineómetros) y/o con instrumentos que ofrezcan cierta resistencia (bolas o conos vaginales), estará condicionado por el estado inicial del periné, el grado de motivación y los deseos de la usuaria. Se ha demostrado que mediante la combinación con la Gimnasia Abdominal Hipopresiva se obtienen mejores resultados.

La valoración de enfermería incluye la exploración física de la zona abdominal, genital externa, tacto vaginal con testing muscular y una prueba de provocación. Si existen pérdidas de orina se complementa con un cuestionario de calidad de vida y el diario miccional.

Presentamos el esbozo de una propuesta para abordar desde la enfermería en Atención Primaria el diagnóstico enfermero de *"Incontinencia Urinaria de Esfuerzo"* o el de *"Disposición para mejorar la alfabetización de la salud: prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo"* por considerar necesario que se motive un programa, con estrategias de cribado y captación de las mujeres en edad fértil, que permita la prevención y la detección precoz de la incontinencia urinaria, intervenciones educativas para prevenir la incontinencia urinaria y, que aumente la oferta de servicios asociados al tratamiento y rehabilitación de los problemas de suelo pélvico en la mujer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Navas F, Córdova A. La micción. En: Córdova A. Fisiología dinámica. 1ªed. Barcelona: Masson; 2003. p.470-474.
2. Lomanto A. Incontinencia urinaria femenina y disfunciones del piso pélvico. 2º ed. Colombia: Distribuna editorial;2013.
3. Morilla J, Contreras E, Morales J, Martín F, Gómez L, Izquierdo J, et al. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria [Internet]. 3ª ed. Juan Carlos Morilla Herrera, editor. Málaga; 2007 [Acceso 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: [http://www.asanec.es/bibliografias/GUIA%20IU%20PDF%20REVISADA%2021\\_11\\_2007ZIP.pdf](http://www.asanec.es/bibliografias/GUIA%20IU%20PDF%20REVISADA%2021_11_2007ZIP.pdf)
4. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence [Internet]. 6º ed. Tokyo: ICS (International Continence Society); 2017 [Acceso 22 de diciembre de 2019]. Disponible en: [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf)
5. Brenes F, Cózar J, Fuertes M, Fernández A, Molero J. Pautas de actuación y seguimiento: Incontinencia urinaria [Internet]. Madrid: FFOMC (Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial); 2013 [Acceso 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ffomc.org/sites/default/files/PAS%20IU-MONOGRAFIA.pdf>
6. Vila M, Gallardo M. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. SEMERGEN[revista en internet] 2005. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 31(6): 270-283. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-incontinencia-urinaria-una-vision-desde-13076050>
7. Gómez A. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. Offarm 2008. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 27(3): 60-71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-incontinencia-urinaria-femenina-diagnostico-tratamiento-13116880>
8. Karim M, Gallego J, Gavilán M. Esferas vaginales: Función terapéutica. Cultura de los cuidados [revista en internet] 2014. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 18 (40): 93-98. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/40pdf/4012.pdf>
9. Gonzalez M, Bravo-Balado A, Ramos A, Plata M. Female stress urinary incontinence: A rational approach to its diagnosis and management. Urol Colomb [revista en internet] 2018. [Acceso 15 de noviembre de 2019]; 27(2):111–25. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1654719.pdf>
10. Puchades A, Muñoz A, Puchadez R, Caracena L. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. Enfermería Urológica (ENFURO) [revista en internet] 2013. [Acceso 19 de noviembre de 2019]; (124): 9-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4677736.pdf>
11. García E, Pinto M, Laguna J. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. Fisioterapia [revista en internet] 2015. [Acceso 20 de noviembre de 2019]; 37(4): 145-154. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563812001344>
12. Martín S, Pascual A, Álvarez C, Calvo R, Muñoz M, Cartiñas JR. Incontinencia urinaria en embarazo y postparto. Factores de riesgo asociados e influencia de los ejercicios de suelo pélvico. Arch. Esp. Urol. 2014 [Acceso 19 de noviembre de 2019]; 67 (4): 323-330. Disponible en: [https://aeurologia.com/article\\_detail.php?aid=f71230528b83f6a98d5b49746dfcb250097bd0b4](https://aeurologia.com/article_detail.php?aid=f71230528b83f6a98d5b49746dfcb250097bd0b4)
13. Thüroff J, Abrams P, Andersson K, Artibani W, Chapple C, Drake M, et al. Guías European Association of Urology (EAU) sobre incontinencia urinaria. 2011 [Acceso 19 de noviembre de 2019]; 35 (7): 373-388. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v35n7/especial.pdf>

14. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Estados de salud: Cifras absolutas. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Acceso 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2009/p01/l0/&file=02013.px>
15. Brenes F, Cozar J, Esteban M, Fernández-pro A, Molero J. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. SEMERGEN [revista en internet] 2013. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 39(4): 197-207. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-criterios-derivacion-incontinencia-urinaria-atencion-S1138359312002997>
16. Estados de salud: Cifras absolutas. 2009. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Acceso 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p01/l0/&file=01018.px>
17. Rodríguez V, Bonilla A, Miranda M. Disfunción del suelo pélvico. Asesoramiento de la matrona en la reeducación perineal. TRANCES: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud. [revista en internet] 2015. [Acceso 19 de noviembre de 2019]; 7 (2): 307-314. Disponible en: [http://www.trances.es/papers/TCS%2007\\_2\\_9.pdf](http://www.trances.es/papers/TCS%2007_2_9.pdf)
18. Viana C. Incontinencia urinaria en la mujer [base de datos en Internet]. A Coruña: Fistera; 2016 [Acceso 17 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/incontinencia-urinaria/?avisologin=%3Cstrong%3ESu%20prueba%20gratuita%20expira%20el%2024%2F11%2F2019%3C%2Fstrong%3E.%20A%20partir%20de%20ese%20dia%20dejara%20de%20tener%20acceso%20a%20los%20contenidos%20de%20%3Cstrong%3Efistera.com%3C%2Fstrong%3E.%3Cbr%3E%3Cbr%3E%3Ca%20href=%22https://www.fistera.com/tienda-fistera/productos/producto.asp?id=202%22%20style=%22text-decoration:none;%22%3E%3Cstrong%3ESuscribase%20ahora%20con%20unas%20condiciones%20especiales%3C%2Fstrong%3E%3C%2Fstrong%3E%3Csmall%3ERecuerde%20que%20no%20es%20necesario%20estar%20suscrito%20para%20realizar%20los%20cursos%20impartidos%20en%20fistera.%3C%2Fsmall%3E>
19. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prevención de la incontinencia de orina. [Acceso 22 de diciembre de 2019]. Disponible en: [https://sego.es/mujeres/Prevencion\\_incontinencia.pdf](https://sego.es/mujeres/Prevencion_incontinencia.pdf)
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica: Diagnóstico de la incontinencia urinaria. Prog. Obstet Ginecol. 2019 [Acceso 22 de diciembre de 2019]; 62 (1): 79-91. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n1/16-GAP-DIAGNOSTICO-INCONTINENCIA.pdf>
21. Navío A, Artieda E. Programa para la prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo y el postparto. Metas de Enferm 2009. [Acceso 19 de noviembre de 2019]; 12(2): 27-31. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/11306/programa-para-la-prevencion-de-la-incontinencia-urinaria-durante-el-embarazo-y-el-postparto/>
22. García N, Cayuela P. Prevención de la incontinencia urinaria en gestantes mediante una Intervención Enfermera. Rev Paraninfo Digital [revista en internet] 2015. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 22. Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n22/306.php>
23. Sánchez M, González R, Hernández E. Importancia de las técnicas hipopresivas en la prevención de la incontinencia urinaria postparto. RECIEN [revista en internet] 2014.[Acceso 19 de noviembre de 2019]; 8: 34-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5538222>
24. Alcolea J, Duro J, Arjona J, de la Torre A, Montserrat J, Guerra V. Incontinencia urinaria 6 meses tras parto. Factores de riesgo asociados. 2017 [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 60 (2): 100-106.

- Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n2/02\\_incontinencia\\_urinaria\\_POG-D-13-00106R1.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n2/02_incontinencia_urinaria_POG-D-13-00106R1.pdf)
25. Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo M. Tratamiento de la incontinencia urinaria. At Primaria [revista en internet] 2002. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; . 30(5): 323-332. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13037460>
  26. Stephenson R, O'Connor L. Fisioterapia en obstetricia y ginecología. 2º ed. Massachusetts: McGrawHill; 2003.
  27. García A, del Olmo P, Carballo N, Medina M, González C, Morales de los Ríos P. Reeduación del suelo pélvico. ENFURO [revista en internet] 2006 [Acceso 19 de noviembre de 2019]; (100): 26-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2213547.pdf>
  28. Barranco J, Herrera I, Rodríguez R, Sánchez C. Incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres durante el posparto. Revisión bibliográfica. JONNPR. [revista en internet] 2017. [Acceso 19 de noviembre de 2019]; 2(12):695-707. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6227193&orden=0&info=link>
  29. Palacios A, Díaz B. Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y postparto: una revisión sistemática. Clin Invest Gin Obst [revista en internet] 2016. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 43(3): 122-131. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-fisioterapia-incontinencia-urinaria-embarazo-posparto-S0210573X15000556>
  30. Gómez M. Incontinencia urinaria en mujeres: una experiencia en la comunidad. NuberosCientífica [revista en internet] 2014. [Acceso 19 de noviembre de 2019]; 2(13): 38-43. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/Revista\\_Nuberos\\_Cien\\_5.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_Nuberos_Cien_5.pdf)
  31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (actualizado junio 2013). Prog Obstet Ginecol 2015. [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 58 (5): 252-256. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tratamiento-incontinencia-urinaria-esfuerzo-actualizado-S0304501314002751>
  32. Sánchez P. Tengo Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, ¿puedo mejorar el control de las pérdidas con intervenciones no farmacológicas?. Evidentia [revista en internet] 2015 [Acceso 14 de noviembre de 2019]; 12: 51-52. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n51-52/ev1007.php>
  33. Abalo R, Da Cuña. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el posparto. Fisioterapia 2013. [Acceso 20 de noviembre de 2019]; 35 (2): 82-87. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563812001344>
  34. Balasch J, Creus M. Valoración del ciclo ovárico. Alteraciones de la fase lutea. En: Antoni J, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P. Fertilidad y esterilidad humanas. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p 11-22.
  35. Portal de Salud de Castilla y León. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2019 [Internet]. [Acceso 26 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-Cartera%20de%20servicios%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%202019.pdf>
  36. Heather T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 11º ed. Barcelona: Elsevier; 2018-2020.
  37. Campo M, Espinalt M, Fernández C, Oriach M, Viladot A. Proceso de enfermería. Valoración. 1º ed. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2000.

38. EuroQol Group. EQ-5D-5L Cuestionario de salud. Versión en español para España. ; 2009 [Acceso 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: [https://docenciabasurto.osakidetza.net/pluginfile.php/9488/mod\\_folder/content/0/4.2%20Evaluaci%C3%B3n%20econ%C3%B3mica/Spain%20%28Spanish%29%20EQ-5D-5L.pdf?forcedownload=1](https://docenciabasurto.osakidetza.net/pluginfile.php/9488/mod_folder/content/0/4.2%20Evaluaci%C3%B3n%20econ%C3%B3mica/Spain%20%28Spanish%29%20EQ-5D-5L.pdf?forcedownload=1)
39. American Thoracic Society (ATS); 2007 [Acceso 27 de diciembre de 2019]. Sickness Impact Profile. Disponible en: <https://qol.thoracic.org/sections/instruments/pt/pages/sick.html>
40. Nottingham Health Profile. 2001 [Acceso 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid%3D1J1WXYDK-CPP19Z-1ZQY/>
41. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona; 2003 [Acceso 27 de diciembre de 2019]. Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2). Disponible en: [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36\\_CUESTIONARIOpdf.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf)
42. Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI). [Acceso 27 de diciembre de 2019]. Soy paciente. Cuestionarios de autoevaluación. Disponible en: [http://www.observatoriodelaincontinencia.es/cuestionario\\_iu4.php](http://www.observatoriodelaincontinencia.es/cuestionario_iu4.php)

ANEXOS

ANEXO I. Clasificación de la incontinencia urinaria <sup>3,6,7,10,15,18,25,26</sup>

CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA <sup>3,6,7,10,15,18,25,26</sup>				
INTENSIDAD	DURACIÓN	SINTOMATOLOGÍA		
		TIPO	CARACTERÍSTICAS	
<p><b>Leve:</b> Pérdidas &lt; 600 ml/día</p> <p><b>Moderada:</b> Pérdidas entre 600 y 900 ml/día</p> <p><b>Grave:</b> Pérdida &gt; 900 ml/día</p>	<p><b>Transitoria:</b> &lt; 4 semanas</p>	<p><b>De Esfuerzo (IUE)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Más frecuente en mujeres jóvenes</li> <li>-Pérdida involuntaria por aumento de la presión abdominal (reír, toser, correr, etc.)</li> <li>-Pérdida escasa, goteo o &lt; 50 ml</li> <li>-Residuo postmiccional mínimo</li> </ul> <p><i>Etiología:</i> Disfunción del suelo pélvico o esfínter uretral</p>	
		<p><b>De Urgencia (IUU)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Más frecuente en mujeres mayores</li> <li>-Pérdida involuntaria con imperiosidad y sin previo aviso</li> <li>-Polaquiuria (&gt;8micciones/día)</li> <li>-Nicturia</li> <li>-Pérdida de pequeñas cantidades</li> <li>-Residuo postmiccional &lt;50 ml</li> </ul> <p><i>Etiología:</i> idiopática, farmacológica, neurológica obstructiva, alteración del urotelio vesical, cirugía, infección o prolapsos</p>	
		<p><b>Mixta (IUM)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Más frecuente en mujeres mayores de 70 años</li> </ul> <p><i>Etiología:</i> hiperactividad del detrusor o incompetencia del esfínter</p>	
		<p><b>Establecida:</b> &gt; 4 semanas</p>	<p><b>Por rebosamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Más frecuente en varones</li> <li>-Ocurre con intervalos previsibles</li> <li>-Residuo postmiccional &gt;100 ml</li> <li>-La pérdida puede ser constante e inadvertida</li> <li>-Disminuye el calibre del chorro de orina</li> <li>-Micciones incompletas</li> </ul> <p><i>Etiología:</i> obstructiva, neurológica, farmacológica</p>
			<p><b>Funcional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incapacidad de acudir al baño o ausencia de ganas</li> </ul>
			<p><b>Refleja</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pérdida continua e impredecible</li> <li>-Puede aparecer con o sin sensación de orinar</li> </ul> <p><i>Etiología:</i> obstructiva, detrusor hipoactivo e incontinencia funcional o iatrogénica</p>
			<p><b>Enuresis nocturna</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Población infantil</li> <li>-Nicturia</li> </ul> <p><i>Etiología:</i> genética, fisiológica por retraso en la maduración del mecanismo de control vesical o psicológica</p>

Elaboración propia. Fuente: 3,6,7,10,15,18,25,26

ANEXO II. Aproximación a los diagnósticos de incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria de urgencia <sup>3</sup>

APROXIMACIÓN A LOS DIAGNÓSTICOS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO E INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA <sup>3</sup>			
		SI NO	
IUE	a. ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?		
	b. ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?		
	c. ¿Cuándo ríe se le escapa la orina?		
	d. ¿Si estornuda se le escapa la orina?		
	e. ¿Al toser se le escapa la orina?		
Respuesta afirmativa en 4, valor predictivo IUE del 77.2%			
IUU	a. Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina?		
	b. Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?		
	c. Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?		
	d. Cuando sale del ascensor ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?		
	Respuesta afirmativa en 3, valor predictivo IUU del 57,6%		

Legenda: IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo; IUU: Incontinencia urinaria de urgencia

Fuente: 3

ANEXO III. Análisis de los cuestionarios de calidad de vida inespecíficos para aplicar en la incontinencia urinaria <sup>38,39,40,41</sup>

ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA INESPECÍFICOS PARA APLICAR EN LA INCONTINENCIA URINARIA <sup>38,39,40,41</sup>													
	MOVILIDAD	CALIDAD DE VIDA	ACTIVIDADES COTIDIANAS	DOLOR/MALESTAR	ANSIEDAD/ DEPRESIÓN	VALORACIÓN GENERAL/ ESTADO DE SALUD	INTERACCIÓN SOCIAL	SUEÑO Y DESCANSO	NUTRICIÓN	FUNCIONAMIENTO	NIVEL ENERGÍA	TRABAJO	TOTAL
EUROQOL <sup>38</sup>	X	X	X	X	X	X							6
SIKNESS IMPACT PROFILE <sup>39</sup>	X	X	X		X		X	X	X	X		X	136
NOTTINGHAM HEALTH PROFILE <sup>40</sup>	X			X	X		X	X		X	X	X	45
SF-36 <sup>41</sup>	X		X		X	X	X			X		X	11

Fuente: 38,39,40,41. Elaboración propia.

ANEXO IV. Análisis de los cuestionarios para valorar la calidad de vida en la incontinencia urinaria <sup>5,20,42</sup>

ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA INCONTINENCIA URINARIA <sup>5,20,42</sup>														
	FRECUENCIA	CANTIDAD ORINA EN FUGAS	AFECTACIÓN CALIDAD	CUÁNDO SE PRODUCE	ABSORBENTES U OTRAS OPCIONES	CLASIFICACIÓN Y TIPO DE IU	VALORACIÓN ESTADO	ASPECTO EMOCIONAL	VIDA SOCIAL	VIDA SEXUAL	TRABAJO	LIMITACIÓN ACTIVIDADES VIDA DIARIA BÁSICAS	SUEÑO	TOTAL PREGUNTAS
ICIQ-SF <sup>5</sup>	X	X	X	X										4
IU-4 <sup>5</sup>					X	X								4
KINGS HEALTH QUESTIONAIRE <sup>20</sup>	X		X		X	X		X	X	X	X	X	X	18
SANDVICK <sup>20</sup>	X	X												2
I-QOL <sup>42</sup>			X	X		X		X		X		X	X	22

Fuente: 5,20,42. Elaboración propia

ANEXO V. Escala de Laycock <sup>2,3</sup>

ESCALA DE LAYCOCK <sup>2,3</sup>	
Grado	Tipo de contracción
0	Sin contracción
1	Contracción leve, temblorosa. Duración <2''
2	Contracción débil, sin temblor Duración >3''
3	Contracción moderada, ligera elevación de la pared posterior vaginal. Duración entre 4-6''
4	Contracción fuerte con elevación posterior de la vagina contra resistencia moderada. 4-5 repeticiones Duración 7-9''
5	Contracción fuerte, 4-5 repeticiones Duración >10''

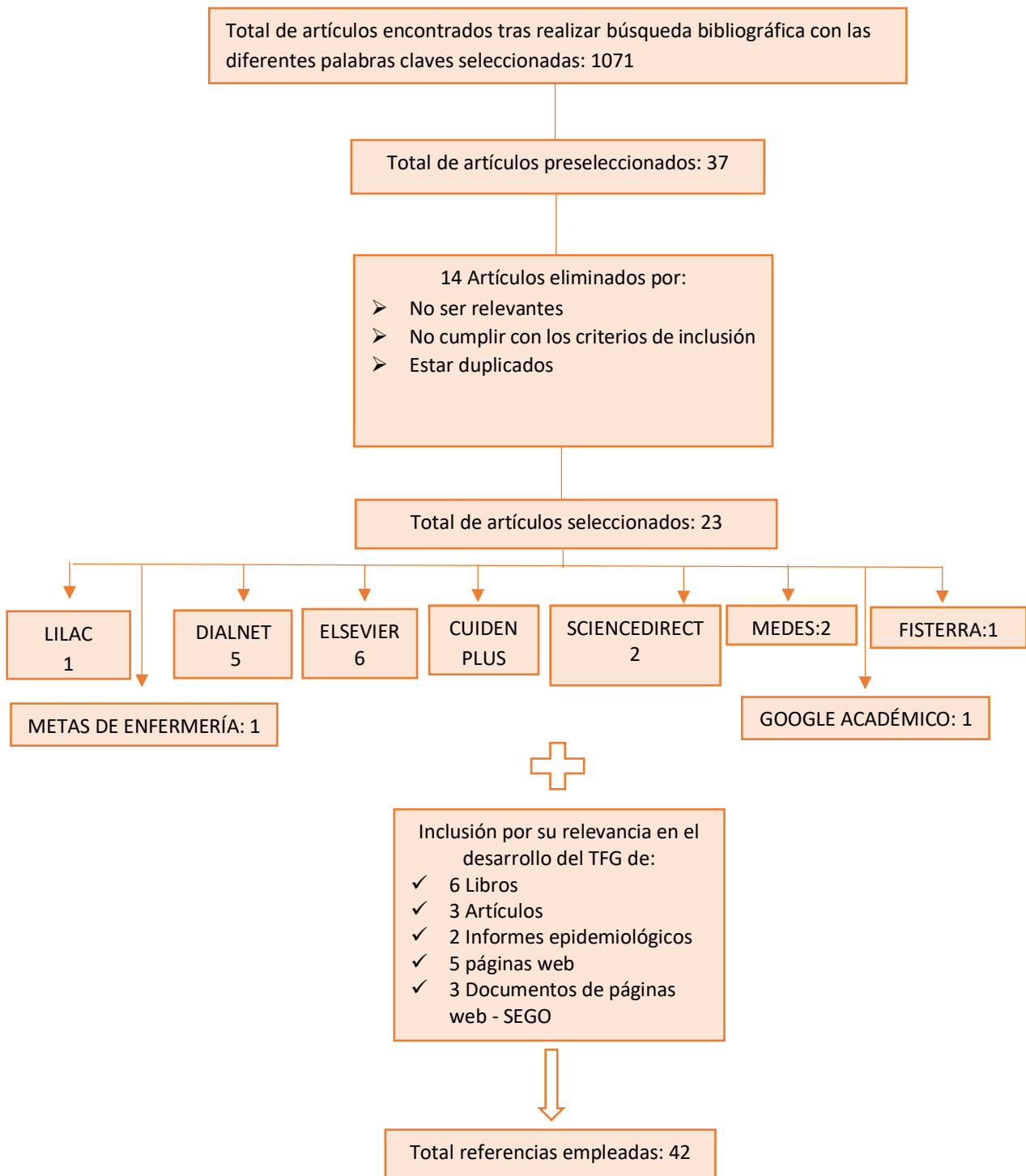
Modificado de 2,3







ANEXO VI. Búsqueda de artículos.

BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS				
FUENTE	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS ENCONTRADOS PRESELECCIONADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA EL DESARROLLO DEL TEMA
LILACS	Incontinencia AND esfuerzo AND prevención	10	2	1
DIALNET	Incontinencia AND esfuerzo AND prevención	15	5	5
ELSEVIER	Incontinencia urinaria de esfuerzo mujeres	97	7	6
CUIDEN PLUS	Incontinencia urinaria, esfuerzo, tratamiento	16	6	4
METAS DE ENFERMERÍA	Incontinencia urinaria de esfuerzo	4	1	1
SCIENCEDIRECT	Incontinencia urinaria de esfuerzo	20	2	2
CINAHL	Urinary incontinence, effort, prevention, treatment	10	1	0
IME	Incontinencia urinaria	13	1	0
FISTERRA	Incontinencia urinaria	7	2	1
MEDES	Incontinencia urinaria	3	3	2
COCHRANE	Incontinencia urinaria	296	2	0
TESEO	Incontinencia urinaria	63	2	0
GOOGLE ACADÉMICO	Incontinencia urinaria de esfuerzo, prevención, tratamiento, enfermería	517	3	1
			<b>TOTAL</b>	<b>23</b>

ANEXO VII. Diagrama de flujo de la metodología.



ANEXO VIII. Ejercicios de Kegel <sup>3,6,7,10,25-27</sup>

EJERCICIOS DE KEGEL <sup>3,6,7,10,25-27</sup>					
INSTRUCCIONES GENERALES					
<b>1.Condiciones</b>	-Vejiga vacía -Descargar la pelvis durante 5min.: en ds, rodillas en ángulo de 90º sobre taburete y cojín bajo la pelvis				
<b>2.Posiciones</b>	-DS y BP -SD: pies en el suelo, rodillas ligeramente hacia fuera separadas, apoyar codos o antebrazos sobre los muslos para evitar contraer otros músculos				
<b>3.Respiración</b>	Inspirar cuando haya relajación pélvica, apertura vaginal y anteversión pélvica. En la espiración se contrae perineo, vagina y habrá retroversión pélvica es común que se cometa el error de aguantar la respiración o presionar el tórax cuando se están contrayendo los músculos				
<b>4.Contracción</b>	-Tras la contracción debe realizarse siempre relajación -Realizar sugerencias verbales como “imagine que está orinando y desea cortar el flujo”, “apriete como si sujetara un tampón mientras tira del cordón” o “haga como si tratase de evitar un episodio de diarrea o gases”. debemos indicar que el objetivo es realizar estas tres acciones simultáneamente -Para asegurar que emplea la musculatura adecuada pedir a la paciente que detenga suavemente y por completo el flujo de orina, conteniendo 5 seg. antes de reiniciar la micción. nunca debe realizar este ejercicio en la primera micción del día				
<b>5.Frecuencia de ejercicios</b>	La frecuencia variará en función de cada mujer				
EJERCICIOS					
Ejercicio	Posición	Tiempo (seg)		Repeticiones/ sesión	Sesiones/ día
		Contracción	Relajación		
Nº1.	DS,BP,SD	10	5	40	2-4
	Elevar SP y notar cómo se contrae. después relajar por completo				
Nº2.	DS,BP,SD	3	10	2-4	
	idem nº 1. máximo sesión: 8 min.				
Nº3.	DS,BP,SD	20	-	-	
	Contraer SP de forma progresiva como si fuese un ascensor que va subiendo pisos. cuando llega al límite ir relajando con la misma dinámica y espirando				
Nº4	DS			30	3
	Rodillas separadas y flexionadas, pies apoyados totalmente Respiración abdominal, cuando espire lentamente, realizar contracción con cierre Hacia arriba del ano 				
Nº5	idem nº4. pierna: una estirada otra flexionada 				
Nº6.	idem nº 4: piernas contrarias estirada y flexionada				
Nº7.	SD	5	10	30	3
	Rodillas separadas, tronco inclinado 30/40º, brazos apoyados sobre las piernas Realizar contracción del SP  				
Nº8.	Bipedestación	5	10	30	3
	Piernas separadas, pies con ligera rotación interna y puntas hacia dentro				
Leyenda: DS: decúbito supino, BP: bipedestación; SD: sedestación; SP: suelo pélvico					

Fuente:3,6,7,10,25-27. Elaboración propia

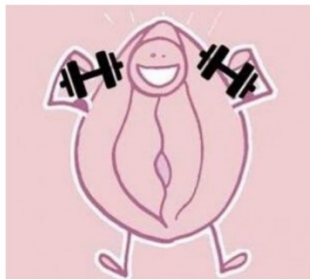
ANEXO IX. Combinación ejercicios de Kegel con contra fuerza <sup>3,25</sup>

COMBINACIÓN EJERCICIOS DE KEGEL CON CONTRAFUERZA <sup>3,25</sup>					
	Ejercicio	Tiempo			Repetición/ sesión
		Duración contracción (min)	Relajación (Seg)	Sesión/ día	
Nº1 VALORACIÓN	<b>Tacto vaginal</b>	5-7 seg	5	10	1ª visita
		Pedir que contraiga musculatura durante el tacto			
	<b>Perineómetro</b>	-			3ª semanas
		Evaluar la calidad de la contracción			
Nº2 TRATAMIENTO	<b>Conos vaginales</b>	de 5 a 30	-	2	diario
		Instrumento de refuerzo Desde el de menor peso (20 g.) hasta que se mantenga 30 min Aumentar hasta el cono de mayor peso (100 g)			
	<b>Bolas vaginales</b>	de 15-20	-	-	diario
		De pie o caminando o mientras se realizan los ejercicios			
<b>Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH)</b>		25	20	3/ejercicio	diario 30 min sesión
	La paciente elije 3 ejercicios para realizar Los ejercicios se realizan en apnea espiratoria				

Nota: los ejercicios a los que se les ha asignado un 1 son considerados de valoración, mientras que los que tienen asignado el 2 son de tratamiento

Fuente: 3,25. Elaboración propia

ANEXO X. Folleto para la captación las mujeres en edad fértil para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.



<https://www.copitamenstrual.com/blog/ejercicios-kegel-para-fortalecer-el-suelo-pelvico>

**SI ERES MUJER  
MENOR DE 40 AÑOS,  
¿A QUÉ ESPERAS?**



<https://img4.cuore.es/22/b6/86/caperucita-650x471.png>

**ADELÁNTANTE  
A LA  
INCONTINENCIA  
URINARIA**



XXX



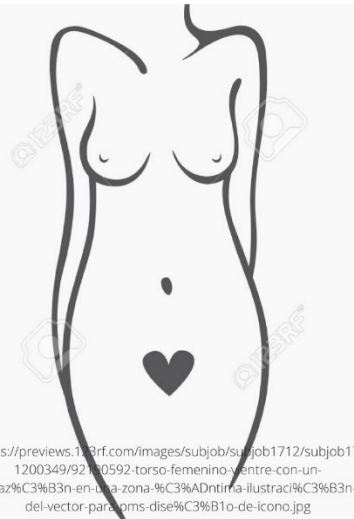
ainharamarian1@gmail.com



Centro de Salud XXX  
3ª Planta  
Consulta N° 8

**VEN A  
INFORMARTE**

**PREVENCIÓN Y  
TRATAMIENTO  
DE LA  
INCONTINENCIA  
URINARIA**



<https://previews.123rf.com/images/subjob/subjob1712/subjob171200349/92110592-torso-femenino-centre-con-un-coraz%C3%B3n-en-la-zona-%C3%ADntina-ilustraci%C3%B3n-del-vector-para-oms-dise%C3%B1o-de-icno.jpg>

**ENFERMERÍA PUEDE  
AYUDARTE SI:**

- Notas que tienes pérdidas de orina cuando realizas esfuerzos físicos, saltas, corres, toses, ríes, estornudas, levantas pesos etc.
- Si quieres evitar sufrir dichas pérdidas

**¡VISITA A TU  
ENFERMERA!**

**LO QUE TU  
ENFERMERA HARÁ  
POR TI:**

- Valoración enfermera
- Establecimiento de un plan de cuidados con ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico para prevención/tratamiento
- Seguimiento

HASTA LA MEJORÍA

**BENEFICIOS  
DEL  
TRATAMIENTO**

- Prevenir y controlar la incontinencia urinaria
- Incrementar el placer de las relaciones sexuales aumentando la capacidad de sentir y orgasmar
- Prevenir prolapsos genitales

## ANEXO XI. Valoración de enfermería. Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo<sup>2.3.37</sup>

Valoración de enfermería. Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo<sup>37</sup>

Convivencia Pareja:  Sí  No  Hijos (nº): .....  
 Antecedentes ginecológicos y personales: .....  
 Antecedentes familiares: .....  
 Intervenciones quirúrgicas: .....  
 Tratamiento médico (HTA, DM, etc.): .....

### 1. RESPIRAR CON NORMALIDAD

T/A: ..... Fr: .....  
 Fumadora:  Sí  No  Desde cuándo: ..... Cantidad n.º: .....  
 En caso de exfumadora: Sí  No   
 Problemas relacionados:  
 Tos: Sí  No  EPOC: Sí  No   
 Rinitis alérgica: Sí  No  Tratamiento con (inhalador, pastillas, etc.): .....  
 Dificultad para eliminar secreciones: Sí  No

### 2. COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

Peso (kg): ..... Talla (cm): ..... IMC: ..... Perímetro abdominal (cm): .....  
 Nº comidas: Mañana  Almuerzo  Comida  Tarde  Cena  Otros: .....  
 Raciones diarias/semanales:  
 -Lacteos: ..... -Carne: ..... -Pescado: ..... -Fruta: ..... -Verdura: .....  
 -Legumbre: ..... -Huevos: ..... -Fibra: ..... -Agua: ..... -Alcohol (cantidad y tipo): .....  
 -Bebidas gaseosas: ..... -Consumo de cafeína: ..... -HDC absorción rápida y lenta: .....  
 Plan terapéutico dietético:  Sí  No  Tipo: .....  
 Cumplimiento del plan:  Sí  No   
 Problemas relacionados:  
 Gases:  Sí  No  Distensión abdominal: Sí  No  Desde cuándo: .....  
 Si exceso de peso: Antecedentes familiares: Sí  No  Intentos de hacer dieta: Sí  No

### 3. ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS FISIOLÓGICAS

- Eliminación Intestinal  
 Frecuencia: ..... Características: .....  
 Esfuerzo defecatorio:  Sí  No  Uso de laxantes: Sí  No   
 Dieta especial:  Sí  No  Problemas: Sí  No   
 Especificar cuáles (incontinencia fecal, estreñimiento etc.): .....
- Eliminación urinaria  
 F.U.M.: ..... Duración ciclos: .....  
 Frecuencia (veces/día): ..... Características (olor, color, densidad cantidad, flujo lento etc.): .....  
 Problemas: Sí  No  Especificar cuáles (urgencia urinaria, incontinencia, goteo al aumentar la presión abdominal, retención, dificultad para iniciar la micción etc.): .....  
 Momento en el que se produce: ..... Desde cuándo: .....  
 Situaciones que producen cambio en la micción (ejercicio, medicamentos, alimentos, posturas, dolor, emociones, etc.): .....  
 Tipo de variación: .....  
 Instrumento de recogida: .....  
 Tacto Muscular Vaginal. Fuerza de 0 a 5:  
 0 ninguna contracción palpable incluso inversión  
 1 contracción no palpable  
 2 contracción débil o dudosa: no mueve pero hay tensión  
 3 contracción clara palpable, no aguanta oposición  
 4 contracción mantenida contra oposición débil  
 5 contracción mantenida resiste contra oposición  
 Fatiga de la musculatura: Nº repeticiones..... Duración.....  
 Infecciones de orina recurrentes: Sí  No  Menstruación: Sí  No

### IOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Ejercicio físico habitual:  Sí  No   
 - Tipo de ejercicio (correr, bici, caminar etc): .....  
 - Nivel de actividad: Sedentaria  Ligera  Moderada  Activa  Muy activa

### 5. DORMIR Y DESCANSAR

Tiempo de sueño (horas diarias): .....  
 Problemas relacionados con el sueño y el descanso: Sí  No  Causa posible: .....

### 6. UTILIZA PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Ropa y calzado habitual: Prendas holgadas: Sí  No  Uso de fajas y ligas: Sí  No

### 8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Estado de la piel (zona perianal, mucosa íntegra): .....  
 Hábitos higiénicos habituales: Baño  Ducha  Frecuencia: .....

### 9. EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Medidas de salud llevadas a cabo: Revisiones médicas periódicas: Sí  No   
 Entorno laboral: Tipo de trabajo: ..... Condiciones ergonómicas: .....  
 Cumplimiento del plan terapéutico:  
 - Farmacológica: Sí  No  A veces   
 - No farmacológica (dieta, ejercicio, etc.): Sí  No  A veces   
 - Especificar causa (desconocimiento, olvidos, etc.): .....  
 Automedicación: Sí  No  Otras terapias: Sí  No   
 - Tipo de medicamento o terapia: ..... Motivo: .....  
 - Desde cuándo: ..... -Resultados obtenidos: .....

### 10. COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO SENTIMIENTOS, EMOCIONES, NECESIDADES Y OPINIONES

Problemas relacionados con la sexualidad:  Sí  No  Desde cuándo: ..... A qué lo atribuye: .....  
 Consigo mismo: Grado de satisfacción: ..... Autoestima: ..... Imagen: .....  
 Con su pareja: Comunicación: ..... Sentimientos: .....  
 Otros datos de interés:  
 - Estado de ánimo: ..... - Situación de salud: .....  
 - Cambios que favorecen o dificultan el mantenimiento de las relaciones habituales o el inicio de otras nuevas: .....

### 12. REALIZAR ACTIVIDADES QUE PRODUZCAN SENSACIÓN DE UTILIDAD

Trabajo:  
 - Situación laboral: Autónoma  Contratada   
 - Horas semana: .....  
 - Bipedestación >6h: Sí  No  Carga de peso: Sí  No   
 - Actividad que realiza: .....  
 Hay alguna circunstancia que modifique el cumplimiento de sus actividades habituales: Sí  No

### 13. RECREARSE

Actividades recreativas habituales:  
 - Tipo: Deportiva  Cultural o manual:  Otros: .....  
 - Tiempo de dedicación: .....  
 Problemas actuales en relación con las actividades recreativas: Sí  No   
 Situación de salud que haya modificado las actividades recreativas: Sí  No   
 - Cambios producidos: .....  
 - Actividades modificadas: .....  
 - Desde cuándo: .....

### 13. RECREARSE

Actividades recreativas habituales:

- Tipo: Deportiva  Cultural o manual:  Otros: .....
- Tiempo de dedicación:.....

Problemas actuales en relación con las actividades recreativas: Sí  No

Situación de salud que haya modificado las actividades recreativas: Sí  No

- Cambios producidos: .....
- Actividades modificadas: .....
- Desde cuándo: .....

### 14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR DE MANERA ADECUADA LOS RECURSOS DISPONIBLES

Cuando necesita saber cosas sobre su salud, a quién se dirige: .....

Actualmente necesita información adicional: Sí  No  En caso afirmativo especificar sobre qué (enfermedad, tratamiento, hábitos de vida, grupos de apoyo): .....

Conoce los recursos de la comunidad y los utiliza: Sí  No

Observación: La necesidad 7 y 11 se valoran aunque no hay aspectos específicos que intervengan en la incontinencia urinaria.

Modificado de 2,3,37.