

PUCHADES SIMÓ, A.*; MUÑOZ IZQUIERDO, A.**; PUCHADES BENÍTEZ, R.***; CARACENA PORCAR, L.****

* Enfermera de Consultas Externas de Ginecología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV)

** Enfermera de la Unidad de Diabetes y Pruebas Funcionales de Endocrinología CHGUV

*** Licenciada en Biología. Técnico especialista laboratorio Hospital Universitario de La Ribera

**** Enfermera de Fundación Investigación CHGUV

Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo

RESUMEN

La incontinencia urinaria, contemplada como enfermedad por la OMS desde 1998, es considerada una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical que ocurre en diversas enfermedades. En España se ha calculado una prevalencia cercana al 10% en mujeres de entre 25 y 64 años, siendo mayor del 50% en mujeres mayores de 65 años. Con este trabajo pretendemos realizar una revisión de las publicaciones enfermeras sobre la incontinencia urinaria en la mujer desde la perspectiva de una consulta externa de patología de suelo pélvico.

Tipo de estudio: revisión de la literatura. Se sintetizó la información obtenida sobre la incontinencia urinaria en la mujer:

Conclusiones: las mujeres viven de forma muy diferente la incontinencia urinaria, desde un proceso normal hasta algo que repercute seriamente en su calidad de vida, con repercusiones sociales, laborales, familiares y emocionales.

Queda demostrada la eficacia de los programas de educación sanitaria.

Palabras clave: incontinencia urinaria, suelo pélvico, ginecología, enfermería, planes de cuidado.

SUMMARY

Urinary incontinence, as provided by WHO disease since 1998, is considered a consequence of the alteration of bladder filling phase that occurs in various diseases. In Spain it is estimated a prevalence of about 10% in women between 25 and 64 years, with more than 50% in women over 65 years. In this paper we conduct a literature review nurses on urinary incontinence in women from the perspective of an outpatient pelvic floor disorders.

Type of study: literature review. We synthesized information obtained on urinary incontinence in women.

Conclusions: Women live very differently urinary incontinence from a normal process to something that seriously affects their quality of life, social, work, family and emotional.

It is demonstrated the effectiveness of health education programs.

Keywords: Urinary incontinence, pelvic floor, gynecology, nursing care plans.

INTRODUCCIÓN

Hacia 1950, Arnold Kegel demostró la estrecha relación que existía entre los escapes de orina y la hipotonía o debilidad de la musculatura perineal, desapareciendo o mejorando notablemente los síntomas cuando se practicaban ejercicios del suelo pélvico (1).

La incontinencia urinaria, contemplada como enfermedad por la OMS desde 1998, es considerada una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical que ocurre en diversas enfermedades en las que el paciente refiere como síntoma la pérdida de orina (2).

En general se aceptaba como otro problema más de la vida y no se creía que fuera precisa asistencia médica, o en otros casos, al ser de naturaleza tan íntima, se tiende a esconderlo, con lo que disminuye paulatinamente sus actividades y vida social teniendo como resultado un deterioro de su seguridad y autoestima (3). Actualmente el estrés, la estética, la competitividad laboral y la perfección hacen que la frecuencia de la pérdida de orina y la sensación de falta de control de la micción no solo supongan un problema

orgánico, sino que adquieren repercusiones higiénico-sociales, afectivas y profesionales, cuya gravedad variará en función de cada individuo (4-6). En España se ha calculado que la prevalencia está cercana al 10% en mujeres de entre 25 y 64 años, siendo mayor del 50% en mujeres mayores de 65 años (7). Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, dos de cada diez mujeres sufren este trastorno en la menopausia (8).

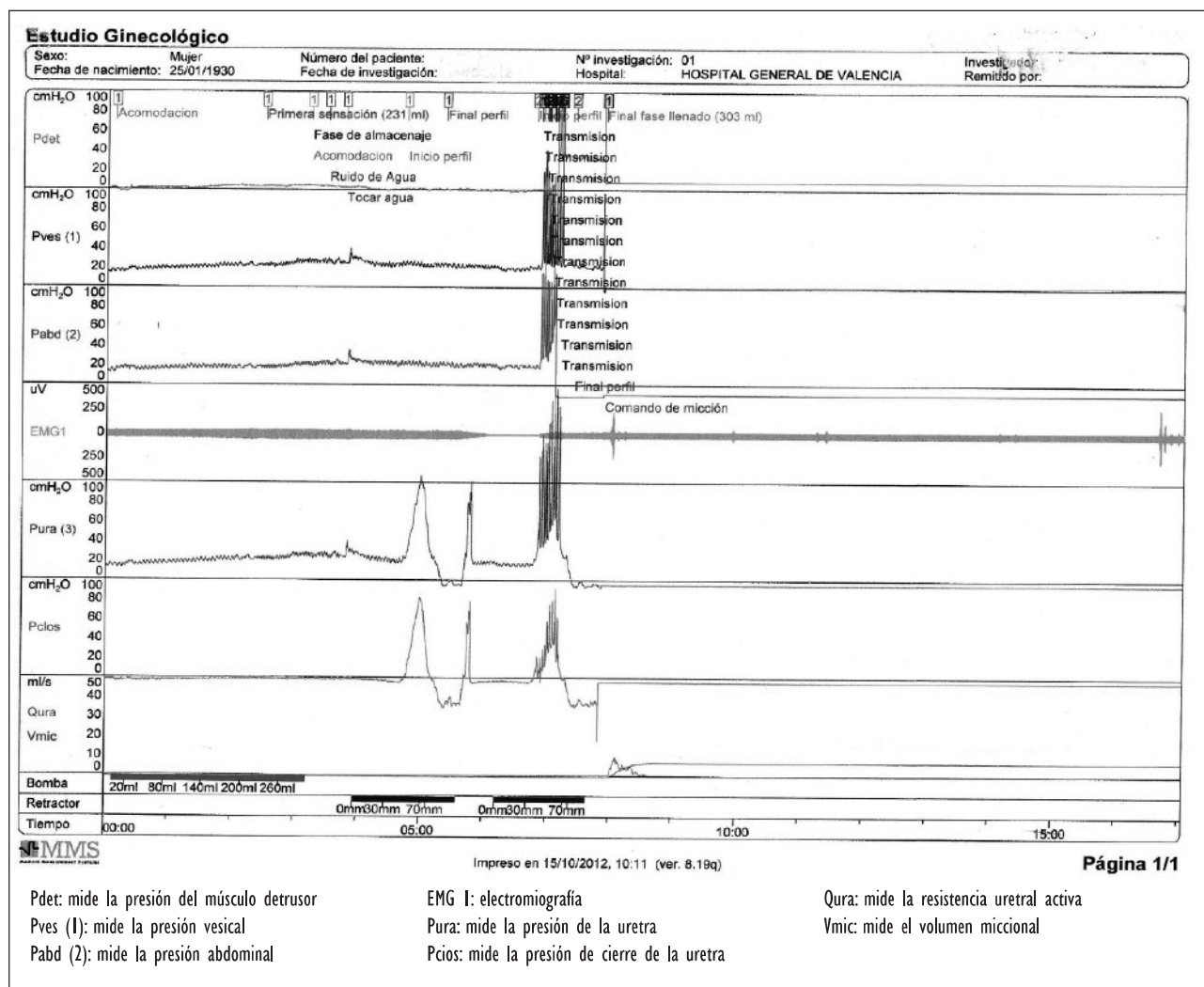
En 2001, los costes directos de la incontinencia urinaria en España fueron superiores a 210 millones de euros (9).

La evidencia científica disponible pone de relevancia la utilidad del entrenamiento del suelo pélvico como tratamiento efectivo en la incontinencia urinaria femenina (10).

Se considera una micción normal cuando es: voluntaria, completa, continua, satisfactoria, interrumpible, distanciada, demorada, ocasional durante la noche y sin componente de prensa abdominal (11).

La incontinencia urinaria es definida por la International Continence Urinary como una pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrada y que causa problemas

Cuadro I. Gráfica de urodinamia



higiénicos y sociales, abarca desde la emisión involuntaria de pequeñas cantidades de orina hasta la pérdida continua (12).

Objetivo: con este trabajo pretendemos realizar una revisión de las publicaciones enfermeras sobre la incontinencia urinaria en la mujer y sintetizar la información obtenida desde la perspectiva de una consulta externa de patología de suelo pélvico.

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:** revisión de la literatura.
- **Estrategia de búsqueda:** el proceso de localización de los documentos incluidos en este estudio se ha realizado consultando la base de datos Dialnet. Empleando la metodología de búsqueda manual, que consiste en la lectura de todos los índices de 42 revistas presentes en esta base relacionadas con enfermería.
- **Proceso de selección (13):** el primer paso para la selección de los artículos a incluir fueron los títulos de los tra-

bajos presentes en estas revistas que incluían los términos: ginecología, suelo pélvico, incontinencia urinaria, o que inducían a pensar que podían presentar información relevante para el objetivo del trabajo, se solicitaron a la biblioteca. La lectura del resumen de los artículos ha sido el siguiente paso en el proceso de selección, obteniéndose 26 documentos, el 11% del total, la figura 1 presenta el resultado de la consulta.

Los resultados se presentan agrupando la información en las siguientes áreas: tipos de incontinencia urinaria, causas de debilidad del suelo pélvico, diagnóstico de la incontinencia urinaria, tratamiento de la incontinencia urinaria (de esfuerzo), información obtenida de los artículos cuanti-cualitativos, propuesta de plan de cuidados.

RESULTADOS

- **Tipos de incontinencia urinaria (14-20)**
 1. Hiperactividad vesical, aparición de urgencia, con o sin incontinencia de urgencia, generalmente acompa-

ñada de frecuencia y nicturia, cuando dichos síntomas no están originados por una patología orgánica local.

2. Incontinencia de esfuerzo, aumento brusco de la presión intraabdominal que provoca goteo o pérdida de pequeñas cantidades de orina (tos, risa, esfuerzo físico, etc.). La incontinencia urinaria de esfuerzo es la más frecuente en la mujer y se pueden distinguir varios grados:

–Tipo 0: se trata de una incontinencia urinaria no demostrable.

–Tipo I: lleva asociado incrementos de presión abdominal con posición anatómica de cuello y uretra normal.

–Tipo II: hay una incompetencia del cuello vesical y una hipermovilidad uretral.

–Tipo III: donde se presenta una disfunción uretral intrínseca.

En la menopausia la IUE es la más frecuente, se produce cuando la presión intravesical supera a la uretral máxima sin contracción del detrusor.

3. Incontinencia de urgencia, pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo intenso y súbito de orinar con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento (necesidad imperiosa).
4. Incontinencia funcional, incapacidad física o falta de ganas de acudir al WC a tiempo.
5. Incontinencia mixta, combina los síntomas de la incontinencia de esfuerzo y la de urgencia.
6. Incontinencia por rebosamiento, liberación de pequeñas cantidades de orina para disminuir la presión de la vejiga que supera a la de la uretra, independientemente de cualquier aumento de la presión intraabdominal.
7. Incontinencia total, falta completa de control sobre la micción, ya sea por pérdida constante o bien por expulsión periódica no controlada del contenido de la vejiga.
8. Incontinencia urinaria permanente, puede aparecer como consecuencia de una forma transitoria o bien ser el inicio de una enfermedad o lesión que provoca alteraciones irreversibles.
9. Incontinencia urinaria transitoria, aparece como una complicación aguda sobre una enfermedad de base que produce un equilibrio inestable de los mecanismos de continencia.

Las repercusiones de la incontinencia se presentan en la tabla 1.

La incontinencia urinaria se debe a una desestructuración del suelo pelviano, y simplemente recuperando de nuevo esa funcionalidad solucionamos el problema en el 90% de los casos.

Desde el punto de vista anatómico, el suelo pélvico (SP) es un sistema de músculos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad. El debilitamiento del SP provoca una o varias disfunciones: incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapsos, disfunciones sexuales.

Desde el punto de vista funcional, el sistema nervioso simpático es responsable de la fase de llenado (mediante

Tabla I
Repercusiones de la incontinencia

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

activación de los receptores alfa, a nivel del cuello de la vejiga y estimulación de los receptores beta del cuerpo del detrusor). El sistema nervioso parasimpático es responsable de la fase de vaciado (mediante la activación de los receptores muscarínicos, cuyo neurotransmisor es la acetilcolina, contrayendo el detrusor y relajando el cuello).

■ *Causas de debilidad del suelo pélvico (21-22)*

–Embarazo: por el peso del útero.

–Parto: al pasar el feto a través de la vagina.

–Posparto: practicar precozmente ejercicios abdominales, realizar saltos, practicar deportes o llevar pesos.

–Deportes: en especial, los de saltos y de impactos.

–Menopausia: por los cambios hormonales que provocan pérdida de flexibilidad, atrofia e hipotonía.

–Herencia: dos de cada diez mujeres tienen debilidad innata en los músculos del suelo pélvico.

–Hábitos cotidianos: retener orina, vestir prendas muy ajustadas.

–Otras causas: obesidad, estreñimiento, tos crónica, estrés.

■ *Diagnóstico de la incontinencia urinaria (23-25)*

Anamnesis, exploración clínica, diario miccional, encuesta de calidad de vida (para evaluar repercusión y evaluación de los tratamientos) y técnicas diagnósticas complementarias.

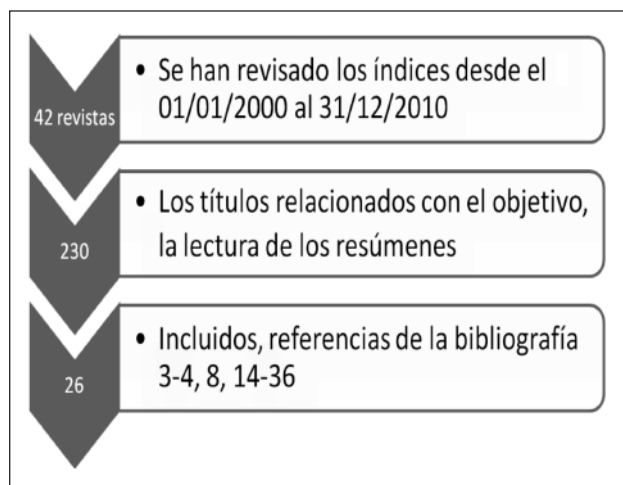
Técnicas diagnósticas: la urodinámica (cuadro 1) es la disciplina que estudia el funcionamiento del tracto urinario, tanto en condiciones normales como patológicas, las principales técnicas urodinámicas son:

–Flujometría: estudia la fase miccional de manera no invasiva.

–Cistomanometría: estudia la fase de llenado de manera invasiva.

–Estudios presión/flujo, que estudian la fase miccional de manera invasiva.

Figura 1.
Proceso de selección



- Electromiografía: estudia la actividad bioeléctrica de la musculatura perineal.
- Videourodinámica: estudia las fases de llenado y miccional de la manera menos invasiva y más rigurosa posible.
- Urodinámica ambulatoria; intenta estudiar las fases de llenado y miccional.

■ **Tratamiento de la incontinencia urinaria (de esfuerzo)** (3, 4, 8, 17, 26-28)

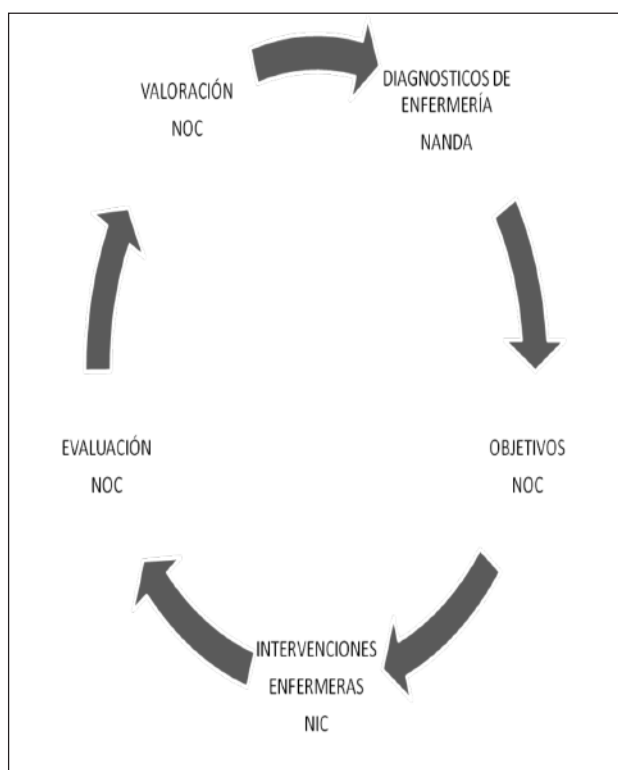
–Fisioterapia de la musculatura del suelo pélvico:

1. Reeducción vesical (modificación de hábitos miccionales).
2. Electroestimulación o neuromodulación; consiste en la estimulación de las fibras en nervios y musculares mediante la aplicación de estímulos eléctricos o magnéticos.
3. Técnicas de modificación de la conducta; serie de estrategias sencillas en su utilización:
 - 3.1. Diario miccional, programación miccional, técnicas de relajación, encuestas de calidad de vida, etc.
4. Biofeedback o biorretrocontrol; suele emplear un programa de ordenador, ofrece la posibilidad de captar una respuesta de la musculatura de la región y presentársela al paciente de diversas formas gráficas para que este pueda modificar estas formas aumentando o disminuyendo la actividad muscular. (esta, utilizada en conjunto con otras formas de tratamiento, incrementa los resultados).
5. Cinesiterapia (ejercicios musculares del suelo pélvico), ejercicios de Kegel (anexo 1).

–Tratamiento quirúrgico:

Si no se obtienen resultados óptimos, se recurre al tratamiento quirúrgico, en la actualidad predomina la cinta vaginal sin tensión (TVT). Es una técnica quirúrgica mediante la cual se coloca una malla de polipropileno, vía vaginal, por debajo de la uretra sin fijación ni tensión sobre ella.

Figura 2.
Plan de cuidados



–Tratamiento farmacológico (21).

Si se trata de inestabilidad vesical, los fármacos más usados comúnmente son los que inhiben la contracción del músculo detrusor, interfiriendo con la acetilcolina, actuando sobre los receptores colinérgicos del músculo vesical.

Los agonistas α -adrenérgicos se emplean en la incontinencia por estrés, ya que aumenta el tono del esfínter interno mediado por el estímulo α -adrenérgico.

La terapia con β -bloqueantes se emplea como tratamiento de la hipotonicidad, característica de la incontinencia por rebosamiento.

–Reeducación vesical:

Consiste en una serie de indicaciones orientadas a modificar los hábitos miccionales para restablecer el patrón miccional normal (anexo 2).

–Medidas higiénico-sanitarias (20): van dirigidas a prevenir las infecciones asociadas (anexo 3).

■ **La información obtenida de los artículos cuanti-cualitativos se puede resumir en (29-32)**

–Los motivos por los que las mujeres no consultan su problema de incontinencia al profesional sanitario son: por considerar que es normal en la mujer; por vergüenza, relacionada sobre todo con el olor y el pudor; porque el sistema sanitario, en general, no ofrece solución distinta a las que ellas aplican por su cuenta; porque la solución que se ofrece (farmacología, cirugía) no es satisfactoria.

Tabla 2
Proceso de atención de enfermería

NOC	NANDA	NIC
0502 CONTINENCIA URINARIA	00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA 061002 Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. 061004 Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente. 061010 Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia. 061016 Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té y chocolate).
1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD	00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	0518 ENSEÑANZA PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO 051806 Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. 051807 Describir las actividades del procedimiento/tratamiento. 051809 Obtener/ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento, de acuerdo con la política del centro si procede. 051810 Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento si procede. 051816 Proporcionar información acerca de lo que se oírà, olerà, verà, gustarà o sentirà durante el procedimiento/tratamiento. 051827 Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	3590 VIGILANCIA DE LA PIEL 359005 Vigilar el color y temperatura de la piel. 359008 Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel.
1813 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO	0082 MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	0560 EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO 056002 Enseñar al individuo a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal. 056003 Enseñar al individuo a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, los que participan en la respiración, o estirarse durante la realización de los ejercicios. 056005 Enseñar a la mujer a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar. 056006 Enseñar a la mujer a realizar ejercicios para apretar el músculo, según protocolo del centro. 056007 Explicar a la mujer que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas. 056012 Comentar el registro diario de continencia con el individuo para proporcionar seguridad.
		0630 MANEJO DEL PESARIO 063010 Introducir el dispositivo según las instrucciones del fabricante. 063013 Enseñar el método para extraer el dispositivo según sea conveniente. 063014 Enseñar las contraindicaciones de las relaciones sexuales o de la ducha vaginal en función del tipo del dispositivo. 063017 Determinar la habilidad para realizar los autocuidados del dispositivo. 063021 Observar si hay secreción u hedor vaginal.
1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	00146 ANSIEDAD	5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 582001 Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. 582006 Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 582012 Escuchar con atención. 582014 Crear un ambiente que facilite la confianza. 582023 Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. 582024 Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. 582025 Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

- Se confirma que la incontinencia urinaria afecta la calidad de vida de la mujer, llevando incluso a cambiar hábitos de vida, reducir el círculo de relación social o evitar realizar ciertas actividades.
- La percepción de gravedad que desencadena el proceso de búsqueda de la salud descansa en la molestia social, que no siempre es proporcional a la magnitud o frecuencia de la pérdida de orina.
- El tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria debe ser considerado como una opción terapéutica conservadora en mujeres con incontinencia urinaria de grado leve o moderado.
- Los programas de educación sanitaria son efectivos en las mujeres que sufren este problema, lográndose desde la curación en el 16% de pacientes, mejoría en el 58%, y mantenimiento en el 25%, no cuantificándose ningún empeoramiento.

■ Propuesta de plan de cuidados (33-39)

En la bibliografía consultada encontramos artículos que identifican los diagnósticos de enfermería (DE) utilizando en la valoración los patrones funcionales de M. Gordon, lo que supone identificar más de 8 DE; en la práctica clínica no disponemos de tanto tiempo para la valoración, por lo que proponemos realizar una valoración focalizada, siendo en este caso más funcional utilizar los mismos resultados NOC para la valoración, los objetivos y la evaluación (figura 2).

Sintetizando la información obtenida en los artículos, siguiendo la taxonomía NANDA / NOC / NIC (NNN), verificando y actualizando la información y redacción de las frases, siguiendo las últimas publicaciones de la NNN, la tabla 2 presenta nuestra propuesta.

CONCLUSIONES

El número total de artículos incluidos es similar al encontrado por otros autores que emplean métodos de búsqueda exhaustiva, es decir manual (40-41). Como en toda búsqueda, la presencia de silencios (documentos interesantes no encontrados) es la limitación que pueden presentar los resultados.

En la actualidad, la utilización de las bolas chinas para fortalecer la musculatura del suelo pélvico está en desuso. Recomendándose enseñar a la mujer a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar (33, 38, 42).

La incontinencia urinaria en la mujer sigue siendo un tema controvertido con datos insuficientes para valorar con exactitud y rigurosidad la repercusión de la misma.

Las mujeres viven de forma muy diferente la incontinencia urinaria, desde un proceso normal hasta algo que afecta seriamente en su calidad de vida y con repercusiones sociales, laborales, familiares y emocionales.

Los anuncios publicitarios sobre compresas protagonizados por famosas transmiten un mensaje de normalidad y aceptación ante los escapes de orina que fomentan la no demanda de asistencia.

En un marco socioeconómico restrictivo y con escasez de recursos al que nos enfrentamos queda demostrada la eficacia de los programas de educación sanitaria, quedando manifiesto el ahorro económico y ante todo, y lo más importante, mostrando las usuarias satisfacción con los mismos.

Los planes de cuidados de enfermería estandarizados, y dentro de estos la utilización de la taxonomía NOC en la valoración, la NANDA en la identificación de diagnósticos y la NIC en las intervenciones enfermeras, facilitan la resolución del problema desde un abordaje integral y con una alta efectividad. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Medrano EM, Campoy P, Soltero A. Tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria femenina en una unidad de Uroginecología. *Cuestiones de fisioterapia*. 2003; 22: 1-13.
2. Echeandia B, Napal C, López E, Lara M^a C, Sancho B, et al. De la incontinencia a la continencia. *Enfuro* 2007;101(enero/febrero/marzo): 10-5.
3. Napal C, Lara C, Echeandia B, Egaña C, Lezaun R, et al. Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria. *Enfuro* 2004; 89 (enero/febrero/marzo): 8-10.
4. Igual C, Valverde D, López I, Sánchez J. Fisioterapia en la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2003; 6(1): 50-4.
5. Mercé C, Tell A. Conocimiento y actuación sobre la incontinencia urinaria. *Metas de Enfer*. 2005; 8(6): 8-15.
6. Suárez C, Rebollo J, García R, Medrano E. Influencia de la Fisioterapia perineal en el bienestar psicológico de las mujeres con incontinencia urinaria. *Cuest Fisioter*. 2009; 38(1): 3-10.
7. España M, Viejo B. Abordaje de la salud de la mujer inmigrante con patologías uroginecológicas. En: *MIAS, Mujer inmigrante y asistencia sanitaria*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, editado por Saatchi & Saatchi Healthcare 2010. Pág 91-105.
8. Milla FJ. Protocolo de reeducación vesical en incontinencia urinaria. *Enfuro*. 2007; 102 (abril/mayo/junio): 15-17.
9. García J. Abordaje de la incontinencia urinaria en el marco del programa de la mujer mayor de 40 años en el centro de salud. *Enfermería Integral* 2008: 76-82.
10. Milla FJ. Reeducación vesical y enfermería. *Enfuro*. 2006;100 (octubre-noviembre-diciembre): 35.
11. Milla FJ, Vázquez R. La controversia del Stop-test en la reeducación uroginecológica. *Enfuro*. 2010; 113 (enero/febrero/marzo): 19-23.
12. Cervera J, Serralta I, Macia C, Moreno J, Mayoral E. Incontinencia urinaria: ¿un problema oculto? *Rehabilitación*. 2004; 38 (1): 1-6.

13. Abad E, Monistrol O, Altarribas E, Paredes A. Lectura crítica de la lectura científica. *Enferm Clin.* 2003; 13 (1): 32-40.
14. Maña M, Mesas A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. *Enferm Clin.* 2002; 12 (5): 244-8.
15. Estudillo F, Garrido S, Sánchez-Ferragut C, Nieto M, Rodríguez-Rubio F. Incontinencia urinaria en la mujer. ¿Qué debemos saber? *Enfuro* 2004; 91 (julio-agosto-septiembre): 10-3.
16. Del Olmo M^a P, García I, González C, González J, Galeano M^a R. Atención de enfermería en el tratamiento de la incontinencia urinaria con cabestrillo suburetral regulable tipo Remeex. *Enfuro.* 2007; 103:10-12.
17. Nieto E, Camacho J, Dávila V, Ledo M^aP, Moriano P, Pérez M, Serrano L, Fonseca B. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. *Enferm Clin.* 2004; 14(3): 129-35.
18. García AI, Del Olmo P, Carballo N, Medina M, González C, Morales P. Reeducción del suelo pélvico. *Enfuro.* 2005; 94 (abril/mayo/junio): 19-22.
19. Milla FJ. Electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior para el tratamiento de la hiperactividad vesical. *Enfuro.* 2007; 104 (octubre/noviembre/diciembre): 14-8.
20. Jurado R, Moreno C, González VM, Cid P, García M^aA, González JA. Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas. *Enfuro.* 2008; 108: 6-8.
21. Cabrera M. La incontinencia urinaria en la mujer deportista de élite. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol.* 2006; 9(2): 78-89.
22. Álvaro AM^a, Ruiz V, Carrasco M^aC, Romero E. Fomento del autocuidado en pacientes con incontinencia urinaria. *Asociación Española de Enfermería en urología.* 2007, 10: 25-33.
23. Guillén A, Espada A, Legarra S, García M, Garrayoa B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida. Estudio desde una consulta de urología. *Enfuro.*
24. Arlandis S, Ruiz JL, Martínez E. Las pruebas funcionales urodinámicas en el diagnóstico de la vejiga neurógena. *Rehabilitación.* 2005; 39(6): 343-57.
25. Gómez F, Margaix L, Rubio A. Tipos de incontinencia urinaria. Registros en urodinámica. *Enferm Integral.* 2009; junio:12-5.
26. Del Olmo M^aP, González C, Alller M^a M, Freire E, Morales P. Cinta vaginal sin tensión. Cuidados de Enfermería. *Enfuro.* 2003; 83:7- 10.
27. Egaña C, Lara M^a C, Napal M^a C. Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria T.V.T. *Enfuro.* 2002; 81 (enero/febrero/marzo): 22-3.
28. Rioja J, González A, Estévez P. Pruebas de evaluación en la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación.* 2005; 39(6): 358-71.
29. González A, Blázquez E, Romo M, Rioja J. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación.* 2003; 37(2): 79-85.
30. Ferri A, Melgar G, Avendaño J, Puchades MJ, Torres AI. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria de la mujer. *Rev. Iberoam Fisioter Kinesol.* 2003; 6(2): 47-80. disponible en <http://www.elsevier.es>
31. Polt C. Quitar presión a las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Nursing.* 2007, febrero:13-5.
32. Delgado H, Remírez J M, Pereda E, Delgado M J. Detección de incontinencia urinaria. *Enfuro.* 2007; 102 (abril/mayo/junio): 10-3.
33. Ramos E, Domínguez S, Reyes JR. Mejora de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia de esfuerzo tras la realización de biofeedback y ejercicios de suelo pélvico. *Enfuro.* 2008; 105 (enero/febrero/marzo): 11-14.
34. Delgado H, Pereda E, Ramirez JM, Delgado MJ. Plan de cuidados incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro* 2007; 104 (octubre/noviembre/diciembre): 11-13.
35. Hernández AM. Caso clínico: cuidados de enfermería en la aparición de los prolapso del suelo pélvico. *Enferm. Clin.* 2008;18 (6): 326-9.
36. García MA, De la Calle M, Moreno C, Cid P, González JA, Rubio J. Incontinencia urinaria y sus efectos en la salud. Plan de cuidados para la promoción de la salud. *Enfuro* 2007. 104 (octubre/noviembre/diciembre): 24-9.
37. Moorhead S, Johnson M, Maas LM, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. *Nursing Outcomes Classification (NOC).* 4^a ed. Barcelona, Elsevier, 2009.
38. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *Nursing Interventions Classification (NIC).* 5^a ed. Barcelona, Elsevier, 2009.
39. SparKs S, Craft-Rosenberg M, Scroggins L, Vassallo B, Warren J. *NANDA, diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006.* Madrid, Elsevier, 2005.
40. Petticrew M. Systematic review from astronomy to zoology: myths and isconceptions. *BMJ* 2001; 322:98-101.
41. Muñoz, A, Puchades A, Corton F, Bou A, Sánchez F, Zorrilla I, et al. Búsqueda bibliográfica en CUIDEN y CUIDATGE sobre la intervención: manejo de la quimioterapia. *Metas Enferm.* 2005; 8(8): 71-76.
42. Johnson VY. How the principles of exercise physiology influence pelvic floor muscle training. *Journal of Wound, Ostomy and Continence nursing.* 2001; 28(3): 150-155.

ANEXO 1

EJERCICIOS DE KEGEL

Para instruir a la paciente en su realización, indicarle que corte el chorro de orina; para ello, sentada en el inodoro con el tronco inclinado hacia delante y las piernas separadas al máximo, debe comenzar a orinar y parar en la mitad, luego volver a orinar y parar de nuevo, después seguir orinando hasta acabar. Esto solo se debe hacer para identificar el gesto a realizar.

Una vez aprendido el procedimiento, realizar una serie de contracciones lentas, rápidas y contra resistencia de la musculatura perineal.

Contracciones lentas: mantenidas durante 5 segundos en series de 10. Progresivamente se irá incrementando el tiempo de la contracción y el número de repeticiones por serie, sin llegar al agotamiento.

Contracciones rápidas: a modo de sacudida en series de 10 intercaladas entre las series anteriores. Se realiza un mínimo de 2-3 de cada teniendo en cuenta que cada contracción debe ir seguida siempre de una buena relajación.

Contracciones contra resistencia: se introduce en el entrenamiento cuando el periné ya ha adquirido un cierto tono, se pueden utilizar conos vaginales o pesas, intentando que no se salgan mientras se realizan los ejercicios.

Errores más comunes al realizar los ejercicios de kegel

La contracción de los glúteos, aductores y, sobre todo, los músculos abdominales.

Aguantar la respiración o apretar el tórax mientras se contraen los músculos.

Aumentar el número y la frecuencia del ejercicio.

Un porcentaje elevado de mujeres invierte el orden y, en vez de contraer, empujan.

ANEXO 2

REEDUCACIÓN VESICAL

–Comience a ir al baño a orinar cada “x” horas al día (según protocolo del centro, ejemplo cada 2 horas).

–Debe ir tenga ganas o no y aunque ya se encuentre mojada.

–Nunca vaya antes del momento fijado, si tiene deseos de orinar debe aguantar.

–Continúe con este ritmo hasta que lleve dos días sin mojarse, prolongue el tiempo entre cada visita al baño en media hora. Al principio notará que se moja en alguna ocasión, pero no vuelva al tiempo anterior; siga estrictamente en este intervalo, atendiendo las indicaciones previamente establecidas.

–Siga prolongando, de media hora en media hora, los intervalos para ir al baño cada vez que consiga estar dos días sin mojarse hasta alcanzar un intervalo de 4 horas.

–Cuando llegue al intervalo de 4 horas sin ir al baño, deje de mirar el reloj y verá que orina con normalidad.

–Obsérvese usted misma y no se permita volver a la vieja costumbre de orinar frecuentemente. En este momento, usted debe ser capaz de ir sin pañal con tranquilidad.

ANEXO 3

MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS

–No retener la orina tras el primer deseo miccional.

–Eliminación de la orina residual posterior a la micción.

–La micción pre y poscoito.

–El secado o limpieza de la zona genital siempre de delante hacia atrás.

–Uso de ropa interior de algodón, evitando las fibras y los tanguas, no utilizar salvaslips.

–No usar líquidos antisépticos para la higiene íntima.

–Permanecer sin ropa interior unas horas al día.

–Evitar el estreñimiento.