



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

'i) EU d'Infermeria

Trabajo final de grado

GRADO DE ENFERMERÍA

Escuela Universitaria de Enfermería

Universidad de Barcelona

INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES

Mireia Murcia Gámez

Tutora: Dra. M^a Gloria Seguranyes Guillot

Ámbito docente: Salud Sexual y Reproductiva

Curso académico: 2015-2016

Agradecimientos

En agradecimiento a Gloria Seguranyes por su tiempo y dedicación en cada tutoría, por ayudarme a mejorar y por animarme en los momentos de colapso.

Resumen

Introducción. La incontinencia urinaria (IU) supone un problema de salud por sus repercusiones en la calidad de vida, a nivel psicosocial, emocional y en la sexualidad, especialmente de las mujeres, por sus características y etapas biológicas. Los profesionales enfermeros pueden incidir en los factores modificables para el control de la IU.

Objetivos. Identificar las intervenciones enfermeras que son eficaces en la prevención y el manejo de la IU en mujeres.

Metodología. Revisión bibliográfica en la que se han empleado las bases de datos CINAHL, Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus y Trip Database, desde 2010 a la actualidad.

Resultados. Se han incluido un total de 17 estudios: Una revisión bibliográfica, 1 estudio de cohortes, 3 estudios descriptivos, 4 ensayos clínicos aleatorizados y 7 revisiones sistemáticas y un estudio cualitativo.

Las intervenciones enfermeras eficaces son los ejercicios de los músculos del suelo pélvico (EMSP), solos o combinados, y el método Paula. Los EMSP obtuvieron resultados favorables para prevenir la IU en la gestación y en las repercusiones en la sexualidad. Se ha visto que la adherencia a los EMSP es un factor clave para que las intervenciones consigan obtener beneficios.

Conclusiones. La participación de las enfermeras en la prevención y el tratamiento de la IU han mostrado resultados positivos. Se precisan más estudios para analizar el efecto de las intervenciones a largo plazo.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, cuidados de enfermería, barreras, sexualidad, prevención, mujeres.

Abstract

Background. Urinary incontinence (UI) supposes a health problem for the repercussion in the quality of life, the emotional and psychosocial level and sexuality, especially in women, for her biological characteristics and life stages. Nurses can influence in to the modifiable factors on the managing of UI.

Objectives. Identify the nurse interventions that are effective in the prevention and the managing of UI in women.

Method. Literature review in which it was used the following databases: CINAHL, Pubmed, Cochrane Library Plus and Trip Database since 2010 to the present.

Results. There are included a total of 17 studies: a literature review, 1 cohort study, 3 descriptive studies, 4 randomized clinical trials, 7 systematic reviews and a qualitative study.

The effective nurse's interventions are the PFME, alone or combined, and the Paula method. The PFME got favorable results to prevent the UI in the gestation and the sexuality repercussions. It has seen that the adherence to the PFME is a key factor which helps intervention to get benefit.

Conclusions. The nurses participation in the IU prevention and manage has shown positive results. More studies are required to analyze the long-term intervention effect.

Key words. Urinary incontinence, nursing care, barriers, sexuality, prevention, women.

Índice

1.Introducción	1
2.Objetivos	5
2.1. Objetivo general.....	5
2.2. Objetivos específicos.....	5
3. Metodología	6
3.1. Bases de datos	6
3.2. Palabras claves	6
3.3. Estrategias de búsqueda utilizadas	7
3.4. Criterios de selección	7
3.5 Gestión de la información	8
4.Resultados.....	9
5. Discusión	19
5.1. Manejo de los profesionales enfermeros de la IU.....	19
5.2. Intervenciones efectivas en el tratamiento de la IU.	20
5.4. Sexualidad e incontinencia urinaria.	24
5.5 Limitaciones de la revisión bibliográfica.....	25
6. Conclusiones	26
6.1 Implicaciones para la práctica clínica.	26
6.2 Implicaciones para la investigación	27
7. Plan de difusión	28
7.1 Congresos científicos	28
7.2 Revistas científicas	28
8. Bibliografía	29

1.Introducción

La incontinencia urinaria (IU), pese a no estar catalogada como una enfermedad ¹, deviene un problema de salud a nivel mundial debido a sus tasas de prevalencia y, sobre todo, a su repercusión en la calidad de vida tanto a nivel psicológico ^{2,3,4}, emocional y social, como a nivel económico ^{5,6}.

Las tasas de prevalencia globales difieren entre las diversas investigaciones debido al hecho de que en cada estudio se plantean diferentes metodologías y definiciones de la IU ^{3, 6}. A pesar de la falta de datos concretos se estima que este valor, independientemente del grado de IU, se encuentra en torno al 8% en la población mundial ⁷.

A continuación se presentan algunos de los factores que están relacionados con la incontinencia urinaria:

-La edad. Parece ser que existe una relación entre edad y IU. La edad avanzada se considera un factor de riesgo para la IU, por lo que, a más edad aumenta la probabilidad de padecerla ^{1, 2, 5}. Teniendo en cuenta que la población mundial tiende al envejecimiento, este problema será más notable en el futuro ⁴ y se precisará de más recursos, entre ellos los económicos para hacer frente a la demanda de los afectados ⁶. En 2008, aproximadamente 348 millones de personas experimentaron la IU y hacia el 2018 se prevé que la población afectada incremente en un 21,6% llegando a los 423 millones ⁴.

-Otros factores de riesgo. Se han relacionado otros factores de riesgo con la aparición de la IU como son ciertas enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus, estreñimiento, consumo de tabaco y el estado nutricional, por ejemplo, padecer obesidad. Tener alguno de los criterios anteriores contribuye no tan solo a un deterioro más rápido de las estructuras que intervienen en la micción sino que también limitan a la persona en las actividades de su vida diaria mermando la calidad de vida y su autonomía ^{1, 3, 7, 8}.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España en el año 2014 de un total de 19954,3 miles de personas encuestadas 1027,4 miles presentaba IU, mientras que en la población catalana de 3152,1 miles de personas tenían IU

202,3⁹. El coste del tratamiento de IU en España supone un gasto de 615€ anuales por paciente⁶.

Si bien es cierto que existen diferentes factores de riesgo que predisponen a tener la IU, factores biológicos como el sexo y la anatomía también se deben tener en cuenta. Pese a la variabilidad de los datos, la tendencia de padecer IU es más notable en las mujeres⁷.

A nivel mundial, entre un 25-45%^{1,3} de las mujeres presenta IU. Datos extraídos de estudios realizados en 14 países europeos sitúan estas cifras entre el 13,1% y el 70,9%⁷.

Por lo que respecta a España, las prevalencias en mujeres en franjas de edad de 25 a 64 años y 18 a 65 años se encuentran en el 4,01% y el 20% respectivamente. En las adolescentes de entre 13 y 18 años esta prevalencia es de un 9,42%⁷.

A nivel autonómico las mujeres de 15 o más años, según la Encuesta de Salud de Cataluña, este valor se sitúa en el 12,2%, dándose los porcentajes más altos en las mujeres de más de 75 años. La mayor parte corresponden a IU de gravedad leve¹⁰.

Existen diferentes tipos de IU, los cuales puede ser principalmente de esfuerzo (IUE), de urgencia (IUU) o bien mixta (IUM), por lo que también hay controversias en referencia a las prevalencias en los diferentes estudios. Reconocer el tipo de IU es fundamental a la hora de escoger el tratamiento más adecuado así como identificar cual es la situación de la persona, ya sea mental y/o funcional, para poder individualizarlo⁷.

Según el tipo de IU existen tres tratamientos posibles: el farmacológico, el quirúrgico y el conservador. De estos, el tratamiento conservador es el más utilizado en España seguido del quirúrgico. El primero incluye diferentes intervenciones terapéuticas como el uso de absorbentes, entrenamiento y vaciado de la vejiga, ejercicios para fortalecer el suelo pélvico y modificación de los estilos de vida. En cuanto al quirúrgico, hoy en día existen intervenciones que no generan tantas complicaciones postoperatorias y se considera un tratamiento efectivo. Ambos, pueden servir para tratar la IUE y la IUU¹. Por último, el tratamiento farmacológico se considera poco efectivo en nuestro país y, además,

puede producir algunos efectos indeseables. Se utiliza para el tratamiento de la IUE aunque también puede aplicarse a la IUU pese a que su eficacia a largo plazo aún no está constatada ^{1,7}.

Aunque existan estas medidas para tratar la IU, muchas mujeres las desconocen y no notifican este problema de salud. La principal causa de esta situación es el estigma social que se crea en torno a la IU ^{4, 5}. Éste se crea a causa de los valores, creencias y cultura tanto individuales como sociales y genera sentimientos de vergüenza en el individuo, produciendo consecuencias negativas en las esferas emocional y psicológica, ⁶ y haciendo que las mujeres perciban la IU como algo natural en su desarrollo evolutivo, que le resten importancia al impacto en su calidad de vida y que haya una disminución de la percepción de riesgo ⁷.

La IU es un factor que limita a las mujeres en cualquiera de las etapas de su vida. Por ejemplo, el posparto es un momento en el que muchas mujeres padecen o tienen riesgo de padecer IU, sobre todo, por la debilidad que se adquiere en los músculos del suelo pelviano en el trabajo de parto y durante el embarazo ¹¹. De la misma forma ocurre en la menopausia y el climaterio dónde, además de dicha debilidad encontramos cambios hormonales como el descenso de estrógenos que favorecen su establecimiento ¹².

La sexualidad puede verse especialmente alterada debido a que las pérdidas de orina pueden hacer disminuir el erotismo e incluso hacer que la propia pareja decida cesar su actividad sexual. Además generan sentimientos de vergüenza en la mujer ². Un estudio revela que en la menopausia entre un 5 y un 15% de las mujeres sufren de IU durante el coito ¹². Otro estudio, realizado en un hospital danés apunta que un 32% de las mujeres en el postparto refiere que la IU afecta a su actividad sexual ¹¹.

Otras consecuencias que se generan en torno a este problema de salud son exclusión social, limitación en el empleo, en el ocio, levantarse más a menudo durante la noche, aumento del tiempo en que se está en el lavabo, limitaciones en la práctica del deporte, ya que se ha visto que dependiendo de la actividad física realizada se pueden incrementar las pérdidas de orina, estar sentado más

tiempo de lo habitual, pérdida de autoestima, una mayor utilización y cambio de ropa de cama y conflictos con la pareja entre otras ^{7, 11}.

Por todas estas repercusiones en la salud de la persona, entendiéndola como un ser holístico, desde 1998 momento en el que se celebró *the First International Consultation of Incontinence* (ICI), donde también tomó parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), se buscó redefinir la incontinencia como enfermedad propiamente, con el fin de tomarla más seriamente cuando un paciente refiera padecerla ⁵.

Desde una perspectiva enfermera y tomando como referencia el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, la eliminación es una de las necesidades básicas. Un desequilibrio en ella, lleva a la persona hacia la dependencia y a su vez, en el caso de la IU, se ven afectadas otras necesidades. Las enfermeras pueden ayudar al individuo a conseguir la independencia ¹³, es decir, que pueda retomar su actividad diaria con el máximo grado de salud, gracias a que damos al individuo los conocimientos, la fuerza y la voluntad necesarios para conseguirlo. Consecuentemente, ellas pueden ayudar al incontinente a mejorar su calidad de vida mediante la prevención y, de la misma forma, al asesoramiento cuando la IU ya está instaurada, aportando desde educación sanitaria hasta apoyo personal y alivio en lo que respecta al área psicológica-afectiva. De hecho, enfermería es el colectivo que mayormente presta los cuidados dirigidos a la continencia ⁵.

Por todo lo expuesto anteriormente, el presente trabajo quiere dar respuesta a la pregunta de: ¿cuáles son las intervenciones enfermeras que son efectivas en el cuidado de las mujeres con incontinencia urinaria?

2.Objetivos

2.1. Objetivo general

Identificar las intervenciones enfermeras que son efectivas en la prevención y el manejo de la incontinencia urinaria en mujeres.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar el papel de los profesionales enfermeros en el manejo de la incontinencia urinaria.
- Identificar los factores relacionados a la adherencia de los EMSP.
- Identificar estrategias para la prevención de la IU en el periodo de gestación.
- Identificar la repercusión de la IU en la sexualidad de las mujeres.

3. Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica que pretende plasmar las evidencias científicas que hay hasta el momento sobre el tema planteado.

3.1. Bases de datos

Se han empleado como fuentes de información las bases de datos: CINAHL, Pubmed, BVS, Cuidatge, CUIDEN, Cochrane Library y Tripdatabase.

Para la confección de la introducción también se ha utilizado el motor de búsqueda Google del cual hemos podido obtener guías de práctica clínica, tesis y acceder a diferentes sitios web de interés como al portal de la Asociación Española de Urología y el INE.

3.2. Palabras claves

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda de información para la realización de la revisión bibliográfica se definen en la tabla 1.

Tabla 1. Palabras claves utilizadas.

Castellano	Inglés	Catalán
Incontinencia urinaria	Urinary incontinence	Incontinència urinària
Incontinencia urinaria esfuerzo	Stress Urinary Incontinence	Incontinència urinària d'esforç
Mujeres	Women	Dones
Prevención	Prevention	Prevenció
Enfermería	Nursing	Infermeria
Cuidados de enfermería	Nursing care	Cures d'infermeria
Sexualidad	Sexuality	Sexualitat
Barreras	Barriers	Barreres

Las siguientes palabras no aparecen en la tabla, ya que se han utilizado únicamente para contextualizar el problema en la introducción y no para la búsqueda de artículos de la revisión. Estas son: epidemiología, salud global, factor de riesgo, calidad de vida, educación para la salud y prevalencia.

3.3. Estrategias de búsqueda utilizadas

Una vez seleccionadas las palabras clave se procedió a la búsqueda de artículos. En la tabla 2 se muestran las bases de datos consultadas, la estrategia de búsqueda y en dónde se verá reflejado el resultado de la búsqueda.

Tabla 2. Búsquedas en las diferentes bases de datos.

Bases de datos	Términos, límites y boléanos	Resultados
Pubmed	("Nursing care" [Mesh]) AND "Urinary Incontinence" [Mesh]. 5 años, femenino	18
	"Stress urinary incontinence" AND nursing. 5 años, femenino	26
	"Stress urinary incontinence" AND sexuality.5 años femenino	60
	Nursing AND "urinary incontinence" AND prevention. 5 años, femenino	52
	"Urinary incontinence" AND barriers. 5 años, femenino	18
CINAHL	(MH "Urinary Incontinence") AND "nursing". 2010-2015, catalán, ingles, español, fememino	97
Cuiden	"Incontinencia urinaria" AND enfermería AND mujeres	72
Cuidatge	"Incontinència urinària" AND infermeria	27
Cochrane Library	"Urinary incontinence" OR "Stress urinary incontinence" AND "nursing care". 2010-2015	39
Joanna Briggs Institute	Urinary incontinence	15
Tripdatabase	(urinary incontinence)(Stress urinary incontinence)(nursing care)(women)(nursing)(prevention)	298
Total		722

3.4. Criterios de selección

Los criterios de inclusión para la selección de los documentos han sido los siguientes: artículos que hablen de mujeres, la edad de las cuales estará comprendida entre los 13 hasta mayores de 80 años, es decir, se incluyen desde mujeres desde el periodo adolescente hasta la vejez. Los artículos deberán estar

publicados entre los años 2010 y 2015 siendo los idiomas de estos inglés, castellano o catalán.

A continuación se presentan los criterios de exclusión. No se han incluido que hagan referencia a la incontinencia fecal ni en los que la IU presente patologías asociadas. Tampoco se elegirán los artículos que impliquen un coste, los que hablen concretamente solo de IUU o IUM, ni los que traten sobre el tratamiento quirúrgico y/o el farmacológico, debido a que no son terapias en las que enfermería tenga una actuación propia.

3.5 Gestión de la información

Para gestionar la información se ha utilizado el gestor documental Mendeley, una herramienta que nos permite almacenar los documentos que deseamos, creando así, nuestra base de datos.

Para organizar la información dentro de Mendeley, se han creado diferentes carpetas, cada una con el nombre de una base de datos, en las que se han ido introduciendo los documentos encontrados en las búsquedas.

4.Resultados

Después de realizar la estrategia de búsqueda y haber aplicado los criterios descritos se encontraron un total de 722 artículos en las diferentes bases de datos consultadas. Se han seleccionado para la siguiente revisión bibliográfica 17 artículos. En la tabla 3 puede observarse cuántos artículos fueron seleccionados de cada base de datos.

Tabla 3. Artículos seleccionados por base de datos.

Bases de datos	Resultados	Seleccionados
Pubmed	174	12
CINAHL	97	2
Cuiden	72	0
Cuidatge	27	0
Cochrane Library	39	2
Joanna Briggs Institute	15	0
Tripdatabase	298	1
Total	722	17

De los 17 estudios incluidos, 16 son artículos originales (AO). 15 estudios utilizan metodología cuantitativa (Met Cuan) entre los cuales se encuentran: 1 estudio de Cohortes (Coh), 3 estudios descriptivos (Des), 4 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 7 revisiones sistemáticas (RS). Únicamente, un solo estudio utiliza metodología cualitativa (Met Cual). Por último, se incluyó 1 revisión bibliográfica (RB)

A continuación se presentan los resultados obtenidos ordenados en función de su temática principal. Para favorecer esta organización, la siguiente tabla englobará los estudios en el siguiente orden: estudios que tratan sobre la eficacia y adherencia del tratamiento (color amarillo), estudios sobre la sexualidad en relación a la IU (color rosa), estudios sobre la IU en relación a la gestación (color verde) y, por último, estudios que tratan sobre el papel enfermero ante el manejo de la IU (color azul) (Tabla 4).

Tabla 4. Síntesis de los resultados

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Kargar Jahromi M, et al; 2013. Iran (14)	AO, Met Cuan, ECA	50 mujeres de entre 60 y 74 años que acudían a un centro de día. 25 grupo experimental (GE) y 25 grupo control (GC)	Determinar el efecto de los ejercicios de los músculos pelvianos (EMSP) en la IU mediante el cuestionario ICIQ. La intervención duró dos meses.	En el GE se observó que el entrenamiento disminuyó la IU en cuanto a las pérdidas y la cantidad de las mismas.	El EMSP es un buen método para mejorar la promoción de la salud. El estudio recomienda la implantación de este método en el cuidado de las mujeres mayores.
Liebergall-Wischnitzer M; 2013. Israel (15)	AO, Met Cuan, ECA	143 mujeres con IU de esfuerzo, GE=64 Y 79=GC. Centro de salud	Se comparó el método de fortalecimiento de músculos circulares "Paula" frente a los EMSP en la IUE. El GE se entrenó con el método Paula durante 45 minutos y el GC con los EMSP durante 15 minutos diarios. Ambos los realizaron en su domicilio durante seis meses. Al finalizar se realizó a los participantes una entrevista vía telefónica sobre las pérdida de orina.	Ambos métodos mantuvieron su eficacia después de la intervención. El 39,7% de los participantes del método Paula notificaron menor frecuencia de episodios de incontinencia en comparación con el 22,8% que los que realizaron los otros ejercicios. La mejora en los dos grupos es significativa y ésta no disminuyó a los de los seis meses.	El estudio demuestra que la incontinencia mejora siguiendo los tratamientos conservadores como el método Paula y los ejercicios musculares pelvianos. La frecuencia de la pérdida de orina es la única diferencia significativa entre los dos grupos; sin embargo en cuanto a la eficiencia es menor en el método Paula ya que requiere más consumo de tiempo.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Zisberg A, et al; 2011. Israel (16)	AO, Met Cuan, Coh	352 participantes de 70 o más años ingresados en la unidad de agudos del hospital docente de febrero a noviembre de 2009	Describir el uso de pañales de adultos, sondas y el desarrollo de IU en personas mayores hospitalizadas, quienes notificaron ser continentes al ingreso, para probar la asociación entre su uso y la IU mediante entrevistas realizadas por dos asistentes.	16 participantes desarrollaron IU al alta. De quienes iban solos al baño (267), 26 desarrollaron IU. 58 usaban pañales, de los cuales 21 tuvieron IU. De 27 que utilizaron sonda, apareció IU en 13, de los cuales a 12 la sonda fue colocada por petición médica. La probabilidad de desarrollar IU fue 8.63 y 5.3 veces > si llevaban sonda o pañales respectivamente, en comparación con los que iban solos al baño. La edad, el estado cognitivo, la gravedad de la enfermedad, el tiempo de hospitalización y si se proporcionaba información, también aumentaban estos valores en 2,62 puntos. Mayor dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD) aumentaba el riesgo de IU.	El uso de ayudas para la continencia durante la hospitalización está asociada con resultados negativos. El manejo de la continencia en personas mayores hospitalizadas requiere más cautela y su uso en las unidades de agudos para el cuidado de estas personas debería ser mejor investigado para establecer cuál es el mecanismo que directamente hace que aparezca la IU.
Stenzelius K, et al; 2014. Suecia (17)	AO, Met Cuan, RS	9 ECAs	Investigar el efecto del tratamiento conservador (EMSP, ejercicio físico en combinación con las AVD, entrenamiento para la micción y ayuda para utilizar el baño) para la IU en personas mayores y frágiles.	La realización de EMSP junto con el ejercicio físico hacen que se perciban menos pérdidas de orina y disminuyen más los episodios de IU en todos sus tipos, en comparación con el entrenamiento de vejiga y educación sanitaria. Establecer rutinas para ir al baño en combinación con el ejercicio funcional, mejora la frecuencia de los episodios de IU. No se observó reducción en la frecuencia de las pérdidas cuando se combinó ejercicio físico con entrenamiento en las AVD.	El tratamiento conservador es efectivo ya que reduce la IU. Debería incluirse en las guías de práctica clínica porque cada vez más personas sufrirán incontinencia y esto generará una gran carga económica y psicológica.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Ayeleke RO, et al; 2015. Nueva Zelanda (18)	AO, Met Cuan, RS	13 ensayos	Comparar el efecto que supone realizar una intervención de manera aislada, con la realización de esa misma intervención junto con los EMSP en el manejo de la IU en mujeres.	Las intervenciones que juntamente con los EMSP mejoraban la IU fueron la estimulación eléctrica, el tratamiento con calor y vapor y el cono vaginal aunque en el estudio los resultados no fueron significativos. Analizando la utilización de medicamentos junto con los EMSP solo se obtuvo información sobre efectos adversos. Si se realizaban los ejercicios en combinación con entrenamiento de vejiga, duloxetina o pesarios no se apreciaban diferencias significativas sobre si mejoraba la calidad de vida.	No hay suficientes evidencias que demuestren que sea más efectivo realizar los ejercicios junto con otra intervención o realizar únicamente dicha intervención. En los ensayos analizados tampoco se encontró que realizar solamente los ejercicios tuviera algún efecto adverso.
Dumoulin C, 2014. Canada (19)	AO, Met Cuan, RS	18 ECAs o ensayos casi aleatorizados.	Determinar cuál es el efecto de los EMSP en mujeres con IU (GI) ,en comparación con el uso de placebo, ausencia de tratamiento, tratamiento no controlado (GC). En los diferentes ECAS se compara si hay cura o mejora, la sexualidad, la repercusiones a largo plazo de la intervención, la satisfacción, el número de pérdidas de orina y la adherencia al tratamiento entre el GI y GC.	El (GI) tuvo 8 y 17 veces más curación en topo tipo de IU y solo en la IUU respectivamente en comparación al GC. Se probó que la intervención fue beneficiosa después de cesar el tratamiento al año en todos los tipos de IU. La satisfacción de la intervención fue 3 y 5 veces mayor para todos los tipos de IU y para la IUU respectivamente. Se producía 1 pérdida menos de orina c/24h y 2,5 micciones menos al día en el GI. Un ensayo mostraba mejora en la función sexual (efecto en la vida sexual y menos pérdidas durante las relaciones) en el GI. El uso de diarios miccionales incrementaba la adherencia al tratamiento.	El EMSP es mejor que las otras intervenciones comparadas, ya que las mujeres reportan más curación o mejora, menos pérdidas por día, mejores resultados en la función sexual y mayor satisfacción. Estos ejercicios deberían incluirse en la primera línea de los tratamientos conservadores para la IUE y otros tipos de IU. Se precisa más investigación para saber con certeza si la intervención produce efectos a largo plazo y si es costo efectivo.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Herdeschee R, et al; 2013. Nueva Zelanda (20)	AO, Met Cuan, RS	24 ensayos (casi aleatorizados y ECAs)	Determinar si el <i>feedback</i> o el <i>biofeedback</i> (BF) añaden algún beneficio a los ejercicios del suelo pélvico para mujeres con IU. Para ello, comparan grupos que realicen los EMSP más BF con grupos que sólo realizan los EMSP.	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con y sin BF. Si se obtuvieron diferencias significativas a favor de los EMSP con BF cuando se tuvo en cuenta la variable de auto-percepción de mejora de las mujeres. En los estudios se observó que el contacto con el profesional era predominante en los grupos de BF. En los grupos de BF se apreciaban menos pérdidas de orina (1 menos c/8días) por lo que el BF aumentaba el efecto de los otros ejercicios aunque estos resultados no son concluyentes.	Las mujeres que recibían BF consideraban que habían mejorado por lo que respecta a sus pérdidas de orina, siendo estas pérdidas ligeramente inferiores. El contacto con el profesional puede haber sido una variable que haya interferido en los resultados de los estudios debido a que predominaba en el grupo con BF. Sería preciso tener en cuenta esa variable para futuros estudios.
Borello-France D, et al; 2013. EEUU (21)	AO, Met Cuan, RS	ECA cuyos datos fueron recolectados durante tratamientos ambulatorios de las pérdidas de orina en la IUE (ATLAS)	Describir las tasas, las barreras y predictores de adherencia de los pacientes en la terapia comportamental: EMSP y control de la vejiga.	Durante la intervención menos mujeres volvían a la consulta. Si volvían, la frecuencia de contracciones de 5-6c/semana. A los 3, 6 y 12 meses el 95, 88 y 80% respectivamente continuaban los ejercicios. A las 4 semanas una gran proporción de mujeres reconocía que los ejercicios funcionaban siempre. Las mujeres con menos pérdidas eran las que más adherencia denotaban. Barreras para la adherencia fueron: enfermedad, viajes, fatiga, conflictos personales y aburrimiento; a los 3 meses fueron no estar seguras de cómo hacer los ejercicios, no percibir mejora de la IU y tener la musculatura pélvica más debilitada y, a los 12, problemas para recordar hacer los ejercicios.	Cuando los ejercicios se dan mediante una estrategia de entrenamiento la adherencia puede ser alta y mantenida en el tiempo. La mayoría de mujeres experimenta más de una barrera para realizar regularmente los ejercicios siendo las más comunes recordar hacerlos y dificultad para encontrar tiempo. Las características de las pacientes pueden hacer que haya una menor adherencia. La adherencia a los 12 meses decrece. Los componentes de la terapia comportamental son solo beneficiosos a corto plazo. Se precisa mejorar dicha terapia para ayudar a minimizar las barreras que no generan adherencia.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Liebergall-Wischnitzer M; 2011. Israel (22)	AO, Met Cuan, Desc	187 mujeres entre 20 a 65 años con IU leve o moderada y con o sin prolapso uterino.	El objetivo era evaluar la función sexual de las mujeres con IU mediante los cuestionarios de salud y pérdidas de orina, prolapso del órgano pélvico/cuestionario de incontinencia urinaria sexual (PISQ-12).	En la función sexual, el parámetro con menos puntuación fue el deseo sexual, el cual solo se presentaba a veces. Las preguntas que obtuvieron mayor puntuación correspondían a las respuestas de que nunca evitaban el acto sexual por prolapso de la vagina y que la frecuencia del orgasmo se presentaba a veces y siempre. La mayoría de las mujeres dicen no estar preocupadas por el hecho de tener problemas de incontinencia en sus relaciones sexuales.	En el estudio se ha visto que la IUE leve o moderada en mujeres no afecta la función sexual. Percibir la IU como severa afecta tanto a la función sexual como a la calidad de vida. Por ello, este factor debería incluirse en la valoración de los profesionales. Los profesionales deben tener habilidades para abordar estos temas y, en última instancia, ofrecer tratamiento o derivarlos al profesional más adecuado.
Chen-Cheng S, et al; 2014. Taiwan (23)	AO, Met Cuan, Des	1450 empleadas de entre 20 y 69 años de edad de 2 hospitales docentes de Taiwan.	Investigar la asociación entre IU y la función sexual femenina observando las diferencias entre 4 grupos (grupo sin IU, grupo con IUU, grupo con IUE y grupo con IUM) mediante un cuestionario auto administrado, el cual incluía el Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF).	Los participantes con IUU o IUM obtuvieron menor puntuación en el cuestionario FSIF respecto a los que no tenían IU. El dolor se presentaba en los grupos de IUU y IUM a diferencia de los otros grupos. La lubricación era peor en el grupo con IUU y se relacionó menor deseo sexual con la IUM. La Disfunción Sexual Femenina (DSF) está significativamente asociada a todos los tipos de IU pero fue más prevalente en el grupo con IUU.	La mayoría de los síntomas de IU son de gravedad leve y están relacionados con un ligero aumento de la DSF. El estudio sugiere que a IUU comparte fisiopatología con la DSF por lo que respecta a la lubricación y el dolor en las relaciones sexuales.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Madhu C, et al; 2015. Reino Unido (24)	AO, Met Cuan, Des	11689 mujeres sometidas pruebas de urodinamia que presentaban síntomas del tracto urinario inferior (STUI).	Evaluar los factores de riesgo y anomalías asociadas a la incontinencia urinaria coital (IUC) mediante la comparación de los sujetos que desarrollaron IUC (GE) y los que no la desarrollaron (GC).	En el grupo de mujeres que presentaban IC, el índice de masa corporal (IMC) y la toma de antidepresivos se asociaron a la aparición de IC (32,5% y 12,4% de los casos). De la misma forma, se relacionó con la aparición de IC en este grupo el consumo de tabaco (26,8%), la paridad e histerectomía (28,2%). También en este grupo, se detectaron más quejas en cuanto a los síntomas de la vejiga hiperactiva (65%) y sobre la IUE (95%), incontinencia de estrés urodinámica (IEU) en el 68% e hiperactividad del músculo detrusor en el 47%. La mayoría de mujeres que presentaban IC eran las más jóvenes. En contraposición, el grupo con IC tuvo menos episodios de nocturia que el grupo sin IC.	La IC es común en mujeres de menor edad y que presentan síntomas del tracto urinario bajo. Sobre todo, la IUC parece estar relacionada con la hiperactividad del músculo detrusor y la IEU. Los factores de riesgo relacionados son la paridad, el IMC elevado, consumo de tabaco y uso de antidepresivos.
Sahakian J, Woodward S; 2012. London (25)	AO, Met Cuan, RS	Siete estudios.	Analizar la efectividad de los EMSP durante el embarazo para reducir la probabilidad de IUE en el periodo posparto.	Se observaron evidencias a favor de los EMSP ya que habían mejoras en la IUE en los GI. Los factores que generan discrepancias entre los diferentes artículos son: la intensidad, la duración y la frecuencia con la que se realiza la intervención; el hecho de comprobar o no si se realiza de forma correcta, el estado de salud en referencia a la IU, la duración del seguimiento y las tasas de respuesta. La adherencia es un factor clave que incrementa los beneficios a corto y largo plazo. La motivación es su componente más importante.	Las mujeres que realizan estos ejercicios durante el parto presentan menos síntomas de IUE después del parto. Se precisa establecer una mejor relación entre efectividad y adherencia en las intervenciones ya que esto ayudaría a las enfermeras a comprender mejor cómo llevar a cabo y adquirir habilidades para motivar a los pacientes para realizar esta intervención.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Kocaöz S,etal; 2012. Turquía (26)	AO, Met Cuan, ECA	102 mujeres embarazadas entre 20 y 34 años (GI=52 y GC= 50) que no presentaban IUE	Evaluar el papel de los EMSP en la prevención del desarrollo de IUE en el embarazo y el posparto	El 5,8% de las mujeres del GI desarrolló IUE en la semana de gestación (SG) 28, el 17,3% en la 32 SG y el 1,9% en el posparto a diferencia del GC en los que los porcentajes fueron del 30, 48 y 18 respectivamente. En ambos grupos, las mujeres que desarrollaron IUE verbalizaron que estos episodios sucedían varias veces a la semana durante la SG 28. En la SG 32 y durante el posparto, las pérdidas sucedían una o menos veces durante la semana en el GE, mientras que el GC mantenía el mismo ritmo de pérdidas.	Los EMSP son efectivos para la prevención de IUE durante la gestación y el posparto. No obstante, para obtener resultados con estos ejercicios es necesario entrenamiento en las fases más tempranas y asegurar que se realizan correctamente. Los problemas más importantes para seguir los ejercicios son la motivación y falta de conciencia, tanto de las mujeres como de los profesionales, sobre la importancia de éstos, por lo que se precisa de mayor educación sanitaria y métodos que mantengan la motivación para así incrementar la adherencia.
The Joanna Briggs Institute, 2011. Australia (27)	AO, Met Cuan, RS	21 estudios	Examinar la efectividad de los programas de EMSP en la prevención y tratamiento de la IU en mujeres después del parto.	Los factores que más favorecen la adherencia son dar las instrucciones de una en una, el número de sesiones de instrucción, el <i>feedback</i> respecto a la efectividad del ejercicio y dar material de apoyo como panfletos. Respecto a la efectividad de los EMSP en el posparto se observó que las mujeres que estaban en el GI, presentaban menores incidentes de incontinencia. Otros estudios, sugerían que los ejercicios eran efectivos para tratar la IU antes y después del parto. Los estudios focalizados exclusivamente en el posparto muestran que las mujeres del GI tenían un 20% menos de probabilidades de experimentar incontinencia a los 12 meses posparto que el GC.	Los programas de EMSP son efectivos para prevenir la IU después del parto. Se deben aconsejar estos ejercicios a todas las mujeres presenten o no IU e independientemente de su estado. Durante el período de gestación y posparto es un buen momento para ofrecerlos, ya que la mujer está en contacto con el profesional y este contacto no resulta útil para determinar si los ejercicios se realizan correctamente y con regularidad.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Albert-Heitner P; 2011. Holanda (28)	AO, Met Cual, Grupo focal	6 enfermeras de Atención Primaria (AP)	Exploran las actitudes y experiencias de las enfermeras en el cuidado de la IU y los factores facilitadores y barreras para la implementación de su rol, mediante el modelo Grol con el que se analizaron: las competencias y el valor añadido de las enfermeras especialistas en el cuidado de la IU, la cooperación entre la enfermera especialista y el médico y los factores que las enfermeras creían necesarios para lograr una implementación más amplia en el cuidado de la IU.	Las enfermeras se sienten competentes para proporcionar asesoramiento a los pacientes con IU y consideran que éste es un valor añadido a sus cuidados como profesionales. Además se sienten apreciadas por los pacientes. Creen que en ocasiones los médicos no tienen interés en la IU. Los factores que las enfermeras creen que se deben tener en cuenta para un cuidado efectivo son: tener contacto con el médico, disponibilidad de tiempo, recursos económicos y disponer de un entrenamiento adecuado.	Las enfermeras son competentes a la hora de apoyar al profesional generalista en el cuidado del paciente con IU. El trabajo multidisciplinar es más positivo para el cuidado de la IU.
Albers-Heitner CP, et al ; 2011. Holanda (29)	AO, Met Cuan, ECA	364 mujeres, grupo experimental (GI)=186 y grupo control (GC)=198. Centro de salud y seguimiento durante un año	Determinar si involucrar a una enfermera especialista para adultos con IU reduce la severidad, los síntomas frecuentes y el volumen de las pérdidas en comparación con el cuidado habitual (prescripción de compresas que por el médico). Se usó la versión corta del cuestionario de la consulta internacional de la incontinencia (ICIQ-UI SF).	En ambos grupos se mejoró la puntuación del cuestionario ICIQ a los 3 meses y al año, aunque en el GI a los 3 meses se obtuvo mejor puntuación en los ítems que influían en la modificación de la IU (el tipo de IU e Índice de Masa Corporal (IMC)). Al año, los factores que dificultaron la mejora de la IU fueron la depresión y la ansiedad.	A corto plazo se ha demostrado los beneficios de la inclusión de la enfermera especialista por lo que sería necesario educar a los profesionales sanitarios para que estos beneficios se diesen a largo plazo también. Se deben elaborar estrategias que incidan en los factores modificables para tratar la IU. Se precisa de más investigación para determinar si la inclusión de la enfermera es costo-efectiva.

Autor, Año, País	Tipo de artículo Diseño	Sujetos Ámbito	Variables/ Dimensiones Intervención	Resultados	Conclusiones/ Implicaciones práctica/ investigación
Blanchette KA; 2012. EEUU (30)	AO, Met Cuan, RB	16 artículos obtenidos de las bases de datos CINAHL y Medline centrados en el manejo de la IU usando estrategias del cuidado enfermero	Revisar las estrategias del cuidado enfermero aplicadas a los pacientes que se utilizan para el manejo de la IU.	<p>En la revisión se han encontrado principalmente 5 medidas que exacerban la IU:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La medicación de la que resaltan los diuréticos, anti hipertensivos, opiáceos y benzodiacepinas (BDZ), etc por contribuir a la aparición de la IU. 2. Causas que producen IU transitoriamente como el delirium, infecciones urinarias, uretritis atrófica, vaginitis, depresión, trastornos endocrinos y discapacidad psicomotora. 3. Los programas de vaciado. Establecer tiempos de vaciado es efectivo para el manejo de IU tanto en pacientes con buen estado cognitivo como los que no lo tienen. Consigue que el paciente sea consciente y pida ayuda ante la necesidad de orinar. 4. Se resalta la importancia de conocer ciertos alimentos que pueden favorecer la IU como lo son sustitutivos del azúcar, alimentos picantes o ácidos, cafeína y alcohol. 5. El uso de sonda debería estar limitado, ya que dificulta la detección de IU. 	<p>Es importante que las enfermeras reciban educación específica para manejar estos casos y reducirlos. Por ello, deben conocer los medicamentos, alimentos y situaciones temporales que propician la IU, profundizar en las estrategias para su control y evitar el uso de sondas.</p> <p>Se precisan de más estudios que determinen que factores están más estrechamente relacionados con la IU para poder modificarlos e implantar cambios en la práctica utilizando los de mayor eficacia.</p>

5. Discusión

Los cuidados dirigidos a la continencia son dados mayormente por enfermeras ⁵. La falta de conciencia ante el problema de la IU hace que, en ocasiones, tanto los profesionales como los pacientes no le dan la importancia que tiene ^{5, 28}. Esto conlleva un problema, ya que pese a que hay intervenciones eficaces, los profesionales no las transmiten a los pacientes ni aplican estrategias para favorecer el seguimiento y la adherencia al tratamiento, los cuales son factores que impiden que las mujeres acaben obteniendo beneficios como aumento de la calidad de vida, mejora en la sexualidad o prevenir nuevos casos derivados de situaciones específicas como la gestación ²¹.

5.1. Manejo de los profesionales enfermeros de la IU

Pese a que las enfermeras son quienes conducen el cuidado para la IU, existe dificultad para identificar los casos. Por ello, es necesario que tengan más conocimientos y educación sobre el tema para asesorar, proporcionar estrategias e identificar los factores que influyen en la aparición y/o agravan la IU en los diferentes pacientes ^{28, 30}. Albers-Heitner revela en su artículo que cuando se involucra a una enfermera especializada sobre la materia en el cuidado de los pacientes incontinentes, los resultados son positivos a corto plazo, en comparación con el cuidado habitual dado por el médico que suele ser la prescripción de compresas. Estos resultados positivos se observan particularmente a los tres meses; ya que la puntuación obtenida en los cuestionarios fue superior en lo que respecta a la gravedad del tipo de IU y el IMC. A largo plazo, los factores que dificultan la mejora de la IU fueron la depresión y la ansiedad, factores que pueden ser modificables, por lo que se requiere la elaboración de mejores estrategias para poder controlarlos ².

Dentro del ámbito hospitalario, la enfermera debe actuar cautelosamente frente a los casos de IU, controlando los factores susceptibles que la generan. Factores a destacar son el control en el uso y las dosis de la medicación, especialmente de diuréticos, anti hipertensivos, opiáceos y benzodiacepinas; el control de situaciones que propician la aparición transitoria de IU como el delirium, discapacidad motora, depresión y trastornos endocrinos; establecer estrategias que fomenten el vaciado como la planificación de horarios para utilizar el lavabo

y controlar el uso del sondaje vesical, que además de facilitar la IU, impide su detección y hace al paciente más propenso a sufrir una infección. Aunque se han analizado estos factores aún no se sabe con exactitud cuál de ellos influye en la aparición de IU de forma más decisiva, por lo que se requiere de más investigación al respecto ³⁰.

Las enfermeras por si solas son competentes para manejar la IU desde su rol autónomo pero también es importante analizar su papel des del rol multidisciplinar. El trabajo en equipo junto con otros profesionales resulta también positivo en el control de la IU. Aún así, parece que las enfermeras perciben que los médicos restan importancia a este problema de salud, lo cual genera una barrera ante el cuidado del paciente. Por ello, todos los profesionales implicados en el trato de la IU deberían recibir la información necesaria para concienciarse sobre el problema y así favorecer a un mejor abordaje conjunto que permita al paciente obtener el mayor beneficio posible. Otros factores clave a tener en cuenta para que el abordaje de ambos profesionales sea efectivo, son la disponibilidad del tiempo adecuado para tratar a cada paciente y tener al alcance los recursos económicos necesarios. Es importante recordar que el uso de material dirigido a la continencia genera una gran carga económica y que se debería evaluar si la inclusión de recursos humanos, en este caso de enfermeras, es costo-efectiva ^{7, 28, 29}.

5.2. Intervenciones efectivas en el tratamiento de la IU

Una estrategia que es efectiva para el tratamiento de la IU es la realización de los ejercicios de los músculos del suelo pélvico, solos o en combinación con alguna otra intervención.

-Ejercicios de los músculos del suelo pélvico.

Los estudios analizados prueban la efectividad de los EMSP como tratamiento de la IU, siendo efectivos tanto como para reducir las pérdidas de orina en cantidad ¹⁹ como para reducir la frecuencia de las mismas ^{14, 15}. De hecho, hay evidencias a favor de que es mejor realizar los EMSP que no el hecho de no aplicar ningún tipo de tratamiento o el uso de placebo ya que, en todo tipo de IU, se observó más curación y satisfacción, especialmente en la IUU, por lo que las

mujeres con este tipo de incontinencia posiblemente son las que más se benefician con los EMSP ¹⁹.

En cuanto a la práctica de estos ejercicios no se han descrito efectos adversos que puedan producirse en la persona durante su realización ¹⁸.

-EMSP combinados con otras intervenciones.

- La estimulación eléctrica en la IUE, el tratamiento con calor, el vapor y el cono vaginal no mostraron diferencias significativas en el estudio cuando éstas se combinaban con los EMSP pese a que las mujeres verbalizaban una mejora. Lo mismo sucedió cuando se analizaron los EMSP en conjunto con la administración de duloxetina, el entrenamiento de vejiga y los pesarios ¹⁸.

- La realización de ejercicio físico, ejercicio funcional y el establecimiento de rutinas para ir al baño son estrategias que potencian el efecto de los EMSP debido a que consiguen reducir más las pérdidas de orina y aumentar la rapidez para llegar al baño. Además, se encuentra que son más efectivas que el hecho de dar educación sanitaria junto con entrenamiento de vejiga ¹⁷.

-El *biofeedback* potenciaba el efecto de los EMSP al conseguir reducir las pérdidas de orina pese a que los estudios no son concluyentes. El hecho de que durante la realización de esta intervención los profesionales estuviesen más en contacto con las mujeres se debe tener en cuenta ya que esta es una variable que ha podido alterar los resultados. Esto favorecería la idea de que incluir a un profesional especialista en IU sería favorable para aumentar la eficacia de la intervención ²⁰.

-Método Paula.

El único tratamiento que parece ser aún más efectivo que los EMSP es el método Paula “movimiento de los músculos circulares o esfínteres” con el cual se disminuye la frecuencia de los episodios de IU más que con EMSP. No obstante, requiere mucho más tiempo para realizarlo que los EMSP ¹⁵.

-Adherencia a los EMSP.

Aunque haya intervenciones más eficaces que otras, no siempre se debe elegir la más reparadora sino la que garantice la mayor adherencia y seguimiento para que la intervención se mantenga en el tiempo y, realmente, pueda ofrecerle

todos los beneficios a la mujer. Borello-France et al, describen que durante el seguimiento cada vez menos mujeres volvían a la consulta y que, a medida que pasaba el tiempo, el porcentaje de mujeres que realizaban los ejercicios decrecía al año. Esto parece indicar que se necesita reforzar el seguimiento para que no siga decreciendo con el tiempo, requiriendo implicación tanto por parte de los profesionales como de los pacientes ²¹.

Los factores que están relacionados con la disminución de la adherencia son: el olvidar como realizar los ejercicios, padecer una enfermedad, los viajes, la fatiga, los conflictos personales, el aburrimiento y propias características de cada mujer. Dependiendo del tiempo que pase desde que se realiza la intervención predominan más algunos factores que otros: a las 4 semanas una gran proporción de mujeres reconocía que los ejercicios funcionaban siempre, por lo que, este es un buen momento para reforzar la motivación porque favorece la fase de mantenimiento de la conducta. A los 3 meses, los factores encontrados fueron: no estar seguras de cómo hacer los ejercicios, tener la percepción de que no estaban mejorando su IU y tener la musculatura pélvica más debilitada. En este momento podría ser de gran interés reforzar la educación sanitaria para favorecer el correcto ejercicio realizado por la mujer. Por último, a los 12 meses, la barrera más significativa fue tener problemas para recordar los ejercicios, por lo que realizar un seguimiento mantenido en el tiempo sería necesario para hacer hincapié sobre la importancia de los ejercicios y ofrecer siempre esta recomendación ²¹.

Por otra parte, encontramos factores que favorecen la adherencia a los ejercicios: la forma en la que se trasmite la información, la cual es mejor darla poco a poco y ofrecer soporte material como panfletos informativos; la retroacción entre el profesional y la mujer, particularmente cuando se comunica que estos ejercicios están siendo efectivos, y el hecho de realizar un seguimiento y sesiones para enseñar a las mujeres cómo hacer los ejercicios. Pese a que no se menciona cual sería la cantidad más adecuada, los protocolos de los estudios analizados por Dumoulin et al, sugieren que el seguimiento tiene una duración de 6 a 12 semanas con sesiones de 1 a 4 veces a la semana con una duración entre 20 y 60 minutos. Durante esos períodos, se utilizaron llamadas telefónicas para recordar los ejercicios y comprobaciones sobre si se realizaban

correctamente los EMSP, medidas que podrían ayudar a decrecer los factores que disminuyen la adherencia ^{19, 27}.

Pese a la descripción de los factores adversos para la adherencia y saber que conforme avanza el tiempo ésta es menor, se necesitan más investigaciones para establecer si los tratamientos para la IU son efectivo o no a largo plazo, ya que los estudios analizados no realizaban un análisis superior a 12 meses de intervención. Varios artículos recomiendan que estos ejercicios deben incluirse en el cuidado de mujeres mayores ¹⁴ y en guías de práctica clínica, ya que además de ser un tratamiento para la IU, ayudaría a reducir la carga psicológica y económica que esta genera ¹⁷.

-Ayudas para la continencia.

Las ayudas para la continencia, como son los pañales y las sondas, se han de utilizar con cuidado porque pueden favorecer la aparición de IU o empeorarla, en particular, en adultos hospitalizados de mayor edad que no habían experimentado incontinencia con anterioridad. Aunque se ha visto esta relación, no se sabe con certeza qué es específicamente lo que produce la IU. Otros factores como la edad, el estado cognitivo, la gravedad de la enfermedad, el tiempo de hospitalización y si se proporcionaba información, también aumentaban la probabilidad de que las ayudas para la continencia generen IU. De igual forma, la dependencia en las AVD influye en la aparición de IU ¹⁶. Pese a que en los artículos no se ha mencionado que se realice la valoración enfermera, esta sería una buena herramienta para poder valorar si existe dependencia y la IU.

5.3. Gestación e incontinencia urinaria

El aumento de peso en la gestación y los cambios que se suceden en el parto, así como en el posparto, hacen que el suelo pélvico se vea afectado potenciando la inducción de la IU ²⁶.

La realización de los EMSP son efectivos para el control y la prevención de la IU, en especial de la IUE, tanto durante la gestación como en el posparto ^{25, 26, 27}. Se ha observado que la práctica de estos ejercicios por parte de mujeres embarazadas, empieza a ser efectiva a partir de la semana 28 de gestación, en la que el número de pérdidas de orina es experimentado con menor frecuencia.

Además, ayudan a que disminuya la probabilidad de experimentar IU al cabo de un año después del parto ^{26, 27}.

No obstante, el mero hecho de realizar los ejercicios no es efectivo si no se tienen en cuenta factores como la intensidad, duración, frecuencia de la intervención, comprobar que la ejecución es correcta, el estado de IU en el que se encuentra la mujer, la duración del seguimiento y la respuesta al mismo, así como la motivación y la adherencia ^{25, 26, 27}.

Dado que se puede perder el contacto con las mujeres en las consultas habituales sobre la incontinencia, la gestación resulta un momento óptimo para garantizar el contacto con la embarazada y poder tener en cuenta los factores anteriormente comentados para garantizar el éxito de la intervención. De cualquier forma, los factores de motivación y adherencia parecen ser los más problemáticos por lo que se requerirían más estrategias para garantizar se mantengan a largo plazo.

5.4. Sexualidad e incontinencia urinaria

La IU puede ocasionar efectos negativos en las relaciones sexuales y en la propia sexualidad de la mujer en cuanto la libido, la excitación y el orgasmo.

Aunque se padezca IU, esta no parece ser un impedimento para que las mujeres se priven de mantener relaciones sexuales. Esto en parte se debe a que las mujeres no muestran excesiva preocupación por este tema y perciben la IU como un problema de escasa relevancia ¹¹.

El grado de severidad de la IU es un factor que influencia la percepción de la mujer sobre la afectación en su función sexual y en su calidad de vida, de la misma forma que el impacto psicológico, el miedo, la vergüenza, la ansiedad, la pérdida de confianza y la alteración de la autoimagen también son percepciones de la mujer que promueven el aumento de la probabilidad de aparición de disfunción sexual femenina (DSF), la cual se ha relacionado con todo tipo de IU ⁽²³⁾. En el caso de la IUE, si es de leve a moderada, no afecta a la función sexual ⁽²²⁾. El único tipo de incontinencia que influye específicamente en algún factor concreto de la respuesta sexual es la IUU, que afecta a la lubricación y produce dispareunia. La IUM se ha asociado a la insatisfacción sexual pero los resultados observados no son significativos ²³.

La incontinencia urinaria puede aparecer durante el coito. Este tipo de IU es la denominada incontinencia urinaria coital (IUC) ^{11, 24}. Factores que favorecen la IUC son: un IMC elevado; la toma de medicación, en especial de antidepresivos; el consumo de tabaco, la historia de histerectomía y la paridad ^(23, 24). Las pérdidas de orina en el coito también se han asociado, sobre todo, con la hiperactividad del músculo detrusor y a la IUE, ya que fueron las mujeres que tenían estas características las que más quejas reportaban. Las muestras utilizadas en los estudios presentaban diferencias en las edades de las mujeres. Pese a esto, todas coincidían en que presentaban los mismos factores de riesgo. Esto puede indicarnos que es necesario prevenir estos factores de forma precoz para evitar la aparición de IUC en edades más tempranas ^{23, 24}.

5.5 Limitaciones de la revisión bibliográfica

Esta revisión bibliográfica está sujeta a posibles limitaciones. No se han encontrado artículos en español ni en catalán. No obstante, sí se ha incluido una tesis en español del año 2013 para la confección de la introducción. La búsqueda se ha centrado en las bases de datos y no se ha realizado una búsqueda exhaustiva, puesto que no se ha incluido la literatura gris.

El tiempo de búsqueda se ha limitado a los estudios más actuales, los últimos cinco años; sin embargo se han incluido 7 revisiones sistemáticas que abarcan estudios que aportan evidencia de años previos.

Las palabras claves quizás deban replantearse para futuras revisiones ya que la búsqueda ha quedado muy limitada a la incontinencia urinaria de esfuerzo.

6. Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones de esta revisión bibliográfica:

- Las intervenciones enfermeras que han resultado ser efectivas en la prevención y manejo de la IU han sido el método Paula y los EMSP, tanto solos como acompañados de ejercicio físico o funcional, rutinas para ir al baño y *biofeedback*. Las ayudas para la continencia no deben utilizarse como tratamiento de primera línea por su posible efecto inductor de IU.
- Es necesario mantener la adherencia al tratamiento de los EMSP mediante programas de seguimiento y educación para dar soporte a las mujeres y minimizar los factores adversos que decrecen la adherencia.
- La inclusión de enfermeras para tratar la incontinencia urinaria, así como el trabajo multidisciplinar con otros profesionales, ha resultado ser positivo a corto plazo, ya que se consigue reducir la gravedad y los factores externos que pueden empeorar la incontinencia urinaria.
- La gestación y el posparto son momentos oportunos para introducir los EMSP, que han demostrado ser eficaces, tanto para prevenir la IU en ese momento como posteriormente.
- En la función sexual influyen varios aspectos los cuales son susceptibles de ser modificados con la ayuda de un profesional. La IUU parece ser la única que influye específicamente en algún componente de la respuesta sexual femenina. La prevención es un factor clave para prevenir las pérdidas durante el coito y la gravedad de la IU.

6.1 Implicaciones para la práctica clínica

La IU es un problema que continuará creciendo a medida que avancen los años. Por ello, es importante que las enfermeras le presten la atención necesaria para poder así disminuir el impacto que puede producir en la persona tanto física como psicosocialmente, y conseguir reducir a su vez la carga económica que pueda suponer.

Es necesario una mayor concienciación de las enfermeras, y más específicamente de las matronas, las cuales son más cercanas a las mujeres, en

la valoración o asesoramiento de los casos de IU para que reconozcan los momentos y factores que pueden inducir su aparición o agravarla.

En la práctica de enfermeras y matronas es importante realizar un seguimiento y motivar a las pacientes, ya que, estos factores pueden garantizar el éxito de las intervenciones, y por último, mostrar que los EMSP son efectivos ante la IU, tal y como recomienda el documento de consenso para la prevención, valoración i detección de las disfunciones del suelo pélvico de la *Associació Catalana de Llevadores*³¹.

6.2 Implicaciones para la investigación

Sería necesario realizar estudios sobre la eficacia a largo plazo de las intervenciones, ya que en los estudios analizados está información no constaba.

También hace falta investigar si los profesionales siguen las recomendaciones y las transmiten a sus pacientes sería una buena forma de evaluar su implicación ante el manejo de la IU; analizar los recursos que se utilizan para informar y dar apoyo a los pacientes; buscar cuáles son las mejores estrategias para mantener la adherencia y el seguimiento, ya que parecen ser factores claves en la intervención y explorar cuánto podría reducirse el coste sanitario con la implicación de los enfermeros/as.

Por último, sería interesante realizar algún tipo de investigación donde se reflejase específicamente el papel de la enfermera o la matrona en materia de IU, ya que en el trascurso de la revisión, no se han encontrado estudios que hablen, en concreto, de la función de estos profesionales.

7. Plan de difusión

Esta revisión pretende dar a conocer cuál son las intervenciones enfermeras eficaces ante la IU y está dirigida a enfermeras y matronas especialmente, aunque también a cualquier profesional que se encuentre frente a un caso de IU. Este documento puede resultar de ayuda para concienciar a los profesionales sobre el problema y también para establecer pautas de actuación para el tratamiento y prevención de la IU basándose en la evidencia disponible.

La revisión será expuesta ante un tribunal de profesores universitarios especializados en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva mediante la defensa del tema en una exposición oral.

7.1 Congresos científicos

Esta revisión puede ser presentada en:

- ADEIC: “II Jornada de estudiantes de enfermería del ADEIC” que se celebrará el 18 mayo de 2016 en el Campus Mar de Barcelona.
- Investén: XIX Encuentro de investigación de cuidados que se celebrará en A Coruña del 15 al 18 de noviembre del 2016.

7.2 Revistas científicas

Revistas científicas en las que se podría incluir esta revisión podrían ser:

- “Agora de enfermería”.
- “Nure Investigación”.
- “Matronas profesión”.

8. Bibliografía

1. Franco de Castro A, Peri Cusí L, Alcaraz Asensio A. Incontinencia urinaria. Asoc Española Urol [Internet]. 2009 [citado 17 Oct 2015]; [aprox. 28 p.]. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev%281%29.pdf
2. Hayder D. The Effects of Urinary Incontinence on Sexuality. Seeking on intimate partnership. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. Set-Oct 2012 [citado 2015 Oct 11]; 39(5):539–44. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00152192-201209000-00016>
3. Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2015 [citado 2015 Oct 11]; 143(5):203-12. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n2/art08.pdf>
4. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. BJU Int [Internet]. 2011 [citado 2015 Oct 10]; 108: 1132-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21231991>
5. Gemmill R, Wells A. Promotion of Urinary Continence Worldwide Continence Care : Historical. Urol Nurs [Internet]. Nov-Dic 2010 [citado 2015 2015 Oct 11]; 30(6) : [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21261193>
6. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Wein AJ. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. Eur Urol [Internet]. Ago 2013 [citado 2015 Oct 10]; 65(1):79-95. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283813008592>
7. Fuentelsaz-Gallego C. Prevalencia e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres adultas (de 30 a 80 años), adolescentes (de 16 a 18 años) y deportistas de élite, residentes en las ciudades de Madrid, Barcelona y Palma de Mallorca [tesis].Univerisdad Rey Juan Carlos; 2013.
8. Chiarelli P, Weatherall M. The link between chronic conditions and urinary incontinence. ANZCJ [Internet]. 2010 [citado 2015 Oct 11]; 16(1):7-14. Disponible

en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010589493&site=e=ehost-live>

9. INE [Internet]. INE; c 2016 [actualizado 2016; citado 2015 Dic 13]. . Encuesta de Salud Europea 2014. Estado de Salud: Cifras absolutas. Enfermedades crónicas. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2014/p01/l0/&file=02010.px>

10. Espuña-Pons M, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña [Internet]. Ago 2009 [citado 2016 Mar 6]; 133(18):7-57. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13142929&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=40&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v133n18a13142929pdf001.pdf

11. Lise Hermansen I, O O'Connell B, J Gaskin C. Women's explanations for urinary incontinence, their management strategies, and their quality of life during the postpartum period. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. May-Abr 2010; 37(2):187-92. Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com.sire.ub.edu/ehost/detail/detail?vid=7&sid=3e0533a7-fa9a-40ca-848a-3c4d4510ccf5%40sessionmgr4003&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZZy29wZT1zaXRI#AN=105154998&db=c8h>

12. Pintado Vázquez S. Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. Rev Int Andrología [Internet]. 2007 [citado 2015 Oct 3]; 5(3):289-96. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1698031X07740724>

13. Thüroff JW, Abrams P, Andersson K-E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urológicas Españolas [Internet]. Mar 2011 [citado 2015 Oct 17]; 35(7):373-88. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210480611001574>

14. Kargar Jahromi M, Talebizadeh M, Mirzaei M. The Effect of Pelvic Muscle Exercises on Urinary Incontinency and Self-Esteem of Elderly Females With Stress Urinary Incontinency, 2013. *Glob J Health Sci* [Internet]. Sep 2014 [citado 2015 Dic 5]; 7(2):71-79. Disponible en: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/38732>
15. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Lavy Y, Shveiky D, Manor O, Hochner-Celnikier D. Long-term Efficacy of Paula Method as Compared With Pelvic Floor Muscle Training for Stress Urinary Incontinence in Women A 6-Month Follow-up. *J Wound Ostomy Continenence Nurs* [Internet]. Ene-Feb 2013 [citado 2015 Dic 5]; 40(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23222967>
16. Zisberg A, Gary S, Gur-Yaish N, Admi H, Shadmi E. In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. Jun 2011 [citado 2015 Dic 5]; 59(6):90-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21649620>
17. Stenzelius K, Molander U, Odeberg J, Hammarström M, Franzen K, Midlöv P, et al. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age Ageing* [Internet]. Jun 2015 [citado 2015 Dic 5]; 44(5):736-44. Disponible en: <http://www.ageing.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/ageing/afv070>
18. Ayeleke Reuben O, Hay-Smith E. Jean C, Omar Muhammad I. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. May 2015 [citado 2015 Dic 5]; (11):[aprox. 4p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010551.pub2/abstract>
19. Dumoulin C, Hay-Smith EJC, G Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [citado 2015 Dic 5]; (5):1-119. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub3>
20. Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2013;30(7):325-29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735442>

21. Borello-France D, Burgio KL, Goode PS, Ye W, Weidner AC, Lukacz ES, et al. Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors. *Phys Ther* [Internet]. Jun 2013 [citado 2015 Dic 28]; 93(6):757-73. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3664038&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
22. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Manor O, Woloski Wruble AC. Sexual function and quality of life for women with mild-to-moderate stress urinary incontinence. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. Set-Oct 2011 [citado 2015 Dic 5]; 56(5):461-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23181643>
23. Su C-C, Sun BY-C, Jiann B-P. Association of urinary incontinence and sexual function in women. *Int J Urol* [Internet]. Ago 2014 [citado 2015 Dic 5]; 22(1):109-13. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/iju.12610>
24. Madhu C, Hashim H, Enki D, Yaasin M, Drake M. Coital Incontinence: What Can We Learn From Urodynamic Assessment?. *Female Urology* [Internet]. Feb 2015 [citado 2016 Ene 26]; 85(5):1034-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2015.02.007>
25. Sahakian, J. & Woodward S. Stress incontinence and pelvic floor exercises in pregnancy. *Br J Nurs* [Internet]. Set 2012 [citado 2015 Dic 5]; 21(18):10-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23123811>
26. Kocaöz S, Eroglu K, Sivaslioglu AA. Role of Pelvic Floor Muscle Exercises in the Prevention of Stress Urinary Incontinence during Pregnancy and the Postpartum Period. *Gynecol Obstet Invest* [Internet]. Ago 2012 [citado 2016 Ene 26]; 75(1):34-40. Disponible en: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000343038>
27. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: The effectiveness of pelvic floor muscle exercises on urinary incontinence in women following childbirth. *Nurs Health Sci* [Internet]. May 2011 [citado 2016 Ene 26]; 13:378-81. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1442-2018.2011.00617.x>
28. Albers-Heitner PCP, Lagro-Janssen T a LM, Joore MM a, Berghmans BLCM, Nieman FF, Venema PPL, et al. Effectiveness of involving a nurse specialist for

patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *Int J Clin Pract* [Internet]. Jun 2011 [citado 2015 Dic 5]; 65(6): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21564445>

29. Albers-Heitner PCP, Lagro-Janssen T a. LM, Venema PPL, Berghmans BLCM, Winkens RR a. G, de Jonge A a., et al. Experiences and attitudes of nurse specialists in primary care regarding their role in care for patients with urinary incontinence. *Scand J Caring Sci* [Internet]. Jul 2011 [citado 2015 Dic 5]; 25(2) : 303-310. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2010.00827.x>

30. Blanchette K. Exploration of Nursing Care Strategies for the Management Of Urinary Incontinence in Hospitalized Women. *Urol Nurs* [Internet]. Set-Oct 2012 [citado 2016 Ene 26]; 32(5):256-71. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011703682&lang=es&site=ehost-live&scope=site\nhttp://0-content.ebscohost.com.jabega.uma.es/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2011703682&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMTo50Sep7E40dvuOLCmr0uep7RSrqq4Sba>

31. Associació Catalana de Llevadores [Internet]. Barcelona; 2015 [actualizado 2015; citado 2016 Feb 27]. Publicacions ACL; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.llevadores.cat/publicacions/2012-06-30-05-11-38/241-document-de-consens-per-a-la-prevencio-valoracio-i-deteccio-de-les-disfuncions-del-sol-pelvia>