



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

Programa de educación para la salud sobre la prevención de la incontinencia urinaria en la mujer embarazada

Health education programme on the prevention of urinary incontinence
in pregnant women

Autora

Beatriz Campayo López

Directora

Ana Belloso Alcay

Grado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de Zaragoza

2017

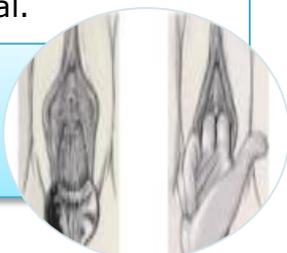
ANEXOS

Anexo I: Diagnóstico de IU ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

En la exploración física se estudia el tono muscular y los reflejos correspondientes de la zona lumbosacra, así como la posibilidad de existencia de una hipermovilidad uretral, para lo que se utiliza la *prueba de Marshall – Bonney* y el *Q – TIP Test*.

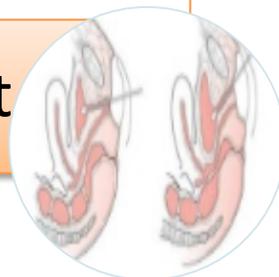
- Durante el tacto vaginal, se pide a la paciente que tosa con fuerza. Se observará un descenso del cuello vesical y de la pared vaginal anterior. **Si existe IU se observará un escape.**
- A continuación, con dos dedos presionamos en cara lateral superior de la vagina provocando la elevación del cuello vesical. Se solicita nuevamente que tosa. **Si no se produce escape, la prueba es positiva** reflejando IU de hipermovilidad uretral.

Marshall Bonney



- Se introduce un hisopo impregnado con vaselina por la uretra hasta superar la presión del esfínter uretral interno. Se pide a la paciente que tosa observando un movimiento del hisopo. **Si el movimiento es menor de 30 grados, no existe hipermovilidad uretral.**

Q-Tip Test



Anexo II: Test de severidad de Sandvick ^(20,36,37)

Se trata de un test donde se realizan diferentes preguntas para evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia de orina en la mujer una vez que esta ya ha sido diagnosticada:

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?

1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y/o noches

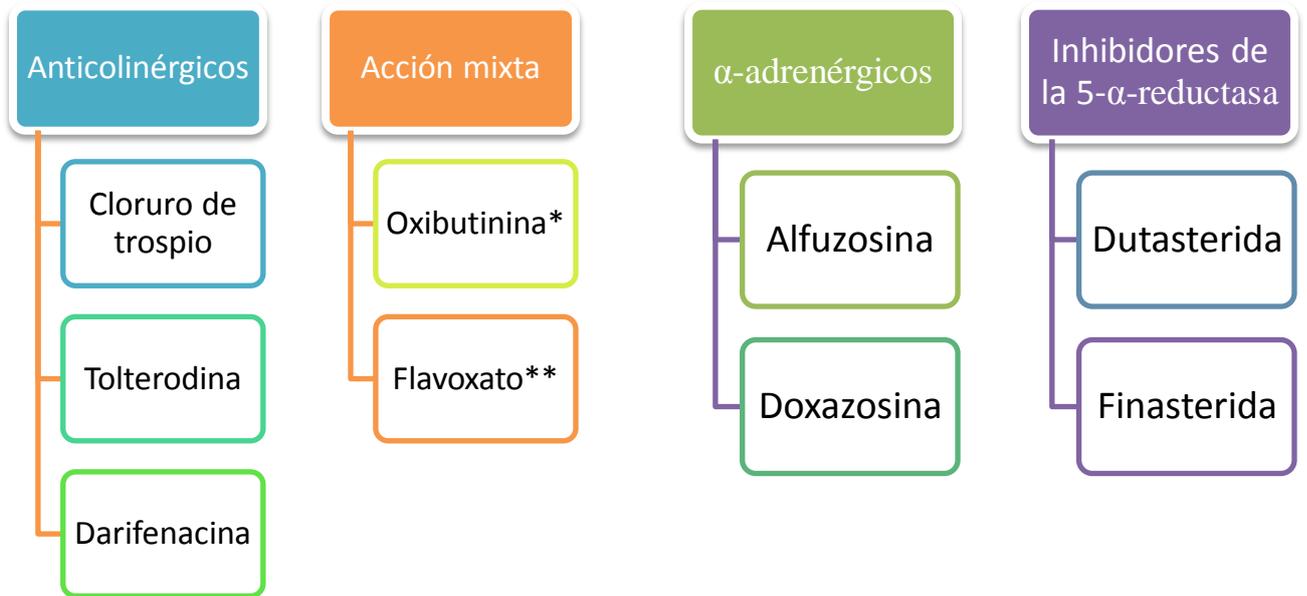
¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?

1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas y se categorizan de la siguiente forma:

1 – 2	Leve
3 – 6	Moderada
8 – 9	Grave
12	Muy grave

Anexo III: Farmacología en la IU (12-16)



*La *oxibutinina* actúa como miorelajante con propiedades anticolinérgicas.

**El *flavoxato* relaja el músculo liso con efecto antagonista del calcio.

Anexo IV: Tratamiento quirúrgico (10,13,14,16)

Se trata de técnicas quirúrgicas en las que se colocan el cuello vesical y la uretra proximal en una posición intraabdominal.

Las más utilizadas son la *colposuspensión de Burch* o la *técnica de Marshall – Marchetti – Krantz*, con tasas de curación del 90%.

Anexo V: Reeduación vesical (21-22)

Se trata de un proceso largo que requiere la motivación continua por enfermería, ya que consiste en la modificación de determinadas conductas.

Existen diferentes ejercicios que mejoran los hábitos de micción de la embarazada con el fin de detectar errores y modificarlos.

VACIAMIENTO PROGRAMADO

- Se aumentará de manera progresiva el tiempo entre micciones.
- Puede comenzar con 30 minutos e ir prolongando 15-30 minutos la siguiente micción; hasta alcanzar un tiempo de 2-3h.
- Así, se educa a la vejiga para que aguante un tiempo normal y soporte una cantidad de orina adecuada.

PRESIÓN EN REGIÓN PERINEAL

- Hacer presión en la región perineal cuando aparecen las ganas de orinar, por ejemplo, cruzando las piernas, contraer los músculos del suelo pélvico, inclinarse hacia delante, etc.
- No hay que correr al baño porque el movimiento brusco va a provocar la salida de la orina.

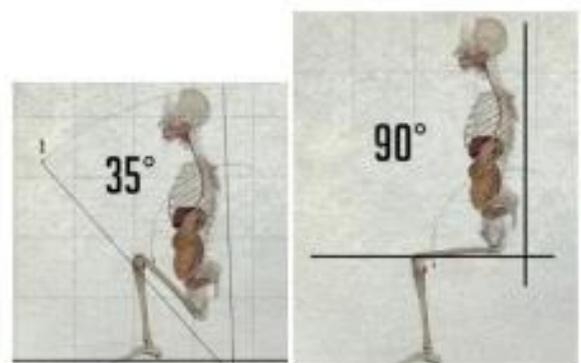
INODORO ADECUADO

- Adecuar el inodoro y uso correcto del mismo.
- Para ello, se enseña que la posición correcta es el ángulo de 35°, es decir, la posición de cuclillas. La aparición de los inodoros provocó la angulación de 90°.

Evitar ir al baño cuando realmente no se necesita o cuando ha ido hace poco rato.

Vaciar la vejiga por completo cada vez que se va al baño.

Uso correcto inodoro **35°**



Anexo VI: Fortalecimiento del suelo pélvico. Ejercicios de Kegel ^(22,38)

Durante la segunda sesión, el equipo de enfermería junto con el de fisioterapia enseñará la realización correcta de los ejercicios de Kegel.

Estos ejercicios fueron descritos inicialmente por J. W. Davis, aunque fue Arnold Kegel quien los detalló en 1948, conociéndose desde entonces como *ejercicios de Kegel*. Están indicados para la prevención de la incontinencia urinaria ya que se centran en el fortalecimiento del suelo pélvico, el cual, al debilitarse por causas externas puede provocar clínica de dicha patología.

Se dividen en dos fases:

Fase 1: Fase de información.

- Se comienza explicando al paciente, de la forma más comprensible posible, la realización de dichos ejercicios.
- Es de vital importancia crear un clima de confianza con la paciente para poder descubrir sus dudas y solucionarlas.

Fase 2: Fase de identificación.

- Se trata de una parte fundamental y difícil, ya que muchas pacientes no saben localizar correctamente el SP y ante la orden de contracción activan diferentes grupos musculares realizando el ejercicio de manera incorrecta.
- Para ello, sentadas en una *fitball* en posición de pelvis neutra, localizaremos las cuatro estructuras óseas que componen el suelo pélvico: si movemos hacia ambos lados notamos los isquios, si vamos hacia delante se siente la sínfisis púbica en la parte anterior y si vamos hacia detrás sentiremos el cóxis, parte final de la columna. Entre estas cuatro superficies óseas se encuentra el suelo pélvico.
- Para contraer el suelo pélvico se coge aire y al soltarlo, contraemos cerrando y elevando esfínteres. Una vez contraemos la musculatura se relaja progresivamente.
- No se debe activar la musculatura interior de los abductores, ni de los glúteos ni de los músculos rectos del abdomen. La musculatura adyacente debe permanecer relajada para centrarnos en el suelo pélvico.
- Se debe respirar durante los ejercicios para no someter al suelo pélvico a situaciones de mayor presión en apnea.

10 repeticiones
3 veces al día

Tiempo de
duración
máximo 20"

Anexo VII: Aumento de la elasticidad del periné. Masaje perineal ⁽²³⁾

El masaje perineal es una técnica preventiva, realizada durante el embarazo, que consiste en estimular de manera táctil la piel y los tejidos del periné, consiguiendo así aumentar la elasticidad de dichos músculos y tejidos.

El periné forma el suelo pélvico, el cual, está formado por músculos y ligamentos divididos en un rombo dividido por dos triángulos; el anterior, en el cual se encuentra la uretra; y el posterior, en el que está el ano.

El masaje perineal proporciona elasticidad a la zona y favorece la circulación sanguínea facilitando la relajación de esta zona durante el parto. Además, reduce la incidencia de episiotomía, la cual es un factor de riesgo de aparición de IU en el posparto.

Se realiza a partir de la semana 32 de gestación. Es importante realizarlo como mínimo dos veces a la semana para aumentar la tasa de efectividad.

Para realizar el masaje, la posición más cómoda es semisentada en una silla o de cuclillas apoyada en una pared.

Se puede empezar aplicando calor en la zona para la relajación de la musculatura mediante baños calientes o el uso de paños.

Paso 1. Se introducen los dedos pulgares en el interior de la vagina, unos 3-4 cm y se empuja el perineo hacia abajo, es decir, hacia el recto y lados de la vagina estirando la zona.

Paso 2. Hay que mantener bastante presión sobre la zona del perineo durante dos minutos, si es posible.

Paso 3. El último paso consiste en realizar movimientos circulares con el pulgar y los dedos opuestos durante 3-4 minutos, estirando los tejidos de la vagina, músculos y piel del perineo.



Se recomienda realizar el masaje perineal en toda mujer embarazada excepto en aquellas que tengan varices vulvares, infecciones vaginales o urinarias; o se trate de un embarazo de riesgo, en cuyo caso se recomienda contactar con especialistas.

Anexo VIII: Fortalecimiento del suelo pélvico. Activación del core

(30,31,38)

La contracción del músculo transverso del abdomen actúa en equipo con la musculatura del suelo pélvico, disminuyendo el exceso de presión de la cavidad abdominal durante el embarazo.

La posición para activar dicho músculo, también conocido como *core*; es decúbito supino con las piernas en ángulo de 45° manteniendo la pelvis neutra; es decir, que no quede hueco en las lumbares pero sin llegar a apoyarlas por completo.

En esta posición se respira normalmente y al soltar el aire se intentará introducir el ombligo hacia abajo y hacia arriba. La respiración idónea para la realización de dicho ejercicio es la costal.

El consejo que se da a la mujer embarazada es que piense que está abrazando a su bebé.

Para la comprobación del ejercicio se pueden colocar los dedos a ambos lados del interior de las espinas ilíacas.

Es importante que se active como una faja que recoge tu cuerpo para disminuir el perímetro de la cintura y ayudar así a mantener el cuerpo en el centro de gravedad, evitando daños en lumbares y suelo pélvico.





QUE LA

INCONTINENCIA URINARIA

NO SEA UN PROBLEMA EN TU
EMBARAZO



Anexo X: Sesiones PES

SESIÓN N° 1

Duración: 1 hora y 30 min

Dirigido a: Mujeres embarazadas

Lugar: Aula didáctica

Sede: Centro de Salud Valdefierro.

CONTENIDO TEMÁTICO

Informar sobre:

- Qué es la IU, su clínica, factores de riesgo y técnicas de prevención.
- Remodelar los hábitos de micción durante el embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el nivel de conocimientos básicos en las mujeres embarazadas o que piensen estarlo en los próximos meses del barrio Valdefierro sobre la IU.
- Realizar un diario miccional que deberán rellenar durante el periodo de gestación para reeducar sus hábitos de micción.

MATERIAL DIDÁCTICO

- Encuesta de conocimientos previos.
- PPT.
- Tríptico informativo.
- Diario miccional.

TÉCNICA DIDÁCTICA

La sesión comenzará con una breve presentación del docente y de las participantes generando así un clima de mayor confianza entre todos. Inmediatamente, realizarán una encuesta de manera individual donde nos mostrarán sus conocimientos previos acerca del tema (*Anexo XI*).

A continuación, apoyándonos con una presentación PPT se expondrán los conceptos básicos de la IU y las técnicas de prevención. Además, se proporcionará un tríptico informativo a las asistentes.

Seguidamente, se explicarán las técnicas a llevar a cabo para la reeducación vesical. Se trata de la primera estrategia de elección en la prevención de la IU. La finalidad es recuperar o mantener el control voluntario de la micción, aumentando el tiempo entre micciones y el volumen de orina soportado por la vejiga. (*Anexo V*).

Para finalizar la sesión, aprenderán a realizar un *diario de micción* para poder autocontrolar sus capacidades, que será valorado por la matrona a lo largo del seguimiento del embarazo y postparto. (*Anexo XIII*).

SESIÓN N° 2

Duración: 1 hora y 30 min

Dirigido a: Mujeres embarazadas

Lugar: Gimnasio

Sede: Centro de Salud Valdefierro.

CONTENIDO TEMÁTICO

Informar sobre:

- La existencia de los ejercicios de Kegel y cómo realizarlos.
- Los ejercicios hipopresivos y cómo realizarlos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el nivel de conocimientos acerca de los ejercicios de Kegel y cómo y cuándo realizarlos.
- Practicar los ejercicios hipopresivos para que los realicen a lo largo del embarazo.

MATERIAL DIDÁCTICO

- Folleto informativo.
- Colchonetas.
- *Fitballs*.

TÉCNICA DIDÁCTICA

Comenzaremos entregando un folleto informativo donde se expliquen de manera sencilla los ejercicios de Kegel y se explicará cómo y cuando hacerlos para que los puedan practicar en sus casas. (*Anexo XIV*).

A continuación, el fisioterapeuta junto con la enfermera realizarán paulatinamente cada uno de los ejercicios hipopresivos en el gimnasio del CS para que las asistentes los realicen seguidamente en parejas y así observar cualquier posible error.

Para terminar, se animará a las embarazadas a realizar cualquier tipo de pregunta con el fin de resolver todas sus dudas.

SESIÓN Nº 3

Duración: 1 hora y 30 min

Dirigido a: Mujeres embarazadas

Lugar: Aula didáctica

Sede: Centro de Salud Valdefierro.

CONTENIDO TEMÁTICO

Informar acerca de los beneficios del uso de bolas chinas, conos vaginales y el nuevo sistema conocido como *pelvix concept* en el embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar los beneficios del uso de dichos dispositivos durante el periodo de gestación.
- Desmentir cualquier mito que puedan tener las asistentes.

MATERIAL DIDÁCTICO

- Bolas chinas.
- Conos vaginales.
- *Pelvix concept*.
- Encuesta de conocimientos.
- Encuesta de satisfacción.

TÉCNICA DIDÁCTICA

Se iniciará la sesión con un *brainstorming*, mediante el cual podremos saber el nivel de conocimiento de las mujeres allí presentes acerca del tema.

A continuación, se explicará cada una de las técnicas por separado así como sus beneficios. Para ello, nos apoyaremos con material, con el fin de que las asistentes se familiaricen con los productos.

Al finalizar la charla, las participantes rellenarán el mismo cuestionario que pasamos en la sesión nº 1, así como otro de breves cuestiones para evaluar el nivel de satisfacción. (*Anexo XI*).

Anexo XI: Encuestas de evaluación

Encuesta de conocimientos. *Se entregará en la sesión nº 1.*

PREGUNTAS	SI	NO
¿Sabe qué es la incontinencia urinaria?		
¿Conoce los síntomas de la incontinencia urinaria?		
¿Conoce los factores de riesgo?		
¿Conoce los ejercicios de Kegel?		
¿Ha realizado alguna vez <i>Pilates</i> ?		
¿Utiliza o ha utilizado alguna vez bolas chinas o algún otro material para el fortalecimiento del suelo pélvico?		
¿Qué espera obtener de este programa de salud?		

Encuesta de valoración de conocimientos. *Se entregará en la sesión nº 3.*

PREGUNTAS	SI	NO
¿Sabe lo que es la incontinencia urinaria?		
¿Conoce los síntomas? ¿Y sus factores de riesgo?		
¿Sabría adoptar medidas para prevenir la incontinencia urinaria en el embarazo?		
¿Cree que dichas medidas son fáciles de realizar?		
Opine brevemente qué le ha parecido este programa de salud		

Encuesta de satisfacción. *Se entregará en la sesión nº 3.*

PREGUNTAS	SI	NO
¿Le ha resultado suficiente toda la información proporcionada?		
¿Cree que le será útil la información?		
¿Le ha parecido suficiente el tiempo destinado para realizar el programa?		
¿Le ha parecido interesante el método elegido para realizar el programa?		
¿Recomendaría este programa a otras mujeres embarazadas?		
Sugerencias		

Anexo XII: Tríptico informativo. (Elaboración propia)

¿Qué es la Incontinencia Urinaria?

¿Cómo puedo fortalecer mi suelo pélvico?

¿Puedo prevenir su aparición?

Factores de riesgo

- Aumento de peso materno
- Estreñimiento
- Cambios hormonales
- Estilo de vida
- Parto vaginal
- Episiotomía

Por la salud del bebé y de la mamá



**Servicio de Enfermería.
Centro de Salud Valdefierro.
Zaragoza.**



Programa de prevención de la incontinencia urinaria en el embarazo



El suelo pélvico es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo la vejiga, el útero y el recto en posición correcta.

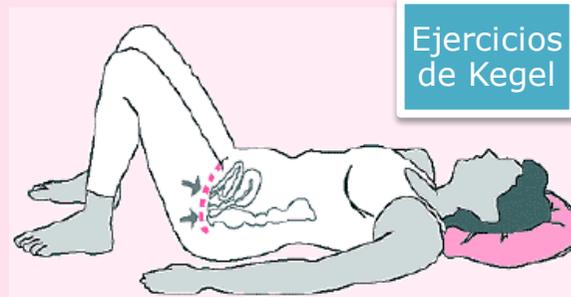
La disfunción del suelo pélvico genera incontinencia urinaria.



La principal causa es el embarazo y parto, debido al aumento de la presión abdominal a medida que el bebé va creciendo.



Existen técnicas de prevención para la aparición de la incontinencia urinaria durante y después del embarazo.



A partir de la semana 36

Masaje perineal

El uso de determinados dispositivos genera el fortalecimiento del suelo pélvico.



Anexo XIII: Diario miccional (21, 22)

El diario miccional es el registro en una hoja de todos los acontecimientos relacionados con la micción y los síntomas urinarios durante un período de tiempo determinado, normalmente entre dos y siete días, en períodos de 24 h.

En él se recogen datos como:

- La frecuencia miccional.
- Los episodios de urgencia e incontinencia y su gravedad.
- Datos de la ingesta de líquidos.
- Número y tipo de compresas o pañales utilizados como protección.

DIARIO MICCIONAL									
HORA	LÍQUIDOS INGERIDOS		MICCIONES	PÉRDIDAS DE ORINA			SENSACIÓN DE URGENCIA		¿QUÉ ESTABA HACIENDO EN EL MOMENTO DE LA PÉRDIDA?
AM-PM	Tipo	Cantidad	Cantidad	Poco	Moderado	Abundante	SI	NO	

Anexo XIV: Folleto informativo ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. (Elaboración propia)

EJERCICIOS FORTALECIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO

Ejercicios de Kegel

Ejercicios de Kegel

Las flechas señalan la ubicación de los músculos pubocoxígeos que vamos a ejercitar gracias a estas series de ejercicios. Los ejercicios de Kegel debemos realizarlos con regularidad unas 4 veces al día



**SIENTE COMO
ABRAZAS A TU
BEBÉ**

Al inspirar, el ombligo entra hacia abajo y hacia arriba.

Activación del core



Programa de prevención de la incontinencia urinaria en la embarazada.

Centro de Salud Valdefierro. Zaragoza.



Anexo XV: Uso de bolas chinas y conos vaginales (22, 23,27,38)

Las *bolas chinas*, *bolas de Geisha* o *Ben Wa* tienen su origen en Japón. Se trata de un mecanismo formado generalmente por dos bolas, unidas por un cordón, en cuyo interior se encuentra otra bola de menor tamaño.

La vibración que produce el choque de la bola interna contra las paredes de la vagina provoca una contracción involuntaria y continua de los músculos que la rodean, aumentando la circulación sanguínea, la lubricación y el tono muscular.

En embarazadas está contraindicado el uso de dos bolas chinas de manera simultánea, por lo que durante el programa, se hará hincapié en el uso de una única bola china.



El *cono vaginal* es un dispositivo de pesos que se inserta en la vagina para fortalecer el suelo pélvico. Una vez insertado, la mujer debe contraer los músculos del suelo pélvico para evitar que el dispositivo salga de su lugar.

El tiempo de las contracciones irá en aumento conforme la mujer avance en el tratamiento preventivo. Se recomienda que el tiempo máximo de contracción sea de unos 15 minutos.



El sistema conocido como *pelvix concept* ha sido diseñado por ginecólogos y urólogos internacionales.

Este dispositivo combina los beneficios de las bolas chinas y de los conos vaginales; presenta una forma que se asemeja a la vagina generando un menor rechazo a la hora de introducirlo, facilitando así su uso.

Está formado por diferentes pesos, los cuales al chocar con las paredes del dispositivo provocan contracciones involuntarias del SP, logrando así el fortalecimiento del mismo.



BIBLIOGRAFÍA

- 1) García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia*. 2015; 37(4):145–154.
- 2) Vila Coll MA, Gallardo Guerra M.J. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. *Semergen*. 2005; 31 (6): 270 - 283.
- 3) Castro-Pardiñas MA, Torres-Lacomba M, Navarro-Brazález B. Función muscular del suelo pélvico en mujeres sanas, puérperas y con disfunciones del suelo pélvico. *ActasUrol Esp*. 2016; 953 (9).
- 4) Palacios López A, Díaz Díaz B. Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y postparto: una revisión sistemática. *ClinInvest Gin Obst*. 2016; 43 (3): 122-131.
- 5) Biguetti D, Praça N. Prevalence and related factors of self-reported urinary continence in the postpartum period. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (4): 574-580.
- 6) Encabo-Solanas N, Torres-Lacomba M, Vergara-Pérez F, Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B. Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico. *Estudiocualitativo. Fisioterapia*. 2016; 38 (3):142–151.
- 7) Deffieux X, Thubert T, Demoulin A, Rivain L, Faivre E, Trichot C. Incontinencia urinaria de la mujer. *EMC*. 2016; 52 (1): 1-16.
- 8) Luna Valero JM, Mata Saborido MJ, Sánchez MI. Promoción y prevención de incontinencias y prolapsos durante el puerperio en la consulta de la matrona de atención primaria. 2016; 25 (197): 3-4.
- 9) Beltrán Muñoz C. Incontinencia urinaria en la gestación: intervención desde la consulta de la matrona. *Paraninfo digital*. 2016; 7 (19).

- 10) Schroder A, Abrams P, Andersson K-E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. Euro Assoc of Uro. Actualización 2009. Available at: http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf
- 11) Mark D. Evaluación de la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos: Anamnesis, exploración física y pruebas de realización en la consulta. Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis. 2008; 3: 65-78.
- 12) García-Sánchez E, Rubio-Arias JA, Ávila-Gandía V, Ramos-Campo DJ, López-Román J. Efectividad del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en el tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer: una revisión actual. Actas Urol Esp. 2016; 40 (5): 271-278.
- 13) Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2013; 37 (4): 199-213.
- 14) Nadal M, Guerrero A, Peciller A. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria. Terapéutica en APS. FMS. 2012; 19 (5): 290-297.
- 15) Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Aten Primaria. 2002; 30: 323-332.
- 16) Robles JE. La incontinencia urinaria. AnalesSist San Navarra. 2016; 29 (2): 219 - 231.
- 17) Ferri A, Amostegui JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia. 2004; 26 (5): 249-265.
- 18) Espuña M. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin (Barc). 2003; 120 (12): 464-472.
- 19) García N, Cayuela PS. Prevención de la incontinencia urinaria en gestantes mediante una Intervención Enfermera. Paraninfo Digital. 2015; 6 (22).

- 20) Bordóns Ruíz M, Calleja Herrera ML, Contreras Fernández E, Gámez Gutiérrez D, Gómez Vidal L, Granados Alba A, et al. Guía de Atención Enfermera a personas con Incontinencia Urinaria. 2007; 3.
- 21) Carballo Moreno N, García Martín AI, González Lluva C, Medina Varela M, Morales de los Ríos P, del Olmo P. Reeducción del suelo pélvico. ENFURO. 2005;(94).
- 22) Tejero M, Marco E, Selva F, Piqueras M, Guillén A, Castillo MT et al. Incontinencia urinaria de esfuerzo y ejercicios del suelo pélvico. Estudio comparativo entre la eficacia de un entrenamiento individualizado vs instrucciones básicas. Trauma Fund (Mapfre). 2008; 19 (3): 171-177.
- 23) Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 4: 1-57.
- 24) FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. Madrid: FAME [citado 15 abr 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/>
- 25) Jurado Hernández R, Moreno Maudó C, González Manzano VM, Cid Losada P, García Murillo MA, González Burguillos JA. Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas. Asoc Esp de Enf en Uro. Enfuro. 2008; 108: 7-9.
- 26) Gázquez Linares JJ, Pérez-Fuentes MC, Molero Jurado MM, Mercader Rubio I, Barragán Martín AB. Investigación en salud y envejecimiento. Vol 2. Almería: Asunivep; 2015.
- 27) Pelvix.net [Internet Web comercial]. Barcelona: Enelfico; 2012 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://pelvix.net/>
- 28) Molero MM, Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ, Barragán AB, Martos A, Simón MM. Intervención en contextos clínicos y de la salud. Vol 1. Almería: Asunivep; 2016.
- 29) Fernández. Manual de Pilates Aplicado al Embarazo. Madrid: Editorial médica panamericana; 2016.

- 30) Dios Pérez MI, Palomo Gómez R, Fernández Arranz MT, Lambruschini R, Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara JM. Análisis de la efectividad de un curso de pilates para gestantes dirigido a matronas organizado en Málaga y Alicante. *Rev. Cuidándote Digital*. 2016; 3: 7-19.
- 31) Ackland L. 10 minutos de Pilates con balón. Sencillas series para fortalecer y tonificar el cuerpo: incluye ejercicios para embarazadas. España: Ed Tutor S.A.; 2004.
- 32) Chávez VG, Sánchez MDPV, KunhardtRasch JR. Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary strees incontinence. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2004; 72 (12): 628-636.
- 33) Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- 34) Johnson M, Maas ML, Moorhead S, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5td ed. Londres; Elseiver; 2014.
- 35) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 3rd ed. Barcelona: Elseiver; 2014.
- 36) Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 42 hour pad-weighing tests. *Neurol. Urodyn*. 2000; 19: 137-145.
- 37) Hanley J, Capewell A, Hagen S. Validiy study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. *BMJ*. 2001; 322: 1096-1097.
- 38) Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp*. 2007; 31 (7): 719-731.