



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL EMBARAZO Y POSPARTO. UNA VISIÓN ENFERMERA

María de Miguel Arancón

Tutelado por: Nerea Garijo Pérez y M. M. Montserrat Ballesteros
García

Soria, 25 de mayo de 2022

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”.
Florence Nigthingale.

Resumen:

Introducción: La incontinencia urinaria es un problema frecuente en las mujeres embarazadas y que se encuentran en período posparto, sin embargo están muy desinformadas en la prevención y tratamiento. Por ello enfermería debe abordarlo de manera eficaz.

Objetivos: Describir la función de enfermería en el diagnóstico precoz y tratamiento temprano de la incontinencia urinaria en mujeres embarazadas y que se encuentren en período posparto.

Metodología: Revisión bibliográfica realizada en diferentes bases de datos con una serie de palabras clave, incluyendo artículos científicos, libros y una guía de práctica clínica según los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano constituyen las primeras líneas de actuación en el abordaje de este problema. Para su diagnóstico se realiza a través de la anamnesis y exploración física, además de utilizar cuestionarios especializados para diagnosticar la IU y de herramientas como el Pad Test o el diario miccional. Existen diferentes tratamientos para prevenir o corregir la IU. La terapia conductual y la modificación de hábitos de vida son los más sencillos. La técnica más frecuente son los ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico, han demostrado prevenir y disminuir la gravedad de la IU, además de tener una alta efectividad. Por último existen los dispositivos intracavitarios vaginales (conos vaginales y esferas pélvicas), el biofeedback manométrico y electromiográfico.

Conclusión: La IU es un problema normalizado por las mujeres en el embarazo y posparto por ello enfermería desarrolla un papel clave en su prevención y tratamiento, en parte gracias a su cercanía con los pacientes. Los ejercicios de Kegel es una de las técnicas más efectivas para prevenir o reducir la gravedad de la IU, y mejora aún con la combinación de otras técnicas como el biofeedback.

Palabras clave: incontinencia urinaria, embarazo, posparto, enfermería, prevención.

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Justificación	4
3. Objetivos	4
4. Metodología	4
5. Marco teórico.....	5
5.1 Anatomía del suelo pélvico	5
5.2 Fisiopatología.....	6
5.3 Tipos de incontinencia urinaria.....	6
5.4 Epidemiología.....	6
5.4.1 Factores de riesgo	6
5.4.2 Prevalencia	7
6. Resultados	8
6.1 Diagnóstico precoz	8
6.1.1 Anamnesis.....	8
6.1.2 Cuestionarios: UDI-6 E IIQ7.....	8
6.1.3 Examen físico.....	9
6.1.4 Instrumentos de medida.....	10
6.2. Tratamiento.....	11
6.2.1 Terapia conductual.....	11
6.2.2 Ejercicios de suelo pélvico.....	11
6.2.3 Dispositivos intracavitarios vaginales.....	12
6.2.4 Biofeedback.....	13
7. Discusión	13
8. Conclusiones.....	14
9. Bibliografía	15
ANEXOS:	I
Anexo I: Estrategia de búsqueda.....	I
Anexo II: Cuestionario incontinencia urinaria de tres preguntas.....	III
Anexo III: Versión española de los cuestionarios UDI-6 e IIQ7.....	III
Anexo IV: Escala Oxford	IV
Anexo V: Evaluación PERFECT	IV
Anexo VI. Ejemplo diario miccional diario. Fuente: Elaboración propia.....	IV

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1: Visión interna de la musculatura del diafragma pélvico	3
Figura 2: Fascias y tejido conjuntivo del suelo pélvico	3
Tabla 1: Prevalencia de incontinencia urinaria durante el embarazo obtenidos de estudios realizados a mujeres embarazadas	5
Figura 3: Exploración de los músculos de la vagina	7

LISTADO DE ABREVIATURAS

- **ICS:** International Continence Society
- **IUGA:** International Urogynecological Association
- **IU:** Incontinencia urinaria
- **IUE:** Incontinencia urinaria de esfuerzo
- **IUU:** Incontinencia urinaria de urgencia
- **IUM:** Incontinencia urinaria mixta
- **M:** Músculo
- **Lig:** Ligamento
- **Nº:** Número
- **UDI-6:** Urogenital Distress Inventory
- **IIQ-7:** Incontinence Impact Questionnaire
- **Kg:** Kilogramos
- **M²:** Metro cuadrado
- **MI:** Mililitros
- **G:** gramos
- **ICIQ-SF:** International Consultation on Incontinence Questionnaire

1. Introducción

La incontinencia urinaria es un problema de salud pública de elevada prevalencia en las mujeres. Ha sido definida por la International Continence Society (ICS) y por la International Urogynecological Association (IUGA) como la queja de pérdida involuntaria de orina. Este problema supone una disminución importante de la calidad de vida de la mujer, lo que conlleva una limitación en sus relaciones sociales, su carrera profesional y su entorno afectivo y sexual, haciendo que se deteriore su salud. Para las mujeres este problema puede resultar irritante, llegando a sentir miedo y vergüenza¹⁻⁵.

El coste de esta afección es elevado. A veces es percibido como un problema de salud común y por ello no se busca ayuda en la sanidad pública, recayendo el gasto sobre el propio paciente. Sin embargo, supone un alto coste sanitario y se estima que irá en aumento en los próximos años^{2,5-7}.

Según la bibliografía consultada, existen diferentes tipos de incontinencia urinaria, los más frecuentes son de esfuerzo, de urgencia o mixta^{4,5,7}. La más prevalente en el embarazo y posparto es la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Que se define como la queja de pérdida involuntaria de orina que se produce con algún esfuerzo (estornudar o toser) o al realizar actividad física^{1-3,8,9}.

Son muchos los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de este problema, siendo el embarazo uno de los agentes predictores en la aparición y agravamiento de los síntomas. Muchos autores coinciden en que el parto vaginal es uno de los principales factores para deteriorar el suelo pélvico. Por ello es de gran importancia detectar este problema durante el embarazo e iniciar cuanto antes las medidas preventivas oportunas^{2,9-11}. Además, se ha comprobado que si esta no remite antes de los 3 meses posparto, existe una alta probabilidad de que continúe con la IU los siguientes 5 años^{2,3,8}.

Dentro de las medidas preventivas se encuentran la detección precoz y el tratamiento temprano^{3,4,12-14}. Sin embargo, existe una falta de información entre las mujeres fértiles, ya que piensan que la IU es un problema normal asociado al embarazo, o que es común tras el parto.^{1-3,8,11}. Un estudio muestra que en España, tan solo el 25% de las mujeres de todas las edades consultan sobre la IU, siendo ese porcentaje aún menor entre las mujeres de 18 a 45 años².

Una de las estrategias de prevención de la IU en el embarazo con más efectividad son los ejercicios de suelo pélvico, que consisten en la contracción del mismo durante períodos cortos de tiempo con diferente intensidad^{1,12,15-17}. Diversos estudios avalan que muy pocas mujeres conocen esta práctica y aun menos aprenden hacerlos, ya que simplemente los ejercicios son mencionados y no reciben la instrucción física adecuada. Además, confirman que existe una falta de compromiso en su realización. Por lo que se debe hacer hincapié en la enseñanza de estos ejercicios a las mujeres durante el embarazo y el posparto para evitar y/o reducir las pérdidas de orina^{1,8,11,12,16}.

La incontinencia urinaria es un tema infravalorado e infradiagnosticado, ya que entre los propios profesionales sanitarios existe una desinformación sobre este problema, y algunos de ellos no tienen la formación adecuada para prevenirlo^{2-4,18}. Por ello, es necesario que los profesionales de la salud, ya sea enfermeras, matronas, médicos o fisioterapeutas, sean competentes y

puedan desenvolverse en este tema, realizando una educación de calidad para prevenir la incontinencia urinaria^{2,13,14}.

2. Justificación

Se ha elegido este tema debido a la alta prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres. El problema está muy presente en nuestro entorno, y en personas cercanas. En consecuencia lo sufren en silencio y durante mucho tiempo, sobre todo desde el parto.

Además enfermería constituye una de las primeras líneas de actuación para la detección y prevención de la incontinencia urinaria. Formando a las mujeres embarazadas y que se encuentren en período posparto con técnicas efectivas. Con la consecuencia de mejorar su salud, la calidad de vida y romper barreras, proporcionándoles seguridad y confianza.

3. Objetivos

- Objetivo principal:
 - Conocer la función de enfermería en la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria en el embarazo y posparto.
- Objetivos secundarios:
 - Identificar el proceso de diagnóstico precoz de la incontinencia urinaria en el embarazo y el posparto.
 - Describir las técnicas con más efectividad de refuerzo del suelo pélvico.

4. Metodología

Para dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de literatura científica. La búsqueda de los artículos se realizó en las bases de datos “Medline” a través de “PubMed”, “Scopus”, “Science Direct”, “Dialnet” y “Cuiden Plus” en un período de tiempo comprendido entre diciembre de 2021 y marzo de 2022. Se utilizaron las siguientes palabras clave: incontinencia urinaria, embarazo, posparto, enfermería, prevención, diagnóstico, tratamiento y suelo pélvico. Todos los términos fueron utilizados tanto en español como en inglés, combinándose con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

La muestra utilizada para el estudio fueron mujeres que estuvieran embarazadas, o que se encontraran en periodo posparto.

Los criterios de inclusión fueron: Artículos disponibles en texto completo, publicados en español e inglés y en los últimos 10 años. A excepción del libro “Suelo pélvico” cuya publicación es del año 2006, y el artículo publicado por Ruiz de Viñaspre et al “Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas” que fue publicado en 2011. Como último criterio se incluyó que los artículos tuvieran información sobre la incontinencia urinaria de calidad.

Los artículos de exclusión fueron: Artículos que trataran la incontinencia urinaria desde un aspecto médico.

5. Marco teórico

5.1 Anatomía del suelo pélvico

La estructura que da soporte al suelo pélvico es el esqueleto de la pelvis, formado por los dos huesos coxales (isquion, ilion y pubis), el sacro y el coxis¹⁹. Seguidamente lo conforman distintos músculos, fascias y ligamentos. La musculatura está formada por el periné, que es el conjunto de tejidos blandos superficiales, y por el diafragma pélvico¹⁹⁻²¹.

El diafragma pélvico se conforma del músculo coccígeo y el músculo elevador del ano, siendo este último el más importante. El músculo elevador del ano es el que más función desempeña tanto en la continencia urinaria como en la fecal y ocupa gran parte del suelo pélvico^{19,20}.

Junto a estos músculos se encuentra la fascia parietal pélvica cubriendo varios músculos, la región pélvica, piriforme, coccígea, obturador interno y elevador del ano. Como refuerzo se encuentran los ligamentos pubovesical y pubocervical, uniendo el pubis, el cuello de la vejiga urinaria y el cuello uterino. Por último, se sitúa el ligamento uterosacro que se extiende desde el sacro hasta la vagina^{19,21,22}.

Todo este conjunto constituye el mecanismo principal para la continencia urinaria, por ello si el diafragma pélvico falla, las estructuras fasciales no pueden mantener la carga, y se vuelven débiles ante los cambios de presión produciendo pérdidas de orina^{8,21}.

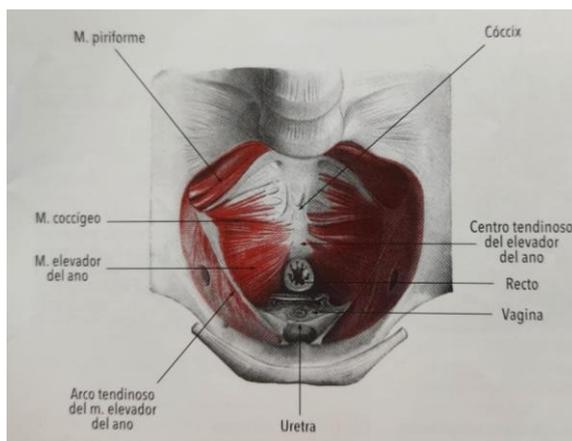


Figura 1. Visión interna de la musculatura del diafragma pélvico. Fuente: Ramírez et al¹⁹.

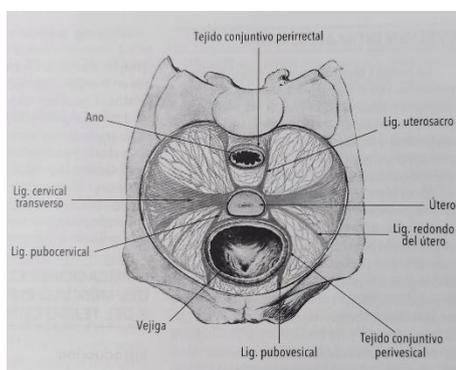


Figura 2. Fascias y tejido conjuntivo del suelo pélvico. Fuente: Ramírez et al¹⁹.

Algunos autores dividen el suelo pélvico en niveles, concluyendo que el conjunto de músculos, fascias y ligamentos son plataformas móviles que se adecuan a cada función específica, moviéndose de manera activa según las necesidades de micción, defecación, continencia o sexual²¹. En relación a la micción, para el mecanismo de la uretra se ha demostrado que es esencial la contracción de las paredes vaginales, por ello fortalecer la musculatura pélvica supone un efecto protector para el desarrollo de la IU^{19,21}.

5.2 Fisiopatología.

Las causas del desarrollo la IU en la mujer no han sido descritas con exactitud. Sin embargo, diferentes autores coinciden en que es producida por una debilidad del suelo pélvico en la que interviene además un fallo en el cierre intrínseco del esfínter uretral. Provocando una hipermovilidad en la vejiga y en el cierre uretral^{6,8,19}.

En el caso de la IUE, el mecanismo viene dado por un aumento de la presión intrabdominal producido por un esfuerzo. A su vez, dicha presión se transmite a la vejiga, y de ahí al esfínter uretral. Por tanto, si existe una debilidad del suelo pélvico y del esfínter uretral se producirá una pérdida de orina^{6,8}.

5.3 Tipos de incontinencia urinaria^{6,12,19,21}.

La incontinencia urinaria ha sido definida por una gran cantidad de autores, coincidiendo todos ellos en que se basa en la pérdida involuntaria de orina. Tres de los tipos más frecuentes de IU que se pueden encontrar son:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): Pérdida de orina asociada a un esfuerzo, como puede ser toser, estornudar, reír, o realizar una actividad física. Es la IU más frecuente en mujeres embarazadas y en el período posparto.
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): Pérdida involuntaria de orina que es precedida o acompañada de urgencia miccional o del deseo intenso de orinar.
- Incontinencia urinaria mixta (IUM): Pérdida de orina cuando se realiza un esfuerzo y es acompañada de urgencia miccional, es decir, es el conjunto de los dos tipos anteriores.

5.4 Epidemiología.

5.4.1 Factores de riesgo.

Los principales factores de riesgo para desarrollar IU en una gestante o puérpera son el embarazo y el trabajo de parto^{2,8-12,18}. En la etapa de gestación, se produce una disminución de las fibras de colágeno que provocan laxitud en las paredes vaginales. Así mismo, existen cambios hormonales que contribuyen a la debilidad del suelo pélvico, como el aumento en la producción de relaxina y progesterona que ayudan a que el útero se encuentre más relajado^{8,19}. Además, también influyen los cambios de tamaño que se producen en el útero y el peso fetal, esto constituye un factor de riesgo ya que el útero ejerce presión directa sobre la vejiga⁸.

En cuanto a los factores asociados al parto, aumentan el riesgo de IU el parto vaginal, el parto vaginal instrumentado, así como el hecho de que se produzca un desgarro o la realización de episiotomía. Algunos autores detallan que el parto por cesárea supone un “efecto protector”

en el desencadenante de la IU. Pese a ello, siempre la primera opción es el parto vaginal^{2,8-10,12,19,18}.

Por otro lado, también son factores de riesgo para la IU la obesidad (IMC >30 kg/m²), la edad superior a 35 años, episodios previos al embarazo de IU y las intervenciones quirúrgicas abdominales^{1,2,8,9,18,19}.

Varios datos confirman que el componente genético influye en el desarrollo de esta afección¹⁹. Otros factores que no han sido descritos con certeza, y por tanto no han sido demostrados, son la realización de deportes de impacto, el estreñimiento, el hábito tabáquico o enfermedades crónicas como la diabetes^{7,8,13,19}.

5.4.2 Prevalencia

La prevalencia de la IU no se conoce con exactitud en las mujeres en general, y tampoco en los periodos de embarazo y posparto. Dicha tasa oscila en función del tipo de estudio que se realice, de la definición aplicada y de los mecanismos de evaluación de la incontinencia urinaria empleados para su diagnóstico^{1,12}.

Varios trabajos realizados sobre la prevalencia de la IU en el embarazo y posparto indican que oscila entre el 20 y 40% de las mujeres encuestadas (Tabla 1)^{2,8,9,12,18}. El estudio publicado por Daly et al¹ incluyó a 567 mujeres, de las cuales un tercio refirieron síntomas de incontinencia durante la gestación.

Cabe destacar un estudio de cohortes prospectivo realizado en la Universidad de Zaragoza en el que se incluyeron a 518 mujeres y se les monitorizó desde el inicio del embarazo hasta los 6 meses posparto. De las cuales más de la mitad de estas mujeres reportaron síntomas de IU, siendo en más del 83% IUE².

Con respecto a la IU en el posparto, son varios los trabajos que coinciden en que la prevalencia de esta entidad a los 3 y 6 meses del nacimiento del bebé se encuentra entre el 13-14%^{3-6,23}. En el estudio publicado por Martín et al⁹, el 11,3% mujeres tuvieron IU a los tres meses posparto. Además, el 70% de ese porcentaje ya habían tenido pérdidas de orina durante el embarazo.

Tabla 1. Prevalencia de incontinencia urinaria durante el embarazo obtenidos de estudios realizados a mujeres embarazadas. Fuente: Elaboración propia.

	Nº MUESTRA		IU	IUE	IUU	IUM
Daly et al ¹	567	Primíparas 239	34,2%	37,7%	8,4%	10,5%
		Múltiparas 328		31,7%	7,9%	15,6%
Ruiz de Viñaspre et al ²	518		53%	83,2%	1,5%	11,7%
Martín et al ⁹	381		33,6%	71%	3,4%	21,5%

6. Resultados

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel clave en el abordaje de la incontinencia urinaria en embarazadas y púerperas, siendo de gran importancia la realización de un adecuado diagnóstico precoz, o en el caso de que ya tenga IU guiarle hacia el tratamiento más oportuno en su caso.

6.1 Diagnóstico precoz

6.1.1 Anamnesis.

Una correcta anamnesis es el primer paso para prevenir o realizar un diagnóstico precoz de incontinencia urinaria. La enfermera deberá realizar una valoración general sobre la historia clínica de la paciente en la que se incluyan antecedentes familiares y personales, hábitos de vida, tratamiento farmacológico y en este caso, la historia obstétrica y ginecológica. Es importante mostrar atención a los posibles factores de riesgo que se detecten^{3-6,11,23}.

No obstante, la enfermera puede llevar a cabo una valoración a través de los patrones funcionales de Virginia Henderson para identificar si existe alguna alteración, detectar el problema principal y establecer un plan de cuidados adecuado¹⁴.

Una vez se ha detectado el problema de IU, se realizará la anamnesis específica con una serie de preguntas encaminadas a establecer el tipo, el inicio, la duración y frecuencia de las pérdidas. También se valorará cuando es el momento en el que tienen lugar, la gravedad de la incontinencia y la repercusión sobre la calidad de vida. Para ayudar a la enfermera a realizar una valoración dirigida, existen anamnesis ya elaboradas^{4-6,11}. Como es el caso del cuestionario de Luckas et al²³, que recoge información sobre si la mujer ha sufrido pérdidas de orina, el tipo y la frecuencia en los 3 últimos meses. (Anexo II).

6.1.2 Cuestionarios: UDI-6 E IIQ7.

Diversos autores coinciden en la utilización de los cuestionarios Urogenital Distress Inventory (UDI-6) e Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) (Anexo III). El primero, evalúa la presencia de síntomas de IU, la gravedad e identifica el tipo de pérdida. El segundo, valora la repercusión de la IU en la calidad de vida de la mujer. Son dos instrumentos sencillos que cuentan con una alta factibilidad, fiabilidad y validez^{2,17,19,24}. El estudio publicado por Ruiz de Viñaspre et al²⁴, demuestra que si se utilizan ambos cuestionarios resultan muy útiles para establecer el tratamiento y evaluar su eficacia durante la gestación y el posparto. Ambos cuestionarios, tienen una recomendación tipo A establecida por la ICS.

Ambos constan de diferentes ítems, que se evalúan con una escala tipo Likert de 5 puntos donde 0 es ausencia de síntoma y 4 es presencia de síntoma con mucha molestia. En el UDI-6 la presencia de incontinencia se corresponde con los valores del 1 al 4 y para identificar el tipo de IU se utilizan algunos de los elementos del cuestionario¹⁹. Sin embargo, en la versión modificada española de los cuestionarios se valora de manera diferente, ya que utilizan los adjetivos: nada, poco, moderadamente y mucho²⁴.

La interpretación de ambos resultados se reconvierte a una escala de 0 a 100. En el UDI-6, 0 es nula gravedad y 100 máxima gravedad. En el IIQ-7, 0 es nula afectación de la calidad de vida y 100 máxima afectación de la calidad de vida¹⁹.

6.1.3 Examen físico

Se recomienda realizar un examen físico para complementar el diagnóstico, siempre que el profesional que lo realice tenga los conocimientos adecuados para su ejecución^{4,6,11,23}.

El examen físico comienza con la medición del peso y la talla para posteriormente calcular el IMC. En una embarazada se debe preguntar por su peso previo al embarazo, y cuanto ha ganado en el mismo. Por último, se realizará una medición de la tensión arterial^{4,6}.

Para realizar la inspección perineal y la valoración de los músculos del suelo pélvico, la paciente se debe colocar en posición de litotomía. En la inspección visual perineal se observa la vulva, la uretra, el introito vaginal y la presencia de cicatrices procedentes de desgarros o episiotomías anteriores. Con la mujer en esta misma posición, se le pedirá la realización de un esfuerzo que aumente la presión intraabdominal, como puede ser toser, para identificar si existe algún tipo de prolapso y de pérdida de orina^{11,19}.

Seguidamente, para evaluar la capacidad de contracción y el tono del suelo pélvico de la mujer se realiza un tacto vaginal^{4,6,11,19}. Esta técnica consiste en la introducción de uno o dos dedos por la vagina, realizando movimientos hacia arriba y hacia adentro. Para posteriormente pedirle a la paciente que contraiga el suelo pélvico. Los resultados se pueden interpretar con la escala de Oxford (Anexo IV) y el método PERFECT (Anexo V). Este último evalúa la fuerza, resistencia, número de repeticiones, contracciones rápidas que puede realizar y mide cada contracción. En el caso de las gestantes se debe tener en cuenta que no haya ninguna contraindicación para la realización de esta técnica y en el caso del posparto, es recomendable dejar un intervalo de tiempo de al menos seis semanas para la recuperación de los músculos^{11,19}.

En el caso de que el problema sea de mayor gravedad y la enfermera lo considere, se puede derivar a otro profesional especializado en ello.

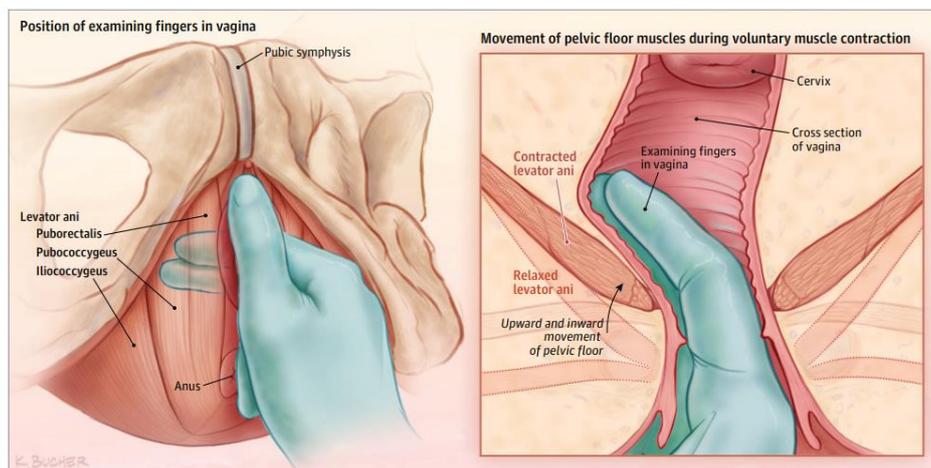


Figura 3: Exploración de los músculos de la vagina. Fuente: Lukacz et al¹¹.

6.1.4 Instrumentos de medida.

Para evaluar de manera objetiva el volumen de las pérdidas y sus características se pueden encontrar dos de los instrumentos más utilizados que son el diario miccional y el test de la compresa.

6.1.4.1 Diario miccional.

Esta herramienta consiste en registrar la hora, la cantidad en ml de las micciones y la existencia de fugas. Además, también refleja la ingesta de líquidos (cantidad y tipo de bebida), incluso algunos autores incluyen el tipo de actividades realizadas a lo largo del día.

Este diario es de utilidad para la enfermera, ya que proporciona gran cantidad de información espaciada en el tiempo, y así permite identificar el tipo de IU y adecuar las intervenciones a realizar^{4,6,12,19}. (Anexo VI)

6.1.4.2 Pad test o test de la compresa.

Este método valora de manera objetiva, a través del peso de una compresa, el volumen de las pérdidas de orina. Es una prueba sencilla, económica y se puede realizar ambulatoriamente^{3,7,19,21,23}.

En la consulta esta prueba se realiza en una hora, en la que la paciente debe colocarse una compresa, pesada previamente, sin haber orinado. Se le indicará la ingesta de 500 ml de agua sin sodio, en un intervalo de tiempo de 15 minutos, y posteriormente se le aconsejará que se siente o se tumben. En los 30 minutos siguientes debe andar, subir y bajar escaleras; y en el tiempo restante hasta los 60 minutos, tiene que realizar:

- Levantarse de la silla 10 veces.
- Toser enérgicamente 10 veces.
- Correr en el sitio 10 veces.
- Agacharse a coger un objeto 5 veces.
- Lavarse las manos con el agua corriendo durante un minuto.

Una vez haya pasado el tiempo y realizado estas actividades, se pesa la compresa, interpretando los resultados de la siguiente manera:

- Continente: peso menor o igual a 2g (por la secreción vaginal).
- Incontinencia urinaria leve: peso menor o igual a 10g.
- Incontinencia urinaria moderada: peso menor o igual a 50g.
- Incontinencia urinaria grave: peso mayor de 50g.

Si la mujer considera que el resultado es representativo, orina y se mide el volumen. Si considera que no lo es, se repite preferiblemente con la vejiga llena. Se puede realizar en el mismo día u otro si lo prefiere la paciente¹⁹.

6.2. Tratamiento

6.2.1 Terapia conductual

El tratamiento de primera elección para prevenir la IU en el embarazo y posparto supone una modificación de los hábitos de vida. La terapia conductual no supone ningún riesgo y es económica^{3-6,12,23}.

Consiste en:

- Reducción de la ingesta de líquidos estimulantes o irritantes como pueden ser las bebidas con cafeína, gaseosas, diuréticas y alcohólicas^{2-6,11}.
- Evitar el exceso de líquidos, con una ingesta controlada. Es decir, beber pequeñas cantidades, en un intervalo de tiempo razonable, asegurándose siempre del consumo de 2 litros de agua al día^{4-6,11}.
- Se deben realizar vaciados de la vejiga cada cierto tiempo (micción programada) Para aumentar la capacidad de llenado de la vejiga y de esta manera reeducarla. Estos vaciados serán acomodados a cada paciente, evitando los intervalos muy largos y muy cortos. (entre 2 y 3 horas)^{3-6,11}.
- Fomentar hábitos de vida saludables. Se debe incidir en la pérdida de peso en el caso de pacientes con sobrepeso u obesidad^{3,6,11}.
- Modificar la actividad física y el trabajo físico que pueda ejercer un aumento de la presión intraabdominal. Corrigiendo la higiene postural^{5,6}.

6.2.2 Ejercicios de suelo pélvico.

Los ejercicios para fortalecer el suelo pélvico son uno de los pilares fundamentales en la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria en gestantes y puérperas. Cuentan con una alta eficacia y efectividad. Suponen un efecto protector a la hora del parto y mejoran el grado de la incontinencia de orina cuando se realizan de manera rigurosa después del parto^{1,11,15-17,25-27}. También son llamados ejercicios de Kegel.

Estos ejercicios se basan en la contracción y relajación de la musculatura del suelo pélvico, con diferentes intensidades e intervalos de tiempo^{5,11,16,19}. El objetivo principal es la reeducación y reforzamiento de los músculos^{11,12,17,27}. Los tipos más frecuentes que se encuentran son:

- De contracción lenta: Se realizan contracciones lentas y progresivas hasta alcanzar la máxima fuerza. Deben durar de 3 a 10 segundos^{19,21,26}.
- De contracción rápida: Se realizan contracciones rápidas con la máxima fuerza con descansos. El número de contracciones depende de la resistencia de cada mujer, normalmente se llevan a cabo hasta la fatiga muscular, de ahí el descanso, con el objetivo de relajar completamente la musculatura para volver a empezar^{19,21}.

Es recomendado realizar dos series al día con tres-cinco contracciones de ambos tipos en cada una de las diferentes posturas: decúbito supino, sedestación y en bipedestación, ya que se modifica la carga por el efecto de la gravedad. Se pueden adoptar posturas diferentes como estar en decúbito supino con los glúteos levantados^{5,11,19,26}.

El tiempo de entrenamiento depende de cada mujer, y de la gravedad de su incontinencia, sin embargo, para que se desarrolle un efecto protector los autores recomiendan un período mínimo de tres meses de realización diaria. No obstante, la cumplimentación de esta pauta puede que no se lleve realmente a la práctica, por lo que aconsejan de 3 a 4 días por semana, llevando un diario de entrenamiento para realizar un seguimiento posterior de las sesiones^{5,11,19}.

Durante su realización deben respirar de manera natural y controlar la posición. Un beneficio de estos ejercicios es que se pueden realizar a la vez que las actividades de la vida diaria, aunque, es recomendable llevar un control sobre el número e intensidad de las contracciones^{11,28}.

Como indicación siempre debe ir de menos a más intensidad, tanto en la fuerza de la contracción, como en el tiempo y el número de repeticiones^{4,5,11,19,27}.

En cuanto a su enseñanza la enfermera proporcionará información verbal sobre la anatomía pélvica y los ejercicios para fortalecerla, en la que se incluye cómo realizar los ejercicios, cuándo, con qué frecuencia y los beneficios que conlleva llevarlos a la práctica. Debe evaluarles y facilitar técnicas de autoevaluación a la hora de ejecutarlos^{5,11}.

Existen una serie de condiciones para que el tratamiento tenga éxito. En primer lugar, es la localización de la musculatura pélvica, para ello la enfermera puede dar una serie de recomendaciones: “Imaginar que está sentada sobre una canica e intentar cogerla con la vagina” o “la situación en la que quiere evitar la expulsión de un gas intestinal y apretar los músculos”. También es recomendado introducir un dedo en la vagina y contraer el suelo pélvico. Estas prácticas son importantes ya que se cometen algunos fallos. Como contraer los glúteos o el abdomen²¹.

En segundo lugar, otro de los requisitos son la motivación y el compromiso, para ello se debe realizar un programa sencillo, individualizado a cada mujer y que sea fácil de llevarlo a la práctica debido a que la adherencia terapéutica en gestantes es baja^{1,11}. Un estudio realizado por Daly et al¹ detalla que solo el 17% de la muestra realiza los ejercicios de manera diaria y menos de la mitad creía que los hacía bien.

Por último, ha sido demostrado que la realización de los ejercicios con supervisión obtiene un mejor resultado que si no la hubiera, ya que permite evaluar la correcta contracción del suelo pélvico. Se recomienda la práctica de al menos dos sesiones, la primera explicando la realización de los ejercicios de suelo pélvico y en la segunda evaluando la contracción de los músculos de manera correcta, ya que este es el principal error que pueden cometer las pacientes que los lleven a cabo^{12,25}.

6.2.3 Dispositivos intracavitarios vaginales.

Para fortalecer la musculatura del suelo pélvico existen otros métodos como son los conos vaginales y las esferas pélvicas. En el caso del embarazo, se usarán si no es considerado de riesgo, con las medidas de higiene adecuadas. En el caso del posparto se recomienda esperar al menos hasta seis semanas, ya que es necesario la recuperación del suelo pélvico^{4,19}.

Los conos vaginales son un conjunto de dispositivos con pesos diferentes que van de manera gradual. Se introducen en la vagina y se mantienen como si fuera un tampón con el objetivo de aumentar la fuerza mecánica sobre la uretra. Se utilizan de manera progresiva en bipedestación o caminando, durante unos minutos y se comienza con el menos pesado hasta llegar al último.

El método de acción consiste en que los conos descienden, de manera que la sensación de caída provoca una contracción involuntaria reteniendo el cono^{1,8,11,19,21}.

Las esferas pélvicas son unos dispositivos formados por una o dos bolas unidas por un cordón y que en su interior tienen otras bolitas que se mueven en el interior y producen choques contra la pared o vibraciones. El objetivo es fortalecer la musculatura, ya que un músculo que se somete a una vibración aumenta su tono. Se introducen en la vagina y la mujer debe caminar o moverse, de forma que la musculatura realizará una contracción involuntaria al sentir las vibraciones^{8,11,19,21}.

6.2.4 Biofeedback.

El biofeedback es un medio instrumental que recoge información de la actividad del suelo pélvico, y la traduce en señales auditivas, visuales o ambas. Su objetivo es que tanto el profesional como la paciente orienten el tratamiento para que resulte óptimo. Facilitan el reconocimiento de los músculos del suelo pélvico, por lo que resulta más sencillo su tonificación^{11,15,19,23,29}.

Dentro de esta práctica existen dos tipos diferentes de terapia. El biofeedback manométrico que utiliza el perineómetro, el cual mide la presión que es ejercida en la vagina. Sin embargo no se ha podido demostrar su eficacia en la prevención de la IU. La otra terapia es el biofeedback electromiográfico, donde se encuentran los dispositivos electrónicos o ejercitadores de Kegel inteligentes, que son capaces de evaluar el tono muscular y adaptar las sesiones de entrenamiento^{6,19,21,29}.

7. Discusión

La incontinencia urinaria es una entidad con unos factores de riesgo predisponentes como el parto vaginal, el instrumentado, la realización de episiotomía, la obesidad o edad mayor de 35 años. La mayoría de los artículos usados para esta revisión bibliográfica coinciden en todos ellos, salvo el publicado por Martín et al⁹. En su caso utiliza una muestra pequeña, y refiere que ni el IMC mayor de 30 kg/m², ni la edad incrementaban el riesgo de desarrollar IU.

Diagnosticar precozmente la incontinencia urinaria en embarazadas y puérperas tiene cierta dificultad. Debido a que las mujeres cuando acuden a consulta de enfermería presentan un nivel de gravedad alto en las pérdidas de orina y con un mayor impacto en la calidad de vida. Por ello la captación temprana es vital para reducir la prevalencia de este problema. Ruiz de Viñaspre et al², defiende que los profesionales deben dar visibilidad al problema, además de preguntar a las gestantes sobre la incontinencia urinaria en los controles rutinarios.

Diversos estudios utilizan otro tipo de cuestionarios diferentes a los expuestos en los resultados, como es el caso del estudio publicado por Martín et al⁹ y el de Romeikiene et al¹⁵, que utilizan el ICIQ-SF modificado. Sin embargo, la elección de la utilización de los cuestionarios UDI-6 e IIQ-7, viene dada por la validación de los mismos para las mujeres embarazadas, su alta recomendación y fiabilidad.

De acuerdo con los resultados, las técnicas para reforzar el suelo pélvico han demostrado un índice de éxito en la prevención de la IU, sin embargo, el gran problema es su desconocimiento entre las mujeres embarazadas y que se encuentran en período posparto. Una de las causas se

debe a que no buscan información en ningún profesional, por normalización del problema o vergüenza. Los profesionales de enfermería, por su cercanía pueden ser el personal adecuado para establecer una relación de confianza con la paciente y trabajar en el problema sin obstáculos.

Otra de las causas es la falta de formación de los profesionales en el abordaje y conocimiento de este problema. Son varios los estudios que lo demuestran, como es el caso del realizado por Daly et al¹, que refleja que los profesionales encuestados no se sentían preparados para enseñar las técnicas de manera correcta. Por lo que aprender, investigar y trabajar conjuntamente con otros profesionales del sector está a la orden del día.

Una de las dificultades de las técnicas de prevención de la IU es la falta de continuidad en la realización de los ejercicios, ya que al no tener resultados inmediatos cabe la posibilidad de abandono precoz por baja motivación y descontento. Por esa razón se debe crear un programa de prevención atractivo y adaptado a cada situación y así favorecer la adherencia.

Con respecto a la realización conjunta de las técnicas de refuerzo del suelo pélvico, diversos estudios demuestran que si se combinan varias de estas técnicas se obtiene mayor beneficio que si se hacen por separado. Esto mismo lo apoya la revisión sistemática de Daly et al¹, que estudia la realización de ejercicios de suelo pélvico conjuntamente con el uso del biofeedback electromiográfico y observa como disminuye la gravedad de la IU en estos casos.

8. Conclusiones.

La IU en el embarazo y posparto es un problema de elevada prevalencia y repercusión clínica, pero son muchas las ocasiones en las que pasa desapercibida o se normaliza como habitual para ese periodo, quedando infradiagnosticada y sin el tratamiento oportuno. Enfermería desempeña un papel importante en la prevención y corrección de la incontinencia urinaria en el embarazo y el postparto.

Las principales líneas de actuación son la detección precoz y el tratamiento temprano. Realizar un correcto diagnóstico, o promocionar las técnicas adecuadas constituyen un factor clave para prevenir o revertir la IU. Además, la cercanía de los profesionales de enfermería hace que establezcan relaciones más estrechas con los pacientes, por lo que cuando una mujer presenta IU hace que se siente más cómoda y se lleve a cabo un seguimiento más exhausto para prevenir o disminuir las pérdidas.

Cabe destacar que los ejercicios para fortalecer la musculatura de suelo pélvico son una de las técnicas más usadas, y con mejores resultados, ya que son sencillos en su enseñanza y aprendizaje. Sin embargo, es necesario que el profesional de enfermería esté lo suficientemente formado y que las mujeres se comprometan con la realización de los mismos.

La incontinencia urinaria puede ser abordada por diferentes profesionales. Por lo que se puede trabajar conjuntamente a través del equipo multidisciplinar del centro.

Este trabajo fin de grado ha sido elaborado para que el personal de enfermería lo utilice como una guía en el manejo de la IU. Por esta razón, se debe enfatizar en la falta de estudios con mayor peso que unifiquen el trabajo de la enfermera en el abordaje de la IU tanto el período de gestación y posparto, como en la vida de la mujer.

9. Bibliografía

1. Daly D, Cusack C, Begley C. Learning about pelvic floor muscle exercises before and during pregnancy: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. 2019; 30(6): 965-975.
2. Ruiz de Viñaspre R, Rubio E, Tomás C. Prevalencia, factores predictivos y registro en la historia clínica de la consulta sobre la incontinencia urinaria en mujeres gestantes riojanas. *Matronas Prof*. 2015; 16(4): e1-e8.
3. Campillos MN, González RM, Berlango J, Crespo R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol*. 2021; 24(1): 25-37.
4. Denisenko AA, Clark CB, D'Amico M, Murphy AM. Evaluation and management of female urinary incontinence. *Can J Urol*. 2021; 28(2): 27-32.
5. Scemons D. Incontinencia urinaria en el adulto. *Nursing*. 2014; 31(4): 46-52.
6. Deffieux X, Thubert T, Demoulin G, Rivain AL, Faivre E, Trichot C. Incontinencia urinaria de la mujer. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2016; 52(1): 1-16.
7. Hickman L, Propst K, Swenson C, Lewicky-Gaupp C. Subspecialty care for peripartum pelvic floor disorders. *Am. J Obstet Gynecol*. 2020; 223(5): 709-714.
8. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J*. 2013; 24(6), 901-912.
9. Martín S, Pascual A, Álvarez C, Calvo R, Muñoz M, Cortiñas JR. Incontinencia urinaria en embarazo y postparto. Factores de riesgo asociados e influencia de los ejercicios del suelo pélvico. *Arc. Esp. Urol*. 2014; 67(4): 323-330.
10. Rajavuori A, Repo JP, Häkkinen A, Palonen P, Multanen, J, Aukee P. Maternal risk factors of urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2021;13: 100-138.
11. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary incontinence in women: a review. *JAMA*. 2017; 318(16): 1592-1604.
12. García D, Aboitiz J. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2012; 34(2): 87-95.
13. Ruiz de Viñaspre R, Rubio E, Tomás C. Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141(4): 145-151.
14. Martín L, Parro AI, Solís M, Grupo de Investigación en cuidados en Incontinencia Urinaria del Hospital de Guadarrama. Cuidados basados en terapias conductuales aplicados al paciente con incontinencia urinaria. *Enferm Clin*. 2020; 30(5):349-353.
15. Romeikienė KE, Bartkevičienė D. Pelvic-floor dysfunction prevention in prepartum and postpartum periods. *MDPI*. 2021; 57(4): 387.
16. Castro LM. Entrenamiento del suelo pélvico en incontinencia urinaria durante el embarazo y postparto vaginal. *FisioGlia*. 2017; 4(3): 53-56.
17. Terry R, Jarvie R, Hay-Smith H, Salmon V, Pearson M, Boddy K, MacArthur C, et al. "Are you doing your pelvic floor?". An ethnographic exploration of the interaction between

- women and midwives about pelvic floor muscle exercises (PFME) during pregnancy. *Midwifery*. 2020; 83, 102647.
18. Hidalgo M, López MC, Román MR, García A. Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. ¿Aportan las matronas suficiente información acerca de los cuidados del suelo pélvico?. *Nure Inv*. 2017; 14(90).
 19. Ramírez I, Blanco L, Kauffman S. Rehabilitación del suelo pélvico femenino: práctica clínica basada en la evidencia. 1ª ed. Madrid: Medica Panamericana, D.L; 2013.
 20. Carrillo K, Sanguinetti A. Anatomía del piso pélvico. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2013; 24(2): 185-189.
 21. Lomanto A. Incontinencia urinaria femenina y disfunciones del piso pélvico. 2ª ed. Colombia: Distribuna editorial; 2012.
 22. Petros P. Suelo pélvico en la mujer: Función, disfunción y tratamiento según la teoría integral. 1ª ed. Ediciones Mayo, S.A; 2006.
 23. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. Guía de práctica clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2013; 37: 199-213.
 24. Ruiz de Viñaspre R, Tomás C, Rubio E. Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas. *Gac Sanit*. 2011; 25(5): 379-384.
 25. Mossdorf H, Berghmans B, Spaanderman M, Bols E. Pelvic floor muscle group therapy for the treatment of urinary incontinence during pregnancy and post-partum: a randomized controlled trial. *Pelvipерineology*. 2021; 40(2): 67-75.
 26. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
 27. Abalo R, Da Cuña L. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el postparto. *Fisioterapia*. 2013; 35(2): 82-87.
 28. Szumilewicz A, Kutchta A, Kranich M, Dornowski M, Jastrzebski Z. Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence. *Medicine*. 2020; 99:6.
 29. Geanini A, Fernández ME, Nieto J, Ciprián D, Oliveros B, Lorenzo MF. EMG- biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación (Madr)*. 2014; 48 (1): 17-2.

ANEXOS:

Anexo I: Estrategia de búsqueda.

Nº de referencia	Título	Año	Base de datos	Estrategia de búsqueda	Nº de artículos encontrados	Criterios de inclusión
1	Learning about pelvic floor muscle exercises before and during pregnancy: a cross-sectional study.	2019	Scopus	Urinary incontinence AND pregnancy OR postpartum	2830	526 Área de enfermería :35
2	Prevalencia, factores predictivos y registro en la historia clínica de la consulta sobre la incontinencia urinaria en mujeres gestantes riojanas	2015	Scopus	Urinary incontinence AND pregnancy OR postpartum	2830	526 Área de enfermería :35
3	Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería	2021	Cuiden Plus	Urinary incontinence AND nursing	60	60
4	Evaluation and management of female urinary incontinence	2021	PubMed	Urinary incontinence AND treatment AND prevention	794	591
5	Incontinencia urinaria en el adulto	2014	Science Direct	Urinary incontinence AND nursing	9465	406
6	Incontinencia urinaria de la mujer	2016	Science Direct	Urinary incontinence AND nursing	9465	406
7	Subspecialty care for peripartum pelvic floor disorders	2020	Scopus	Urinary incontinence AND pelvic floor AND nursing AND postpartum	1091	280 Área de enfermería :28
8	Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment	2013	Scopus	Urinary incontinence AND pregnancy OR postpartum	2830	526 Área de enfermería :35
9	Incontinencia urinaria en embarazo y postparto. Factores de riesgo asociados e influencia de los ejercicios del suelo pélvico.	2014	Dialnet	Incontinencia urinaria AND suelo pélvico AND prevención	28	12
10	Maternal risk factors of urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A prospective cohort study.	2021	Science Direct	Urinary incontinence AND pregnancy AND postpartum	2733	94
11	Urinary incontinence in women: a review.	2017	Medline	Urinary incontinence AND diagnosis AND treatment	9129	832
12	Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática	2012	Scopus	Urinary incontinence AND pelvic floor AND nursing AND postpartum	1091	526 Área de enfermería :35
13	Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto.	2013	Science Direct	Urinary incontinence AND pregnancy AND postpartum	2733	94

14	Cuidados basados en terapias conductuales aplicados al paciente con incontinencia urinaria	2020	Cuiden Plus	Urinary Incontinence AND nursing	60	60
15	Pelvic-floor dysfunction prevention in prepartum and postpartum periods	2021	Scopus	Urinary incontinence AND pelvic floor AND pregnancy AND postpartum	1091	280 Área de enfermería :28
16	Entrenamiento del suelo pélvico en incontinencia urinaria durante el embarazo y postparto vaginal	2017	Dialnet	Incontinencia urinaria AND suelo pélvico	204	73
17	Are you doing your pelvic floor? An ethnographic exploration of the interaction between women and midwives about pelvic floor muscle exercises (PFME) during pregnancy.	2020	PubMed	Urinary incontinence AND pelvic floor AND pregnancy AND postpartum	80	67
18	Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. ¿Aportan las matronas suficiente información acerca de los cuidados del suelo pélvico?	2017	Dialnet	Incontinencia urinaria AND suelo pélvico	204	73
20	Anatomía del piso pélvico.	2013	Science Direct	Pelvic floor AND anatomy	112	15
23	Guía de práctica clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria	2013	Science Direct	Urinary incontinence AND treatment AND diagnosis	31623	930
24	Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas	2011	Science Direct	Urinary incontinence AND pregnancy AND nursing	2155	110
25	Pelvic floor muscle group therapy for the treatment of urinary incontinence during pregnancy and post-partum: a randomized controlled trial	2013	Scopus	Urinary incontinence AND pelvic floor AND pregnancy AND postpartum	1091	280 Área de enfermería :28
27	Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el postparto.	2013	Science Direct	Urinary incontinence AND pelvic floor AND postpartum	1495	58
28	Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence	2020	PubMed	Urinary incontinence AND pelvic floor AND pregnancy AND postpartum	80	67
29	EMG- biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida.	2014	Science Direct	Urinary incontinence AND pelvic floor AND treatment	1197	62

Anexo II: Cuestionario incontinencia urinaria de tres preguntas. Fuente: Lukacz et al¹¹.

Figure 1. The 3 Incontinence Questions Questionnaire

1. During the last 3 months, have you leaked urine (even a small amount)? Yes No (questionnaire completed)
2. During the last 3 months, did you leak urine (check all that apply):
 - a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
 - b. When you had the urge or the feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
 - c. Without physical activity and without a sense of urgency?
3. During the last 3 months, did you leak urine most often (check only one):
 - a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
 - b. When you had the urge or the feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
 - c. Without physical activity and without a sense of urgency?
 - d. About equally as often with physical activity as with a sense of urgency?

Definitions of type of urinary incontinence based on response to question 3

Response	Type of incontinence
a. Most often with physical activity	Stress only or stress predominant
b. Most often with the urge to empty the bladder	Urge only or urge predominant
c. Without physical activity or sense of urgency	Other cause only or other cause predominant
d. About equally with physical activity and sense of urgency	Mixed

Anexo III: Versión española de los cuestionarios UDI-6 e IIQ7. Fuente: Ruiz de Viñaspre et al²⁴.

UDI-6: Indique si tiene los siguientes problemas y, si es así cuánto le molestan		NADA	POCO	MODERADAMENTE	MUCHO
1	La necesidad de orina frecuentemente				
2	Pérdidas de orina unidas a una sensación de urgencia (necesidad urgente del ir al WC).				
3	Pérdidas de orina cuando realiza una actividad física, estornuda o tose.				
4	Pérdida de orina en pequeñas cantidades (es decir, gotas).				
5	Dificultad para vaciar su vejiga				
6	Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en zona genital.				

IIQ-7: Indique si las pérdidas de orina le han afectado en los siguientes ámbitos.		NADA	POCO	MODERADAMENTE	MUCHO
1	Capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar).				
2	Actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio.				
3	Actividades de ocio (cine, conciertos, etc.).				
4	Capacidad para viajar en coche o en autobús a más de 30 min de su hogar.				
5	Participación en actividades sociales fuera del hogar.				
6	Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.).				
7	Le provoca frustración.				

Anexo IV: Escala Oxford. Fuente: Ramírez et al¹⁹

0. Cero	Contracción muscular ausente o con inversión de la orden.
1. Muy débil	Contracción muy débil o fluctuante
2. Débil	Aumento de tensión
3. Moderada	Tensión mantenida
4. Buena	Tensión mantenida con resistencia
5. Fuerte	Tensión mantenida con fuerte resistencia.

Anexo V: Evaluación PERFECT. Fuente: Ramírez et al¹⁹

Power o fuerza	P	Puntuar la fuerza muscular según la escala de Oxford modificada.
Endurance o resistencia	E	Tiempo que se mantiene la contracción máxima sin pérdida de fuerza
Repetitions o repeticiones	R	Número de repeticiones de la contracción con intervalos de 4 segundos.
Fas o rápidas	F	Tras un descanso de 1 minuto, valorar el número de contracciones rápidas que realiza de forma seguida.
Every contraction timed o cada contracción medida	ECT	Se evalúa cada contracción antes del inicio de tratamiento, lo que permite individualizar el programa de rehabilitación muscular del suelo pélvico.

Anexo VI. Ejemplo diario miccional diario. Fuente: Elaboración propia.

Hora	Ingesta de líquidos		Micciones		Pérdidas de orina	
	Cantidad en ml	Tipo de bebida	Cantidad vaciada en ml	Sensación de urgencia (Sí/No)	Intensidad +, ++, +++	Actividad