

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

<i>Grado en Enfermería</i>

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

<Prevención y tratamiento de la incontinencia en la mujer desde la
gestación a la vejez.>

Autor/a: Sara Bareas Bueno

Tutor/a: Nuria Puig Comas

CALIFICACIÓN.

--

- **Palabras clave.**

Suelo pélvico, ejercicios de Kegel, incontinencia urinaria, lesiones húmedas, reeducación vesical.

- **Resumen.**

La incontinencia urinaria (IU) en la actualidad es un problema grave de nuestra sociedad, que afecta tanto a jóvenes como a ancianos, mujeres u hombres; aunque su prevalencia aumenta con la edad y es mayor en mujeres y ancianos.

Las consecuencias de las disfunciones del suelo pélvico suponen un gran problema para la población femenina, ya que la incontinencia urinaria afecta en numerosos aspectos de su calidad de vida.

Existen distintos tipos de incontinencias: de esfuerzo, de urgencia, mixta, funcional o por rebosamiento.

También existen diversos factores de riesgo que favorecen su aparición, entre ellos destaca el embarazo y la obesidad.

Frente a la incontinencia urinaria hay diversos tratamientos: conservadores (entrenamiento conductual, fisioterapia, estimulación eléctrica, conos vaginales y cambios en el estilo de vida); farmacológicos (anticolinérgicos, agonistas de la serotonina); quirúrgicos (el último en llevarse a cabo). Cabe destacar los tratamientos de reeducación vesical, la electroestimulación y los ejercicios de suelo pélvico, llevados a cabo en solitario o combinados.

En la actualidad cuando las personas sufren estos problemas no suelen acudir al personal sanitario, por ello, con el tiempo, suponen un importante gasto tanto a nivel social como económico.

El propósito de este trabajo es valorar el estado de la cuestión, basándose en artículos de evidencia científica relacionados con la IU en mujeres. Y así obtener recomendaciones ajustadas a la evidencia disponible que sirvan de base para un hipotético plan de cuidados estandarizado para mujeres que sufren o están en riesgo de sufrir IU debido a un deterioro del suelo pelviano.

• Introducción

La incontinencia urinaria (IU) en la actualidad es un problema grave de nuestra sociedad, que afecta a todos los grupos de población, ya sean jóvenes o ancianos, mujeres u hombres; aunque su prevalencia aumenta con la edad y es mayor en mujeres y ancianos. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

Las consecuencias de las disfunciones del suelo pélvico suponen un gran problema para la población femenina, ya que la incontinencia urinaria afecta en numerosos aspectos de su calidad de vida (aislamiento social y en según qué edades pérdida de la independencia o incluso el ingreso en una residencia). ⁽³⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

La incontinencia urinaria según la International Continence Society y la OMS se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece; otros autores consideran incontinencia urinaria a la pérdida de orina que ha ocurrido alguna vez. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Existen distintos tipos de incontinencias:

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina con cualquier actividad física.

La pérdida de orina es previsible y generalmente de poca cantidad. Es la incontinencia que se produce tras un aumento súbito de la presión intraabdominal que supera la presión máxima uretral debido a una alteración del mecanismo de cierre uretral.

2. Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo miccional (urgencia miccional). Es uno de los síntomas propios de la vejiga hiperactiva junto con la frecuencia miccional y la urgencia miccional.
3. Incontinencia urinaria mixta: presenta una clínica que combina síntomas de la IU de esfuerzo y la IU de urgencia. La pérdida de orina se produce por un doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana.
4. Hay otros tipos como la incontinencia urinaria funcional o la incontinencia por rebosamiento. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Factores de riesgo que afectan para sufrir incontinencia:

El embarazo y el parto son los principales factores de riesgo para que la mujer sufra incontinencia.

Antecedentes obstétricos:

- Multíparas.
- Periodo expulsivo prolongado.
- Gran tamaño del bebé.
- Parto instrumentado.
- Edad igual o superior a 40 años en el momento del segundo nacimiento.
- Incontinencia urinaria de aparición inmediata tras el parto.
- Incontinencia durante la gestación
- Sutura perineal.

Otros factores:

- Obesidad.
- Tos crónica o rinitis alérgica.
- Mujeres que frecuentan a menudo el gimnasio (aerobic, saltos, musculación).
- Entrenamientos para la alta competición, alteraciones en los ejes de la columna. Y todos aquellos deportes que aumenten la presión intraabdominal.
- Preparación y/o recuperación de cirugía pélvica (histerectomías, cirugías de vejiga).
- Infección del tracto urinario o cirugía vesical.
- Determinados hábitos: retener mucho tiempo la orina, uso de fajas o prendas muy ajustadas.
- Tratamiento hormonal sustitutivo.

- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Incontinencia fecal o estreñimiento frecuente.
- Polifarmacia.
- Problemas musculo esqueléticos, como artritis.
- Demencia u otros problemas de salud mental.
- Problemas neurológicos, como lesión de la médula ósea o enfermedad de Alzheimer. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

Repercusiones frente a la incontinencia urinaria:

- Consecuencias sobre la salud física: infecciones urinarias, maceración o molestias de la piel, caídas.
- Consecuencias sobre la salud psicológica: vergüenza, aislamiento social, inseguridad, dependencia o pérdida de la autoestima, depresión, tristeza, ansiedad, sentimientos de humillación personal.
- Consecuencias sociales: Estrés en el entorno cercano, abandono de las actividades tanto domésticas como sociales, predisposición a la institucionalización, inhibición afectiva, inhibición de la sexualidad.
- Consecuencias económicas: lavandería, dispositivos absorbentes, trabajo por parte de enfermería y cuidadores, hospitalización. ⁽⁷⁾⁽¹⁸⁾

Frente a la incontinencia urinaria encontramos diversos tratamientos.

- Conservadores: como el entrenamiento conductual, fisioterapia, estimulación eléctrica, los conos vaginales o cambios en el estilo de vida.
- Farmacológicos: anticolinérgicos, agonistas de la serotonina y norepinefrina, actualmente en estudio.
- Quirúrgicos: se considera el más efectivo en la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia, aunque también es el último en llevarse a cabo.

- Otros: toxina botulínica, neuromodulación (estimulación eléctrica implantable), esfínter urinario artificial, inyección endoscópica periuretral.
(3)(4)(6)(7)(17)(20)(23)(25)(26)

Cabe destacar los tratamientos de reeducación vesical, la electroestimulación y los ejercicios de suelo pélvico, llevados a cabo en solitario o combinados. ⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽²²⁾

En la actualidad cuando las mujeres sufren estos problemas no suelen acudir al personal sanitario, (se estima que menos de la mitad de las mujeres que sufren incontinencia severa o grave, acuden a los profesionales sanitarios a solicitar ayuda) por ello, con el tiempo, suponen un importante gasto tanto a nivel social como económico. Por ello los profesionales sanitarios deben plantearse la introducción del tratamiento y la prevención de las disfunciones del suelo pélvico en los programas de salud de atención primaria ya que en la actualidad estas medidas no existen o son demasiado escasas para tratar el problema. ⁽²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾

La matrona es el personal sanitario especializado en la atención a la mujer en las fases de mayor riesgo de deterioro de la musculatura pélvica (embarazo, parto y menopausia). El fisioterapeuta es el que realiza las intervenciones conservadoras, tales como la reeducación vesical o los ejercicios de kegel, cuyo objetivo es la prevención y tratamiento de los trastornos funcionales de la región abdominal, pélvica y lumbar en mujeres. Por ello hay que plantear la actuación a este problema de salud desde un enfoque multidisciplinar. ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾

Objetivos:

El objetivo principal de este trabajo es conocer el estado de la evidencia con respecto a la prevención, el tratamiento y los riesgos que supone la incontinencia urinaria en mujeres para la calidad de vida de éstas.

Objetivos secundarios:

- ✓ Comprender la dimensión del problema actual de la incontinencia en mujeres.
- ✓ Conocer los métodos de tratamiento y prevención de la incontinencia.
- ✓ Entender los diferentes factores que intervienen en el desarrollo de una incontinencia en mujeres.

- ✓ Conocer las distintas recomendaciones actuales con rigor científico para que puedan servir de base en un hipotético plan de cuidados estandarizado.

- **Desarrollo.**

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en los últimos siete años, excepto uno de los artículos que es del año 2003, (se ha hecho esta excepción, puesto que reflejaba información no detallada en el resto de bibliografías) sobre los aspectos relacionados con el suelo pelviano y con la incontinencia en mujeres desde la gestación hasta la vejez.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos biomédicas tales como PUBMED, SCIELO, CUIDEN, ELSEVIER. También se obtuvo información de páginas web sobre fisioterapia relacionadas con las técnicas de reeducación vesical y los ejercicios del suelo pélvico. Además se realizó búsqueda bibliográfica en la Biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca y en la Biblioteca del Hospital San Jorge de Huesca.

Las palabras clave utilizadas para las búsquedas son suelo pélvico, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria mixta, incontinencia urinaria de urgencia, ejercicios de Kegel, reeducación vesical, incontinencia femenina.

En este trabajo se han revisado treinta artículos, los cuales cumplían los criterios de inclusión mencionados anteriormente: artículos de los últimos diez años, relacionados con el suelo pelviano.

Según los distintos artículos revisados, los factores que se relacionan íntimamente con la incontinencia urinaria en mujeres son los siguientes:

1. Calidad de vida:

En un estudio realizado a mujeres diagnosticadas de incontinencia urinaria, se valoró, mediante un cuestionario los aspectos como la severidad de la clínica, y la calidad de vida. Se tuvo en cuenta el tipo de incontinencia sufrida según las definiciones, el número de escapes, la cantidad de orina en cada escape, el número de absorbentes utilizados, el tipo (salvaslips y compresas), el estado en que se

retiraba el absorbente y también la afectación de diferentes dimensiones entre las que destacó la calidad de vida media, salud general, impacto de la incontinencia, las limitaciones de la vida diaria, físicas, sociales, emociones, relaciones personales, sueño/energía y gravedad.

Como resultado se obtuvo que la dimensión más afectada en las mujeres con incontinencia urinaria es la diferente repercusión sobre su salud general. ⁽¹⁴⁾

2. Los autocuidados durante la gestación, el parto y el postparto.

La mujer en la etapa final de su embarazo y después del nacimiento puede realizar una serie de autocuidados para mejorar y controlar los resultados del parto y la cesárea. En concreto con respecto al cuidado del periné, algunos autores consideran muy beneficiosas las siguientes recomendaciones de alta evidencia:

- Masaje perineal.

En primer lugar se sugiere que se realice en el último mes de la gestación como posibilidad de aumentar la flexibilidad de los músculos perineales, facilitando la expansión de este tejido durante el trabajo de parto, evitando así los desgarros y disminuyendo la necesidad de episiotomía.

- Entrenamiento muscular del suelo pélvico.

También el entrenamiento del suelo pélvico ayuda en la preparación del periné con la finalidad de prevenir o tratar la incontinencia urinaria durante el embarazo y el postparto. Los ejercicios de Kegel después del parto son muy beneficiosos, en especial a mujeres que han tenido un parto instrumental o un bebé de gran peso. Las mujeres que realizan estos ejercicios tienen un menor riesgo de incontinencia a los tres meses que las que no los realizan. ⁽²²⁾⁽²⁷⁾

La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que la contracción del músculo de la zona perineal no es apreciable por la vista al ser éste un músculo interno, con lo cual el seguimiento y la detección precoz son más complicados de lo normal. Sin embargo es muy importante para la salud de la mujer y para su calidad de vida. ⁽²⁴⁾

Numerosos estudios han mostrado que los ejercicios musculares del suelo pélvico son efectivos para mujeres de todas las edades que padecen incontinencia urinaria.

La valoración digital de la función muscular de la musculatura pelviana hay que realizarla antes de comenzar con ejercicios de kegel. ⁽²¹⁾

No existe un único programa de ejercicios para fortalecer el suelo pélvico, algunos ejercicios han sido desacreditados como causa de otros riesgos para la salud. Es el caso de los ejercicios de interrupción de la micción, conocido como pipi-stop o stop test (este último término se considera mejor utilizado puesto que el pipi-stop es una marca comercial para tratar la enuresis nocturna en niños), ya que según algunos autores puede ocasionar disfunciones de vaciado a largo plazo y como consecuencia infecciones del tracto urinario. Pero en una revisión bibliográfica realizada en 2010 se ha producido controversia respecto a esto, ya que tras una exhaustiva búsqueda, no se han encontrado evidencias científicas ni estudios que demuestren que el Stop test puede provocar infecciones de orina, reflujo vesicoureteral o ser perjudicial para la salud de aquellos pacientes que realizan esta técnica. ⁽²¹⁾⁽²⁸⁾

Recientes estudios demuestran que las mujeres que han recibido únicamente instrucciones verbales de la realización de estos ejercicios no los realizan correctamente; sin embargo se ha demostrado que el entrenamiento individualizado garantiza la frecuencia y la correcta realización éstos. ⁽²¹⁾

Se ha realizado una comparación de los ejercicios de los músculos de la pelvis frente a los cuidados habituales en la etapa prenatal y postnatal:

- La realización de entrenamientos musculares del suelo pélvico en la etapa prenatal son efectivos para tratar y/o prevenir la incontinencia urinaria.
- La realización de entrenamientos musculares del suelo pélvico en el postparto reduce o resuelve de forma significativa la incontinencia urinaria. Además es de gran importancia que los músculos perineales estén recuperados antes de realizar ningún otro ejercicio.

Todos los estudios realizados mostraron resultados significativos en la realización de los ejercicios de suelo pélvico frente a los cuidados habituales.

Los resultados de una revisión bibliográfica proporcionan evidencia de que los ejercicios musculares de suelo pélvico son efectivos para resolver o prevenir la incontinencia urinaria después del parto. Éstos resuelven la incontinencia urinaria a corto plazo y reducen la probabilidad posteriormente. También es importante que a

las mujeres se les estimule para realizarlos y se les instruya sobre éstos en la etapa prenatal y postnatal. ⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁶⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²⁹⁾

Los ejercicios musculares del suelo pélvico se basan en mejorar las funciones del periné que sirven de apoyo de los órganos pelvianos y también contribuyen al mecanismo de cierre del esfínter de la uretra. ⁽¹⁶⁾

Algunos autores consideran el entrenamiento del suelo pélvico el mejor tratamiento para tratar la incontinencia urinaria frente a otros tratamientos. ⁽¹⁶⁾

- Hábitos higiénico - sanitarios.

En una unidad de urología funcional se desarrolló un programa de educación, reentrenamiento y rehabilitación para las disfunciones del suelo pélvico. La educación se basa según este programa en enseñar una serie de medidas en el estilo de vida, entre las que destaca el mantenimiento de una alimentación y peso adecuados, una ingesta líquida correcta; así como evitar el estreñimiento y mantener un ritmo miccional adecuado. ^{(17) (22)}

También se recomienda en algunas mujeres la realización de los ejercicios utilizando conos vaginales. Estos conos se colocan en la vagina y se debe intentar contraer los músculos pélvicos, tratando de mantener el cono en el interior. En aquellas personas que tienen problemas para realizarlos pueden servirse de la estimulación eléctrica o la biorretroalimentación, ésta es una técnica simple, indolora que sirve para identificar y ayudar a ejercitar con mayor efectividad los músculos pélvicos. Consiste en la ubicación de un tampón en la vejiga o el recto y un sensor o electrodo en el abdomen, éste detecta las señales que se producen al contraer los músculos y así el paciente aprende a identificar los músculos apropiados. ⁽²⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽³⁰⁾

- Medidas higiénico - sanitarias

En varios artículos también aparecen una serie de recomendaciones en cuanto a los hábitos diarios a tener en cuenta para aliviar, mejorar o prevenir la aparición de incontinencia urinaria. Entre los que destaca:

- Disminuir o evitar el consumo de sustancias irritantes como el alcohol o el café, que tienen como consecuencia la aparición de la incontinencia

miccional de urgencia. También se deben evitar comidas condimentadas, bebidas carbonatadas y los cítricos.

- Disminuir la ingesta de líquidos en aquellas personas que beben más líquido de lo normal.
- Orinar con frecuencia para reducir la cantidad de orina que se escapa.
- Evitar saltar o correr, ya que pueden causar mayor fuga de orina.
- Evitar el estreñimiento.
- Dejar de fumar para reducir la tos y la irritación de la vejiga (y el riesgo de cáncer vesical).
- Reducir el peso en casos de sobrepeso. Bajar de peso si tiene sobrepeso.
- En pacientes con diabetes, mantener los niveles de glucemia bajos. ⁽³⁾⁽⁸⁾
(12)(18)(19)(20)(22)(23)

Debido a la importancia de este problema para la población femenina, se ha realizado un estudio experimental para valorar la efectividad del seguimiento de los ejercicios de suelo pélvico bajo un protocolo denominado método TERMAR (anexo 2) dirigido a mujeres con incontinencia urinaria. Éste método consiste en la aplicación de una intervención protocolizada enfermera, basada en una modificación de los ejercicios de Kegel para el fortalecimiento de la musculatura pelviana en las pacientes que sufren incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y mixta. ⁽¹³⁾

También en una revisión bibliográfica y análisis del tema en la actualidad, hizo llegar a los autores a valorar la importancia de las disfunciones del suelo pélvico y la consecuencia que tienen éstas en la calidad de vida de las mujeres que las sufren y la escasez o inexistencia de un programa de salud que sea capaz de abordar este problema de una forma integral desde la atención primaria. Por ello se plantean el desarrollo de un plan de cuidados destinado a estas pacientes. Para ello elaboran un organigrama para abordar el problema desde los tres niveles asistenciales: Atención Primaria (mujeres sin riesgo de disfunciones del suelo pélvico o incontinencia urinaria); Atención Secundaria (mujeres en riesgo de disfunciones del suelo pélvico o incontinencia urinaria); Atención Terciaria (mujeres que sufren disfunciones del suelo pélvico y/o incontinencia urinaria). Pero para poder llevar a

cabo esta asistencia debe realizarse desde un equipo multidisciplinar formado principalmente por matronas y fisioterapeutas. ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾

- **Conclusiones.**

Tras conocer los distintos artículos publicados acerca de la incontinencia en mujeres, las disfunciones del suelo pélvico, las repercusiones de embarazo y el parto, hemos obtenido las siguientes conclusiones:

- ✓ La dimensión más afectada en las mujeres con incontinencia urinaria es la diferente repercusión sobre su salud general.
- ✓ El masaje perineal aumenta la flexibilidad de los músculos pélvicos, reduciendo así el riesgo de sufrir desgarros y la necesidad de episiotomía en el parto.
- ✓ Los ejercicios musculares del suelo pélvico son efectivos para mujeres de todas las edades que padecen incontinencia urinaria y son más eficaces que los cuidados habituales para prevenirla o tratarla en las mujeres de todas las edades.
- ✓ No se han encontrado evidencias científicas ni estudios que demuestren que la realización del ejercicio de Kegel denominado Stop test puede ser perjudicial para la salud de aquellos pacientes que lo realizan.
- ✓ Las mujeres que han recibido únicamente instrucciones verbales sobre la realización de ejercicios para fortalecer el suelo pélvico no los realizan correctamente; sin embargo se ha demostrado que el entrenamiento individualizado garantiza la frecuencia y su correcta realización.
- ✓ Algunos autores consideran el entrenamiento del suelo pélvico como el mejor procedimiento para resolver la incontinencia urinaria frente a otros tratamientos.
- ✓ También se recomienda en algunas mujeres la realización de los ejercicios utilizando conos vaginales. Y si es necesario pueden ayudarse de la estimulación eléctrica o la biofeedback para identificar y ejercitar mejor los músculos pélvicos.

- ✓ Se considera recomendable un estilo de vida saludable basado en evitar el tabaco y el alcohol, en una dieta sana, en la realización de un ejercicio regular y moderado, además de evitar ingestas excesivas de líquidos, vaciar regularmente la vejiga y en diabéticos mantener los niveles glucémicos adecuados.
- ✓ Tras analizar la importancia actual del problema cabe destacar la necesidad de establecer un plan de cuidados estandarizado para la mujer relacionado con la incontinencia urinaria, ya que en la actualidad no se realiza un seguimiento integral de este problema que cada día afecta a más mujeres. Este seguimiento debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar junto con los fisioterapeutas y las matronas.

• **Bibliografía.**

1. Gomez Ruiz R, Foncillas Sanz B. revisión bibliográfica sobre factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria en el puerperio. Enfermería Científica Altoaragonesa; 2012; 7: 19-25.
2. Morilla Herrera JC. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª Edición. Málaga: Conserjería de salud; 2007.
3. Peinado Ibarra F. Pérdidas de orina [Internet]. Madrid. [Citado el 15 de Enero de 2013] Disponible en: <http://www.perdidasdeorina.com/Templates/generalidades.htm>
4. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. Incontinencia urinaria. Revista médica. Clínica las condes. Marzo 2013; 24(2): 219-227.
5. Franco de Castro A, Peri Cusi L, Alcaraz Asensio A. Incontinencia urinaria. Asociación Española de urología. [Citado el 15 de enero de 2013]. Disponible en: [http://www.aeu.es/userfiles/Incontinenciaurinariainterna_rev\(1\).pdf](http://www.aeu.es/userfiles/Incontinenciaurinariainterna_rev(1).pdf)
6. Medtronic. Incontinencia urinaria. Madrid 2011. [Citado el 15 de enero de 2013]. Disponible en: www.medtronic.es/su-salud/incontinenciaurinaria/index.html
7. Dmedicina.com [Internet]. Enfermedades: incontinencia urinaria. Agosto 2010. [Citado 15 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.dmedicina.com/enfermedades/urologicas/incontinencia-urinaria#que_es
8. A.D.A.M. Incontinencia. Riñones y sistema urinario. 2011 [Citado 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://salud.univision.com/es/ri%C3%B1ones-y-sistema-urinario/incontinencia-urinaria>
9. Gómez Carvajal, M; Torregrosa Tomás, Mª D; Rondón Ramos, A; Blanco Pérez, A. Incorporación de la Promoción de la Salud y la Prevención de las Disfunciones de Suelo Pélvico en Atención Primaria. Enfermería Docente. 2012; 96:22-25.

10. Mauk KL. El tratamiento conservador de la incontinencia urinaria puede ayudar a los ancianos. *Temas de salud. Nursing*. 2006; 24(8): 40-41.
11. Los ejercicios de Kegel para la recuperación del suelo pélvico. *Crianza natural* [Internet]. 2006. [Citado el 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art32.html>
12. Villa Coll M; Gallardo Guerra M J^a. Incontinencia urinaria, una visión desde la atención primaria. *Semergen: medicina general / de familia*. 2005; 31(6):270-283.
13. Martín Sánchez M^aT; Domínguez Aparicio M; Escudero Hermoso; Khanouf Jalil LG; Isusquiza Carro JI; Martínez Martín M. Efectividad de una intervención enfermera protocolizada en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres en la provincia de Ávila. *Nure investigación*. 2008 Mayo-junio; 34.
14. Suárez Serrano CM, Medrano Sánchez E, Díaz Mohedo E, De la Casa Almeida M, Chillón Martínez R, Chamorro Moriana G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia*. 2012 Mayo [Citado el 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2012.05.003>
15. Vila i Col M^aA, Fortuny Roger M. Sesiones clínicas en APS: incontinencia urinaria. *SEMFYC Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2005.
16. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres. *The Cochrane collaboration*. 2005.
17. Fundación Jiménez Díaz. Unidad de urología funcional y femenina. Incontinencia urinaria y suelo pélvico. [Citado el 15 de Enero de 20013]. Disponible en: <http://www.fjd.es/urologia/unidades-tematicas-especiales/urologia-funcional-femenina.html>
18. Ortega Ramos J. Reeducción de la incontinencia urinaria. *Fisioterapia*. Elsevier 2007.

19. Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos. Incontinencia urinaria. 2010. [Citado el 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.acog.org/For%20Patients/Search%20Patient%20Education%20Pamphlets%20-%20Spanish/Files/Incontinencia%20urinaria.aspx>

20. A.D.A.M. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Medlineplus 2011. [Citado 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000891.htm>

21. Haddow G, Watt R, Robertson J. Efectividad de un programa de ejercicios musculares del suelo pélvico en la incontinencia urinaria después del parto. *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 2005; 3(5): 104-146.

22. Schultz JM. Incontinencia. Resolver un problema secreto. *Nursing*. 2003; 21(5): 42-44.

23. Vormick LJ. Incontinencia urinaria de esfuerzo. MedlinePlus. Georgia 2011. [Citado el 15 de Enero de 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000891.htm>

24. Gómez López A. El suelo pélvico. Reflexología en la maternidad. [Citado el 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.maternityreflexology.net/?categoryId=4339>

25. Álvarez JA. Urgencia urinaria como causa de incontinencia urinaria. Octubre 2010. [Citado el 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://incontinenciadeorina.wordpress.com/2010/10/16/urgencia-urinaria-como-causa-de-incontiencia-de-orina/>

26. Promedom.com [Internet]. Incontinencia urinaria femenina. [Citado 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.promedon.com/index.php/es/uropologia-uropinecologia/104/>

27. De la Torre Palomo, M^a T, Ardaiz Flamarique, B. Recomendaciones de autocuidados para el parto y la cesárea basadas en el mejor conocimiento disponible. *Evidentia*. 2008; 5(24).

28. Milla España FJ, Vázquez Rodríguez R. La controversia del Stop-test en la reeducación uroginecológica. *Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2010; 113: 19-23.

29. Revisión Cochrane: los tratamientos no quirúrgicos en la incontinencia urinaria no son siempre efectivos. Revista médica. Clínica las condes. Marzo 2013; 24(2): 314-315.
30. Roselien Herderschee E, Hay-Smith JC, Peter Herbison G, Roovers JP, Heineman MJ. Retroalimentación (feedback) o bioretroalimentación (biofeedback) para aumentar el entrenamiento muscular del suelo pelviano en la incontinencia urinaria de la mujer. Revista médica. Clínica las condes. Marzo 2013; 24(2): 219-227.

A N E X O S

Anexo nº1: Ejercicios de Kegel ⁽¹²⁾

En posición de descarga de la pelvis debemos estar unos 5 minutos antes de iniciar los ejercicios del suelo pélvico, para ello colocamos al paciente estirado sobre una colchoneta, mejor que en una zona blanda, en posición supina, con las rodillas dobladas a 90 grados, apoyadas encima de un taburete y con un cojín debajo de la pelvis.

Se ha de enseñar al paciente a contraer el periné de forma activa y a voluntad, sin la participación de otros grupos musculares como abductores, abdominales o glúteos que tienen un efecto antagonista.

A continuación, con las rodillas flexionadas y ligeramente separadas, iniciar una serie de 5 inspiraciones profundas abdominales, efectuando la entrada de aire por la nariz, seguida de expulsión suave y lenta por la boca, hasta llegar a un punto máximo, con ello movilizaremos el diafragma hacia el tórax y conseguimos que las presiones dentro del abdomen se inviertan (fig. 1).

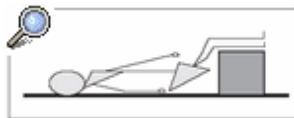


Figura 1. Estirado, en posición decúbito supino para la descarga del suelo pélvico.

La realización de ejercicios en diferentes posturas nos permitirá adaptarnos a los condicionantes del paciente a la vez que variar las influencias de la gravedad minimizándola en posición "decúbito", o con una máxima influencia en posición "de pie".

Se recomienda no enseñar al paciente un segundo ejercicio hasta habernos cerciorado de que el anterior se realiza correctamente.

Primer ejercicio. Se realiza estirado en posición de decúbito supino y con ambas rodillas flexionadas y ligeramente separadas, con las plantas de los pies apoyadas en el suelo (fig. 2).

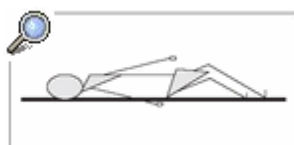


Figura 2. Estirado, en posición decúbito supino y piernas semiflexionadas.

Se inicia una inspiración por la nariz lentamente, hinchando la barriga (respiración abdominal), a continuación una espiración por la boca lentamente, al mismo tiempo de la espiración, una contracción de cierre hacia arriba del ano. Una vez terminada la espiración unos momentos de relajación y empezar nuevamente el ejercicio hasta completar las repeticiones que se han propuesto.

El número de repeticiones de un ejercicio ha de ser creciente gradualmente pero evitando la fatiga muscular que comporta la utilización de un músculo hipotónico.

El objetivo a conseguir es la realización de treinta repeticiones repartidas en tres bloques de diez, intercalando en cada bloque un descanso de uno o dos minutos.

Segundo ejercicio. Se realiza en la misma posición que el primero pero con una variación, la extensión de una rodilla y dejamos la otra flexionada como en la posición anterior (fig. 3). En esta posición realizaremos una inspiración profunda abdominal por la nariz seguida de la espiración lenta por la boca con una contracción mantenida, mientras dure la espiración, de la musculatura del suelo de la pelvis.

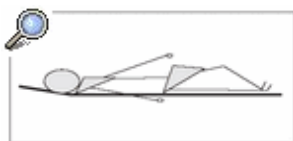


Figura 3. Estirado, en posición decúbito y una pierna semiflexionada.

Tercer ejercicio. Se realiza en la misma posición anterior pero alternando la posición de las piernas, efectuando el mismo número de repeticiones y con la misma metodología.

Cuarto ejercicio. Se realiza sentada en una silla o taburete, separando ligeramente las rodillas, éstas han de estar a la misma altura que las caderas, con el tronco inclinado hacia delante unos 30 o 40 grados y los brazos descansando encima de las piernas. En esta posición de base se realiza la contracción de la musculatura del suelo pélvico cerrando el ano (fig. 4). Como en las veces anteriores se mantiene la contracción unos 5 segundos aproximadamente, a continuación relajarse durante unos 10 segundos.



Figura 4. Sentado, con el tronco unos 30-40 grados hacia delante y las manos en las rodillas.

Quinto ejercicio. En posición de bipedestación. Con las piernas ligeramente separadas y los pies en ligera rotación interna, con las puntas de los pies hacia dentro (fig. 5). En esta postura iniciar la contracción de la musculatura del suelo pélvico, mantenerse en esta posición 5 segundos, a continuación relajarse 10 segundos.

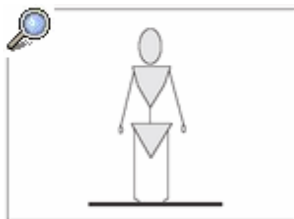


Figura 5. De pie, con las puntas de los pies en rotación interna entre 30 y 45 grados.

Anexo nº2: Método TERMAR ⁽¹³⁾

El método TERMAR es la aplicación de una intervención protocolizada enfermera, basada en una modificación de los ejercicios de Kegel para el fortalecimiento de la musculatura pélvica en los/as pacientes que sufren de incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y mixta.

Las pacientes diagnosticadas en las consultas de Urología y Ginecología del Hospital de Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila, de alguna de las formas de IU citada, son derivadas a la consulta de enfermería de incontinencia de dicho hospital, donde son incluidas en un plan de cuidados enfermero, basado en el marco conceptual del déficit de autocuidado, por el que se valora que las pacientes precisan de la intervención de una enfermera para formarles en las técnicas adecuadas para mejorar o incluso solucionar su problema de IU.

Primera consulta:

- Presentación y toma de contacto con la paciente.
- Valoración general del estado de salud de la paciente, para posteriormente ir focalizando el problema hacia la IU y su repercusión en la vida diaria, mediante la recogida de datos a través de los cuestionarios: ICIQ-SF (Anexo 3) que mide la incontinencia urinaria, el de salud KING'S (Anexo 4) y el I-QOL para medir la calidad de vida (Anexo 5).
- Se priorizan las necesidades de la paciente y se establecen los objetivos del plan de cuidados.
- Reconocimiento de los grupos musculares y colocación superficial de los electrodos del electromiograma perineal (EMG) que nos permitirán reconocer los grupos musculares y medir la fuerza de las contracciones de la musculatura pélvica.
- Se explican la realización correcta de las contracciones adecuadas.
- Se refuerza entregando por escrito las instrucciones de la técnica.

Las pautas de las consultas para evaluación y seguimiento son las siguientes: En la 2ª visita que se realiza a la semana de la primera, se realiza:

- Valoración del ritmo miccional, estudiándolo conjuntamente con la paciente y realizando en ese momento la reeducación vesical. Se valora y registra, nº de compresas usadas, si se levanta por la noche.
- Registro con el EMF de las contracciones de la musculatura pélvica, para valorar evolución y corregir los posibles errores.

Toda esta valoración se lleva a cabo en todas las visitas siguientes. La 3ª al mes de la anterior. La 4ª a los 2 meses de la anterior. La 5ª a los 4 meses de la anterior. La 6ª a los 6 meses de la anterior y a partir de aquí 1 vez al año. Estas son las pautas generales que se modifican en función de la dificultad de la paciente para acudir a la consulta en cuyo caso intercalo las visitas de presencia física con las telefónicas (para evitarles desplazamientos) siempre que los ejercicios se realicen correctamente. Si los ejercicios no se realizan correctamente o la paciente tiene dificultad para coger el hábito se acortaran los días de la siguiente visita.

Al año de la intervención se procede a:

- Valorar el problema de incontinencia mediante los cuestionarios ICIQ-SF que mide la incontinencia urinaria, el de salud KING'S y el I-QOL para medir la calidad de vida.
- Derivación de la paciente al facultativo de origen con la evolución de la gráfica del EMF.

Anexo nº3: cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF ⁽¹³⁾

1. Por favor, escriba la fecha de su nacimiento Día/mes/año
2. Usted es Varón/Mujer
3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)
 - a) Nunca.....0
 - b) Una vez a la semana.....1
 - c) 2-3 veces/semana.....2
 - d) Una vez al día.....3
 - e) Varias veces al día.....4
 - f) Continuamente.....5
4. Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.
 - a) No se me escapa nada.....0
 - b) Muy poca cantidad.....1
 - c) Una cantidad moderada.....2
 - d) Mucha cantidad.....3
5. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?
 - a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Nada Mucho)
6. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a usted.
 - a) Nunca
 - b) Antes de llegar al servicio
 - c) Al toser o estornudar
 - d) Mientras duerme

- e) Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio
- f) Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
- g) Sin motivo evidente
- h) De forma continua

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a 0.

Anexo nº4: Cuestionario de salud KING'S ⁽¹³⁾**Percepción del estado de salud**

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

Muy bueno/ Bueno/ Regular/ Malo/ Muy malo
- ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente/ Mucho

Limitación de la actividad de la vida diaria

- Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej., limpiar, hacer la compra, etc.)

No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente/ Mucho
- ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente/ Mucho

Limitaciones físicas y sociales

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

No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente/ Mucho
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su capacidad para viajar?

No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente/ Mucho
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida social?

No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente/ Mucho
- Sus problemas urinarios ¿afectan o limitan su capacidad de ver o visitar amigos?

No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente/ Mucho

Relaciones personales

- Sus problemas urinarios ¿afectan a su relación de pareja?
No procede/ No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente Mucho
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida sexual?
No procede/ No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente Mucho
- Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida familiar?
No procede/ No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente Mucho

Emociones

- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse deprimida?
No procede/ No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente Mucho
- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse angustiada o nerviosa?
No procede/ No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente Mucho
- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse mal consigo misma?
No procede/ No, en absoluto/ Un poco/ Moderadamente Mucho

Energía/sueño

- Sus problemas urinarios ¿afectan a su sueño?
Nunca /A veces /A menudo /Siempre
- Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse agotada o cansada?
Nunca /A veces /A menudo /Siempre

Impacto

- ¿Lleva compresas para mantenerse seca?
Nunca /A veces /A menudo /Siempre
- ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

Nunca /A veces /A menudo /Siempre

- ¿Se cambia la ropa interior cuando está mojada?

Nunca /A veces /A menudo /Siempre

- ¿Está preocupada por si huele?

Nunca /A veces /A menudo /Siempre

- ¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios?

Nunca /A veces /A menudo /Siempre

Anexo nº5: Instrumento para la calidad de vida con incontinencia**(I-QOL) ⁽¹³⁾**

- Q1. Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio
- Q2. Me preocupa toser y estornudar
- Q3. Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada
- Q4. Me preocupo si los servicios están en un nuevo lugar
- Q5. Me siento deprimida
- Q6. No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo
- Q7. Me siento frustrada porque la IU me impide hacer lo que quiero
- Q8. Me preocupa que los demás noten que huelo a orina
- Q9. Tengo siempre presente la incontinencia
- Q10. Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio
- Q11. Debido a mi incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación
- Q12. Me preocupa que mi incontinencia empeore con los años
- Q13. Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno
- Q14. Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la incontinencia
- Q15. La incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud
- Q16. Mi IU me hace sentirme desvalida
- Q17. Disfruto menos de la vida debido a la IU
- Q18. Me preocupa orinarme
- Q19. Siento que no tengo control sobre mi vejiga
- Q20. Tengo que tener cuidado con lo que bebo

Q21. La IU limita mi variedad de vestuario

Q22. Me preocupan las relaciones sexuales.

En todos los elementos se utiliza la siguiente escala de respuestas:

1= Mucho; 2= Bastante; 3= Moderadamente; 4= Un poco; 5= En absoluto.

Anexo nº6: Plan de cuidados estandarizado.

1. Análisis de la situación y justificación.

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que por la frecuencia y la cantidad puede causar sufrimiento físico y/o emocionales en la persona que lo experimenta. Las mujeres se ven afectadas por este trastorno con más frecuencia que los hombres, entre otras causas por el embarazo y parto, junto con la obesidad y los esfuerzos excesivos.

2. Definición de objetivos.

- a. Dar a conocer a la población la importancia del problema en la sociedad.
- b. Instruir a las pacientes que estén en riesgo de sufrir o sufran una incontinencia urinaria, acerca de los procedimientos y recomendaciones a llevar a cabo para reducirla o evitarla.
- c. Valorar los conocimientos de la población femenina a cerca de los aspectos relacionados con la incontinencia urinaria antes y después de la formación adecuada.

3. Contenido educativo.

a. Información general

La incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una fuga de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta. Puede ocurrirle a cualquiera, pero es más común en mujeres y ancianos.

Estos problemas suelen aparecer cuando los músculos están demasiado débiles o demasiado activos. Si los músculos que mantienen la vejiga cerrada se debilitan, es posible que tenga accidentes al estornudar, reír o levantar objetos pesados (incontinencia por estrés o de esfuerzo), en cambio si estos músculos están demasiado activos, aparece una fuerte urgencia por ir al baño cuando tiene poca orina en la vejiga (incontinencia de urgencia o vejiga hiperactiva).

Entre las causas más importantes cabe destacar el embarazo, el parto y la obesidad.

b. Dieta

Disminuir o evitar el consumo de sustancias irritantes como el alcohol o el café, comidas condimentadas, bebidas carbonatadas y los cítricos.

Disminuir la ingesta de líquidos en aquellas personas que beben más líquido de lo normal.

Evitar el estreñimiento consumiendo alimentos ricos en fibra.

Reducir el peso en casos de sobrepeso.

En pacientes con diabetes, mantener los niveles de glucemia bajos.

c. Fármacos

EL grupo de fármacos más utilizados en el tratamiento de la incontinencia urinaria son los anticolinérgicos que actúan relajando el músculo detrusor de la vejiga y aumentando el tono del esfínter interno uretral, aumentando así la capacidad para retener la orina en la vejiga.

d. Ejercicio

Se instruirá a cerca de la realización de los ejercicios de Kegel: identificación de músculos pelvianos, técnica, duración, repeticiones, intensidad y valoración de la efectividad de los ejercicios.

e. Complicaciones

Complicaciones físicas como infecciones urinarias, maceración o molestias de la piel, caídas; así como psicosociales como vergüenza, aislamiento social, inseguridad, dependencia o pérdida de la autoestima, depresión, tristeza, ansiedad, sentimientos de humillación personal, estrés en el entorno cercano, abandono de las actividades tanto domésticas como sociales, predisposición a la institucionalización, inhibición afectiva, inhibición de la sexualidad.

f. Métodos de autocontrol

Seguimiento y resolución de dudas por parte de los profesionales sanitarios en las consultas de AP.

g. Actividades, recursos y evaluación

Se instruirá a las mujeres en las consultas de atención primaria, así como en el seguimiento del embarazo y puerperio por parte de la matrona.

También se intentará llegar a la población femenina joven, dando charlas en centros de educación secundaria así como universitarios.