

INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

**ASPECTOS PSICOSOCIOCULTURALES, CALIDAD DE
VIDA Y SU VALORACIÓN**

Alumno: Manuel Diego Herrero

Directora: Miryam González Cebrián

Junio 2013



**Trabajo de Fin de Grado. Departamento de Enfermería.
Universidad de Cantabria.**

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
METODOLOGÍA	4
DESARROLLO	5
1. ETIOLOGÍA	5
2. TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA	5
3. FACTORES DE RIESGO	6
3.1. Factores no modificables	6
3.2. Factores modificables	7
4. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA	8
4.1. Valoración general y dirigida	8
4.2. Exploración física	11
4.3. Cuestionarios de valoración de la Calidad de Vida	14
5. AFECTACIÓN EN LA CALIDAD Y ESTILO DE VIDA: ASPECTOS PSICOSOCIOCULTURALES	19
5.1. Experiencias según el grupo de edad	20
5.2. Experiencias culturales-religiosas	21
5.3. Experiencias relacionadas con el autocuidado	21
6. PREVENCIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	22
6.1. Prevención	22
6.2. Intervenciones de enfermería	23
6.2.1. Modificación de los hábitos de vida	24
6.2.2. Medidas de modificación de conducta	26
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	40
Anexo 1: Test de Katz.	40
Anexo 2: Mini Mental State Examination.	42
Anexo 3: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form.	45
Anexo 4: Kings Health Questionnaire.	47
Anexo 5: EuroQoL-5 dimensiones.	54
Anexo 6: Cuestionario de Salud SF-36.	56
Anexo 7: Índice de Función Sexual Femenina.	65

RESUMEN

La incontinencia urinaria es una alteración que afecta a todos los grupos de población. El análisis realizado muestra que su prevalencia en España oscila entre un 25 y un 45%, afectando al 23% de las mujeres mayores de 40 años. Aunque los artículos apuntan que la incontinencia urinaria no implica un pronóstico de gravedad, sus síntomas conllevan frecuentemente sentimientos de ansiedad y depresión, hecho que termina por afectar a nivel físico, psicológico, social, cultural, sexual y en el desempeño del rol. Un 71% de las pacientes que conviven con este problema se sienten cohibidas de hablar sobre ello con sus familiares, amigos o profesionales de la salud; conviviendo con este problema por muchos años, sin pedir ayuda y considerando la situación como algo normal.

El objetivo principal de esta revisión se centra en el análisis de los aspectos psicosocioculturales y efectos negativos en la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria, y, como objetivos secundarios, destacar el conocimiento de la valoración exhaustiva de este tipo de pacientes mediante el uso de cuestionarios específicos y generales, la correcta elaboración de una historia clínica, los cuidados específicos que requieren estas pacientes y la educación para la salud en el autocuidado de la incontinencia.

Palabras clave: incontinencia urinaria, adaptación psicológica, calidad de vida, enfermería, cuestionario.

ABSTRACT

Urinary incontinence is a disorder that affects all population groups. The analysis shows that the prevalence in Spain is between 25 and 45%, affecting 23% of women older than 40 years. Although the articles suggest that urinary incontinence does not involve severe prognosis, symptoms often carry feelings of anxiety and depression, a situation that ends up doing impact on the physical, psychological, social, cultural, sexual and personal role. The 71% of patients that living with this problem feel inhibited to talk about it with your family, friends or health professionals; living with this problem for many years, without asking for help, and considering the situation as normal.

The main objective of this review focuses on the analysis of the psychosocioculturals aspects and negative effects on the quality of life of women with urinary incontinence, and, secondary objectives, highlight the knowledge of the comprehensive assessment of these patients using general and specific questionnaires, the correct elaboration of a clinical history, specific care required for these patients and the health education in self-care of incontinence.

Keywords: urinary incontinence, psychological adaptation, quality of life, nursing, questionnaires.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es un problema frecuente que afecta a todos los grupos de población, edades y sexos. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, estimándose que una de cada cinco mujeres de 30 a 50 años ha pasado por algún episodio⁽¹⁾. Se trata de una patología importante por su frecuencia, gravedad, connotaciones psicosociales y económicas; en España se estima que el número de personas incontinentes se aproxima a los dos millones, lo que hace que debamos remarcar las grandes diferencias existentes entre los distintos grupos afectados.

En 2002 la IU fue definida, según la International Continence Society (ICS), como: *Pérdida de orina de manera involuntaria, objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico*⁽²⁾. A su vez, la ICS también acordó que su clasificación y gestión se realizase acorde a criterios urodinámicos, obteniéndose homogeneidad en su uso clínico y permitiendo que todas las investigaciones fuesen comparables^(1,3).

La prevalencia de la IU en España, según la bibliografía revisada, tiende a ser variable; y esto se debe principalmente a: los tipos de población estudiada, los métodos de obtención de datos, la ausencia en la generalización de la definición operativa propuesta por la ICS, el tipo de incontinencia y su baja notificación^(1,4). El análisis realizado muestra que la prevalencia de la IU en España oscila entre un 25 y un 45%⁽⁵⁾, siendo afectadas aproximadamente el 23% de las mujeres mayores de 40 años⁽⁶⁾; datos que difieren en estudios internacionales, donde se estima que la prevalencia afecta entre un 21 y un 60% de la población⁽²⁾. Lo cierto, es que puede afirmarse que hoy en día no existen estudios exhaustivos que calculen la prevalencia de la IU en la población española incluyendo todos los grupos de edad y tipos de incontinencia, aunque los estudios realizados a partir del 2002 son más uniformes y siguen el criterio propuesto por la ICS⁽⁶⁾.

Aunque los artículos apuntan a que la IU no implica un pronóstico de gravedad, sí que supone una alteración que repercute de manera importante en la calidad de vida (CV) de los pacientes, afecta a su autonomía y vida cotidiana, merma su autoestima, provoca alteraciones del sueño y sentimientos de vergüenza que favorecen el aislamiento de las personas que la padecen^(4,6-8). Estas consecuencias ponen de manifiesto que nos encontramos ante un trastorno poco estudiado pero de gran importancia si se tiene en cuenta la relación entre sus repercusiones psicosociales⁽⁹⁾, el deterioro en la CV y el impacto económico que supone⁽⁷⁾ (3,2% del total de la prestación farmacéutica de 2001⁽⁴⁾). Es por ello que, este tipo de trastornos, se asocian significativamente a síntomas depresivos y sentimientos de ansiedad, que terminan por afectar a nivel físico, psicológico, social, cultural, sexual y en el desempleo del rol^(7,9-11).

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica se centra en el análisis de los aspectos psicosocioculturales y efectos negativos en la CV de las mujeres que padecen IU, de modo que se pueda evidenciar la gran repercusión de este trastorno. Es importante realizar un buen diagnóstico precoz, ya que existen tratamientos muy eficaces y aunque es una enfermedad con un buen pronóstico, tiende a estar infradiagnosticada, ya sea por error del equipo asistencial, factores asociados al paciente o la realización de una mala intervención⁽⁴⁾. Como objetivos secundarios pueden destacarse el conocimiento de la valoración exhaustiva de este tipo de pacientes mediante el uso de cuestionarios específicos y generales, la correcta elaboración de una historia clínica (HC), los cuidados específicos que requieren las pacientes y la educación para la salud (EpS) en el autocuidado de la IU. Es importante tener en cuenta que la nueva concepción de salud engloba una mayor comprensión de los aspectos sociales, tomando como eje primordial la información al paciente para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Muchas pacientes que conviven con este problema se sienten cohibidas de hablar sobre ello con sus familiares, amigos o profesionales de la salud; conviviendo con este problema por

muchos años, sin pedir ayuda y considerando la situación como algo normal hasta en un 71% de los casos; hecho que puede llegar a afectar de manera considerable a diversos aspectos de su vida. Otro aspecto importante es que un 9,7% de las mujeres atribuyen las pérdidas de orina a un hecho normal del proceso de envejecimiento, enfermedad crónica o fragilidad; error muy frecuente y que no necesariamente tiene que darse en estos casos^(7,12). Se trata de un síntoma que a menudo pasa inadvertido en las consultas de atención primaria, unas veces por vergüenza, otras por la ausencia de conocimiento de diferentes formas de tratamiento y el resto porque los profesionales sanitarios no buscamos indicios suficientes debido a la baja demanda de consulta que presenta^(6,7,13,14).

El interés por la IU y su repercusión en la vida de la mujer nace derivado del progreso que ha sufrido la asistencia sanitaria en los últimos años con el desarrollo de la tecnología, la evidencia científica, las mejoras en calidad de vida y los productos farmacéuticos; todo ello pone de manifiesto la necesidad de medir la “calidad de vida”, de modo que se pueda evaluar de manera integral, válida y comprensiva el estado de salud de las personas que la sufren. La enfermería puede utilizar su cuerpo de conocimientos en el desarrollo e implantación de procesos de evaluación y seguimiento de este tipo de pacientes, ofreciendo una perspectiva ampliada e integral, que reúna lo que mejor sabe hacer la enfermería: valorar y cuidar.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica con el propósito de sintetizar y reunir el conocimiento actual sobre el tema propuesto con el objetivo de: identificar los aspectos psicosocioculturales, de calidad de vida y los métodos de valoración de las mujeres con IU. La búsqueda de documentos se realizó en bases de datos científicas como Scielo, Cuiden, Elsevier, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus, Joanna Briggs Institute y Medline (Pubmed); también se han obtenido guías de buena práctica clínica en enfermería gracias a la Organización Médica Colegial y la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) a través de Google Scholar. Además se han revisado al mismo tiempo páginas web como Fisterra y la International Continence Society (ICS) acerca del tema que se está tratando. Se utilizaron descriptores (DecS) como: “Incontinencia urinaria”, “adaptación psicológica”, “calidad de vida”, “cuestionarios” y “enfermería”. Las revisiones fueron realizadas cuidadosamente, utilizando también los descriptores en inglés (MeSH) siempre que fue necesario.

Para la realización del trabajo se han incluido aquellos documentos que abarcan desde el año 2000 al 2013, siendo mayoritariamente del año 2008 al 2012 los documentos más relevantes para el trabajo y rechazando así todos aquellos que no estén incluidos dentro del primer rango de años. Además, sólo se han seleccionado aquellos documentos relacionados con la temática y los objetivos propuestos en la introducción del presente documento. No se ha establecido ningún límite lingüístico a las búsquedas llevadas a cabo, aunque principalmente se han considerado estudios en español, inglés y alguno en portugués.

Finalmente son 42 los documentos que conforman la bibliografía de este trabajo. Con ellos, se ha realizado una lectura, revisión exhaustiva y análisis de los mismos para organizar la información según los objetivos planteados en esta revisión y así obtener los últimos conocimientos de evidencia científica en el tema. En algunos casos también fue necesario realizar búsquedas bibliográficas secundarias, con el objetivo de ampliar información importante y aclarar ciertos datos en base a fuentes primarias.

DESARROLLO

1. ETIOLOGÍA

La IU se manifiesta como la pérdida de orina en un momento inadecuado y sienta sus causas en el fallo del músculo detrusor, una uretra incompetente o en ambos a la vez. La incontinencia en sí misma no es una enfermedad, por lo que es más correcto referirse a ella como una alteración en la fase de llenado y/o vaciado de la vejiga. El fallo del músculo detrusor se debe a una excesiva hiperactividad, que puede ser causada de manera idiopática o por alteraciones neurológicas. Por su parte, una uretra incompetente tiene su origen en una alteración del esfínter externo o de la musculatura del suelo pélvico, incluyendo la pérdida de tono y elasticidad; una alteración del esfínter interno por lesión orgánica o relajación inadecuada y, por último, en el daño neurológico. Tanto el fallo del músculo detrusor como la uretra incompetente pueden manifestarse de manera combinada o aislada⁽¹¹⁾.

2. TIPOS DE IU

La ICS, a principios de los años 60, creó una serie de informes de estandarización de la terminología en relación al tracto urinario inferior⁽¹¹⁾, de este modo podemos obtener la definición precisa de los diferentes tipos de IU. El análisis de su tipología es especialmente importante si se tiene en cuenta a la IU como una alteración en donde se hace necesario señalar la causa responsable que la produce para poder intervenir de manera adecuada; además, las repercusiones psicosociales que padecen las mujeres que la sufren varían dependiendo de la tipología del trastorno y la situación en la que la mujer se encuentre a lo largo de su actividad diaria, pudiendo predominar una sintomatología u otra.

Actualmente existen cinco tipos principales de IU, estos son:

2.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

Este tipo de incontinencia está causado por un cierre uretral insuficiente en ausencia de contracción del detrusor. Se manifiesta como la pérdida de orina provocada por un aumento de la presión intraabdominal que excede la presión uretral máxima. Las pacientes suelen referirse a este tipo de pérdidas como la sensación de escape de orina con la realización de esfuerzos como puede ser la tos, los estornudos, la risa, levantamiento de peso, etc. Previamente no existe deseo de orinar. Según la bibliografía, se coincide en que es el tipo de IU más frecuente en la mujer situándose en un 45% de los casos de incontinencia^(1,11,15-17).

2.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

Se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada de una necesidad imperiosa de orinar y de la que la paciente es consciente. Se relaciona principalmente con una hiperactividad del detrusor, y las mujeres la definen como un deseo miccional súbito, claro e intenso que en muchas ocasiones les es imposible retrasar^(7,8,11,15-18).

2.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM)

Este tipo de incontinencia engloba a las dos anteriores, la pérdida de orina se asocia tanto a la urgencia como al esfuerzo. Existe una hiperactividad del detrusor combinado con una disfunción del esfínter uretral. Es muy frecuente en personas mayores^(7,8,11,15-18) y, según la bibliografía, se asocia a una peor valoración de la CV de las pacientes⁽⁵⁾.

2.4. Incontinencia urinaria por rebosamiento (IUR)

Muchos autores también la denominan “incontinencia urinaria inconsciente”, los pacientes la explican como un goteo constante sin la aparición de deseo miccional. La pérdida se asocia a una hiperdistensión de la vejiga u obstrucción infravesical con inflamación del tracto urinario, que puede llegar a afectar al tracto urinario superior, y que supera la presión esfinteriana a pesar de su correcto funcionamiento. El enfermo suele necesitar el uso de absorbentes de manera continua^(7,8,11,15-17).

2.5. Incontinencia urinaria funcional (IUF)

Se trata de una incontinencia en la que el aparato urinario de la persona que la padece no tiene alteración alguna, pero que debido a trastornos físicos, psíquicos, estructurales o medicamentosos no consiguen llegar al baño para poder evacuar. Es un tipo de incontinencia muy común en pacientes ancianos, en los que pueden encontrarse diversos factores asociados y que responden a las siglas DIAPPERS: Delirium, Infección Urinaria, Atrofia vaginal, Polifarmacia, Psicológicas, Exceso de líquidos, Restricción de movilidad y Stool (impactación fecal)^(7,8,11,15-18).

3. FACTORES DE RIESGO

Debemos tener en cuenta que la IU tiene una serie de factores de riesgo (FR) que influyen tanto en su aparición como en su incidencia. Lo importante de conocerlos nos permite poder cambiar, aunque no siempre, el curso de la alteración, estar al tanto de las características de su prevalencia y de los tipos de incontinencia en cada grupo específico de población. El objetivo es ofrecer a la paciente unos cuidados u otros en función de sus características personales, ya sea ama de casa, esté jubilada, tenga antecedentes de lesión medular, etc.

La clasificación propuesta por la Dra. Ariadna Conejero Olesti⁽¹¹⁾ (tabla 1) nos permite conocer los FR de la IU en función de si son modificables o no, de este modo sabremos si podemos incidir para cambiar el curso de la alteración miccional o si por el contrario debemos consultar con el especialista para derivar a la paciente:

Factores no modificables	Factores modificables
– Edad.	– Celes y prolapsos.
– Sexo.	– Infección de orina y estreñimiento.
– Paridad.	– Tabaquismo y alcoholismo.
– Histerectomías.	– Obesidad y ejercicio intenso.
– Menopausia.	– Farmacoterapia.
– Intervenciones quirúrgicas (IQ) previas.	– Enfermedades complementarias: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.
	– Alto consumo de cafeína.
	– No preparación maternal durante el embarazo.

Tabla 1: Factores de riesgo de la IU⁽¹¹⁾.

3.1. Factores no modificables

Dos de los FR más importantes en la IU son la edad y el sexo femenino; éstos llegan a afectar al 15% de las pacientes de 25 a 29 años, a un 25% de las mujeres de 60 a 64 años y a un 61% de las mujeres mayores de 90 años. La siguiente tabla muestra la prevalencia de la IU de las mujeres España en relación con su edad:

Grupo de edad (años)	Porcentaje (Intervalo de confianza al 95%)
18-24	6 (4-8)
25-29	15 (12-17)
30-34	17 (14-19)
35-39	21 (18-24)
40-44	23 (19-26)
45-49	22 (18-26)
50-54	25 (20-29)
55-59	23 (19-27)
60-64	25 (20-29)
65-69	34 (30-38)
70-74	35 (31-40)
75-79	38 (31-44)
80-84	40 (31-49)
85-89	51 (38-64)
≥90	61 (45-76)
Prevalencia global	23 (22-24)

Tabla 2: Prevalencia de la IU en las mujeres en España⁽⁶⁾.

Como puede observarse, la edad junto con la llegada de la menopausia, muestra un aumento de la prevalencia de la incontinencia urinaria que se hace más perceptible una vez pasada la cuarentena^(3,19-21). A nivel fisiológico existe una disminución en el número y diámetro de la musculatura lisa y estriada asociada a la pared uretral⁽²²⁾; hecho que sumado a la deprivación hormonal durante la menopausia, que favorece los cambios atróficos del aparato urogenital⁽²³⁾, tenemos las premisas adecuadas para predisponer a padecer procesos incontinentes. Además, la atrofia vaginal, se asocia en muchas ocasiones a infecciones del tracto urinario, produciendo sintomatología de urgencia, tenesmo, polaquiuria y, muchas veces, IU⁽²⁴⁾.

La multiparidad también juega un papel importante en este aspecto. Durante el parto la musculatura estriada perineal y del suelo pélvico se distienden de manera longitudinal debido a la expulsión del feto, produciéndose en estos músculos una serie de daños que en muchas ocasiones son irreparables. En este sentido, existen multitud de estudios en donde se evidencia la relación de la IU con el número de partos vaginales y el peso de recién nacido. Aunque en un 80% de los casos, después del primer parto, existe una re-inervación del suelo pélvico, el segundo parto daña nuevamente la zona afectada, haciendo más difícil una nueva recuperación⁽²²⁾. Por ello, resulta de vital importancia una adecuada educación pre-parto que asegure el correcto fortalecimiento de la musculatura pélvica y que, posteriormente, también garantice su recuperación durante el periodo post-parto⁽¹⁾.

Otros procesos, como las IQ previas o histerectomías, pueden llegar a producir lesiones nerviosas y alteraciones en los soportes músculo-fasciales de la vejiga a la pared pélvica de alrededor, que puede favorecer las pérdidas de orina⁽²³⁾.

3.2. Factores modificables

Dentro de este grupo, la obesidad juega un papel relevante. Se ha demostrado una relación clara entre la IU y la dureza de su condición con índices de masa corporal (IMC) elevados. En este sentido, se cree que la ganancia de peso puede ayudar en el daño del suelo pélvico mediante el estiramiento y el debilitamiento de los músculos, nervios u otras estructuras del suelo pélvico^(4,9,23). De hecho, la obesidad, no es la única de las situaciones que contribuyen al

incremento de la presión intraabdominal; enfermedades como la tos crónica (bronquitis crónica), estornudos (por rinitis alérgica), estreñimiento crónico, entrenamiento intenso de los músculos abdominales o trabajos que requieran esfuerzos elevados y reiterados de carga y descarga también pueden afectar la musculatura pélvica.

La presencia de prolapsos de vejiga (cistoceles), prolapsos de recto (rectoceles) o prolapsos de útero (histeroceles) pueden influir tanto en la aparición como en el empeoramiento de la IU, favoreciendo la infección urinaria y los escapes de orina. La mayoría de los factores de riesgo, modificables o no, se encuentran interrelacionados, ya que el prolapso de órganos pélvicos suele relacionarse con partos múltiples o la disminución de hormonas femeninas durante la menopausia⁽²⁴⁾.

El uso de determinados fármacos, como cierto tipo de antihipertensivos (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina) producen tos; la doxazosina, utilizada para disminuir el tono uretral y aumentar la vasodilatación periférica en la HTA, puede producir IUE; y los diuréticos pueden producir incontinencia por incremento de la diuresis. Por tanto, aunque las disfunciones del suelo pélvico casi siempre se han relacionado con el embarazo y el parto, hoy por hoy se hace necesario tener presente el origen multifactorial de este trastorno⁽²⁴⁾.

Finalmente, debe mencionarse que existen multitud de autores que han publicado resultados que anexionan la IU con otros factores, muchos de los cuales derivados de malos hábitos de vida. La bipedestación prolongada o una incorrecta estática vertebral pueden afectar a la musculatura perineal por acción de la gravedad; los malos hábitos nutricionales, las prisas y las dificultades horarias en el acceso al baño pueden provocar un incompleto vaciado vesical; la depresión, el tabaquismo, las alteraciones del sueño, el consumo excesivo de cafeína, la toma de benzodiacepinas, el alcoholismo y la eneuresis^(21,23) también pueden llegar a influir en los procesos incontinentes.

4. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

Realizar una correcta valoración de la CV de la paciente con IU no tiene sentido si antes no se analizan todos los factores que en influyen en el proceso. Debemos tener presente que el tipo de IU, las causas que la propician y la presencia o no de disfunciones asociadas suponen factores de influencia en el curso y la estimación de la CV de la patología; por lo que el protocolo a seguir debe comprender, en primer lugar, una valoración exhaustiva, seguida de una exploración física detallada y, por último, el estudio de los efectos en la CV.

Toda valoración comienza por un interrogatorio en el que se pueda recopilar toda la información relativa a la HC de nuestra paciente. El diagnóstico clínico de la incontinencia urinaria es un proceso que tiene y debe hacerse por parte del personal facultativo; pero es cierto que la enfermería, como disciplina independiente, tiene herramientas suficientes para poder hacer una correcta valoración de la situación clínica de la paciente, desde un abordaje integral, y con una alta efectividad. Esto ha sido evidenciado en multitud de estudios clínicos, y hoy en día existen numerosas guías clínicas que ofrecen técnicas de valoración eficientes y adecuadas y a cada tipo de IU.

4.1. Valoración general y focalizada

En ella se deberán recoger todos los factores precipitantes, en especial aquellos que puedan constituir un FR para la UI.

4.1.1. Valoración general

En este nivel de valoración debemos centrarnos en la edad, el hábito tabáquico y alcohólico, la historia de estreñimiento si la hubiese, calcular el índice de masa corporal, la presencia o no de menopausia, antecedentes de embarazos previos (partos vaginales y sus complicaciones, cesáreas, peso del recién nacido y antecedentes de entrenamiento del suelo pélvico durante el embarazo), antecedentes patológicos como enfermedades neurológicas (accidente cerebrovascular agudo, demencia, parkinson, esclerosis múltiple, etc.), alteraciones metabólicas (diabetes mellitus y electrolíticas), enfermedades osteoarticulares (capacidad para andar, destreza para manejarse con las manos...) e IQ previas, interesándonos sobre todo aquellas que tienen relación con el suelo pélvico, el abdomen y/o la columna⁽¹⁷⁾. Específicamente se interrogará por sintomatología de atrofia vaginal en mujeres postmenopáusicas (prurito vaginal, dispareunia, sequedad, etc.)^(11,24).

La actividad profesional y las actividades deportivas también toman papel relevante. A las mujeres que se mantengan en activo profesionalmente, les preguntaremos qué tipo de trabajo realizan, si pasan muchas horas de pie, si deben transportar pesos, etc. Entre las profesiones más lesivas para el suelo pélvico se encuentran: las dependientas, las profesoras, las auxiliares de clínicas y celadoras, las cuidadoras de ancianos y niños, las profesoras de aeróbic, etc. Por su parte, en relación al deporte que realicen, está demostrado que valores de presión intraabdominal demasiado elevadas o hiperpresivas como al realizar ejercicios abdominales, baloncesto, aeróbic, tenis, etc., suponen un factor de riesgo perineal⁽²⁵⁾.

4.1.2. Valoración focalizada

Aquí el objetivo es centrarse en la IU propiamente dicha, es decir, identificar el tipo de fuga, los signos y síntomas asociados y la cuantificación de dicha pérdida. Interrogaremos acerca de cuándo empezaron las pérdidas de orina y en qué situación se dieron. En caso de que hubiese un factor precipitante (inicio de farmacoterapia, IQ reciente, enfermedad concomitante, etc.) lo analizaremos detenidamente y dejaremos constancia de si el paciente lo considera como desencadenante o no. Es elemental investigar la causa de la pérdida (con la realización de esfuerzos, con la tos, al reírse, con el sonido del agua...), el deseo miccional antes de los escapes, cuándo son más predominantes (de día o de noche) y su forma de presentación (en forma de gotas, de manera intermitente o continua, como residuo postmiccional, etc.), ya que obtendremos importante información acerca del tipo de IU^(11,25). La mayoría de las veces, después de que hayamos finalizado la anamnesis, ya dispondríamos de suficientes datos para identificar si el paciente sufre una IU de urgencia, de esfuerzo o mixta.

Para diferenciar una tipología de incontinencia de otra, la tabla 3 muestra las características más relevantes de cada tipo:

Síntomas	IU de esfuerzo	IU de urgencia
Fugas con esfuerzos	+++	+
Sincronizadas con esfuerzos	+++	0
Diferidas factor causal	0	+++
Cambios de posición	+++	+
Durante la marcha	++	+
Necesidades urgentes	+	+++
Fugas nocturnas	0	+++
Eretismo al agua, frío, etc.	+	++
Periodo menstrual	++	+++

Tabla 3: Características más relevantes de cada tipo de IU ⁽²⁵⁾.

Con el fin de descartar una IU de origen funcional, cuando nos encontremos ante una persona de edad avanzada, deberemos realizar una valoración de su situación de dependencia y de su estado cognitivo⁽¹⁷⁾. El escala de Barthel (Anexo 1) nos permite evaluar el grado de independencia de la persona en la realización de sus actividades de la vía diaria, como son: la higiene personal, poder bañarse, alimentarse, ir al retrete, uso de las escaleras, vestirse, controlar los esfínteres (control intestinal y vesical), moverse, trasladarse del sillón a la cama y deambular; y el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (Anexo 2) permite conocer el nivel de conciencia del paciente, su orientación, memoria, habla y comprensión. El MEC consta de 11 preguntas que estudian cinco áreas de funcionamiento: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo y lenguaje; su puntuación máxima es de 30, y una puntuación por debajo de 23 es indicativa de deterioro cognitivo. En este mismo sentido deberemos valorar la situación ambiental de la persona (dificultad de acceso al servicio, tipo de ropa que utiliza, etc.), de su cuidador principal y de su estado de ánimo para abordar la IU y un posible tratamiento. Es importante destacar que la IU está altamente asociada con reducciones en la movilidad, incremento de la discapacidad y el riesgo de sufrir caídas y fracturas en personas mayores; situaciones asociadas a una gran morbilidad en relación a la CV de las pacientes e incremento del uso de recursos sanitarios⁽²⁶⁾.

Tampoco debemos olvidar la farmacoterapia de la paciente⁽¹⁷⁾. Muchos fármacos constituyen un problema demostrado para la incontinencia y existen multitud de ellos con efectos uroactivos. La siguiente tabla muestra las medicaciones más habituales que pueden influir en los procesos de la incontinencia:

Fármaco	Mecanismo de acción	Ejemplo
Hipnóticos y ansiolíticos	Sedación, inmovilidad y relajación del esfínter estriado	Benzodiacepinas
Diuréticos	Poliuria	Furosemida, tiazidas
IECA	Tos	Captopril, enalapril
Antidepresivos	Acción anticolinérgica, sedación	Antidepresivos tricíclicos
Antiparkinsonianos	Acción anticolinérgica	Biperideno
Antagonistas del calcio	Relajación del músculo detrusor	Nifedipino, anlodipino
Opiáceos	Relajación del detrusor, estreñimiento	Tramadol, codeína
Alfa-bloqueantes	Relajación del cuello vesical	Alfazosina, tansulomina
Antihistamínicos	Acción anticolinérgica	Dexclorfeniramina maleato
Antiespasmódicos	Relajación del esfínter externo	Baclofén, dantrolen

Tabla 4: Fármacos que influyen en la incontinencia⁽¹¹⁾.

En cuanto a la frecuencia de la micción, deben valorarse no solo el número de micciones diarias, sino además el aporte hídrico de la paciente y el tipo de bebida (café, té, agua, bebidas alcohólicas, etc.). Una herramienta que puede ser muy útil para este registro es el diario miccional (tabla 5). En él, la paciente ha de anotar todas las “entradas” y “salidas” de líquidos, las veces que orina y que hay escapes; se debe adjuntar también la fecha, hora y circunstancias en las que se producen los escapes (con la tos, al estornudar, realizando gimnasia, sintiendo una urgencia imperiosa...). El diario miccional ha de recoger los datos durante 24 horas seguidas, de modo que

en la próxima consulta nos dé información acerca de la posible causa, gravedad y frecuencia de la IU.

Hora (24 horas)	Micción voluntaria			Anotar: ingesta de líquido, cambio de protección y tipo y motivo de pérdida		
	Poco	Normal	Mucho	Nº de vasos/tipo	Protectores	Fugas

Tabla 5: Ejemplo de diario miccional ^(11,25).

Finalmente, otro aspecto importante a evaluar, es la gravedad de la sintomatología. Para este cometido el test de Sandvik (tabla 6) es fácil de manejar y utiliza como referencia la frecuencia y la cantidad de las pérdidas:

Frecuencia		Volumen		Índice (frecuencia por volumen)	
1	Menos de una al mes	1	Gotas o poca cantidad	IU ligera	1-2
2	Una o varias veces al mes	2	Mucha cantidad	IU moderada	3-5
3	Una o varias veces a la semana			IU grave	6-8
4	Cada día o cada noche				

Tabla 6: Test de Sandvik ⁽²⁴⁾.

Es importante tener en cuenta que la gravedad de la IU no solo depende de la cantidad y frecuencia de los escapes, sino también del impacto en la CV de la paciente. Para calcular esta última disponemos de cuestionarios específicos que se estudiarán más adelante.

4.2. Exploración física

En este punto tendremos en cuenta la información que nos facilitará un primer vistazo de la paciente mientras entra en nuestra consulta, es decir, presencia o no de obesidad, dificultades a la hora de caminar, disminución de la agudeza visual, etc. En la IU de origen neurógeno la mayor parte de las anomalías neurológicas son evidentes cuando se ve a la paciente, por lo que su simple actitud o conversación nos puede permitir descartar orígenes neurológicos ⁽²⁷⁾. Posteriormente hablaremos con nuestra paciente y le explicaremos la necesidad de realizar la exploración física y lo que sentirá durante su realización.

Para hacer más sencilla la valoración física la estructuraremos de la siguiente manera:

4.2.1. Comprobar la existencia de pérdidas de orina con el esfuerzo

Pediremos a la paciente que se coloque en posición ginecológica en la camilla y le diremos que realice la maniobra de Valsalva (tosar), de modo que podamos confirmar la pérdida de orina y la IUE. En caso de que la pérdida de orina no pueda objetivarse, podremos pedir a la paciente que se ponga de pies y que realice otra vez la misma maniobra con las piernas ligeramente separadas^(11,27). Nuestro objetivo es valorar la existencia de sincronismo entre el esfuerzo y la pérdida de orina, objetivando si la pérdida se produce en forma de chorro o con efecto retardado y de manera abundante después de haber realizado el esfuerzo. En el primer caso se trataría de una IUE, y en el segundo de una IUU⁽²⁴⁾.

4.2.2. Evaluar el trofismo de la mucosa vaginal

Mientras la paciente mantiene la posición ginecológica, debemos valorar el introito vaginal y evaluar el estado de la mucosa externa (en condiciones normales ha de tener un color rosáceo, ser húmeda y elástica), ya que, como se dijo anteriormente, la atrofia vaginal por falta de estrógenos es una causa muy habitual de IUU. Debemos aprovechar la posición de la paciente para detectar cicatrices de intervenciones anteriores (episiotomía, desgarro vaginal...) o alguna anomalía que llame nuestra atención y que pueda ser responsable de asimetrías en la musculatura perineal y desencadenantes de IU⁽²⁵⁾.

4.2.3. Exploración abdominal

La exploración abdominal ha de realizarse a fin de poder eliminar indicios de globo vesical o masas abdominales o pélvicas que pudiesen comprimir la vejiga.

4.2.4. Valoración muscular del suelo pélvico

Dos indicadores del estado de la musculatura perineal a nivel visual son: el diámetro de apertura de la vagina y la distancia ano-vulvar⁽²⁵⁾. En condiciones de normalidad, el introito vaginal se encuentra cerrado en estado de reposo, a excepción de mujeres multíparas que presentan una ligera apertura. Dicha apertura puede clasificarse en tres grados en función del diámetro del introito. Por lo general, se considera una apertura normal cuando el diámetro del introito vaginal no supera los 25 mm.

Grado 1	Apertura de 22 a 25 mm
Grado 2	Apertura de 25 a 30 mm
Grado 3	Apertura superior a 35 mm

Tabla 7: Clasificación de la apertura de introito vaginal⁽²⁵⁾.

Por su parte, la distancia ano-vulvar mide la longitud del centro tendinoso del periné, que es el punto de inserción de la musculatura perineal, y cuya longitud normal se sitúa entre los 25 y 35 mm.

Mediante la palpación también podemos determinar el tono muscular del periné. Para ello, introduciremos uno o dos dedos en la vagina con las articulaciones interfalángicas flexionadas. Mediante un movimiento hacia abajo y a hacia afuera valoraremos el grado de resistencia pasiva (tono) que tiene la musculatura del suelo pélvico.



Ilustración 1: Medida de la distancia ano-vulvar. Se toma la medida desde la horquilla vulvar hasta el inicio del margen anal. Por debajo de 2 cm se considera patológico⁽²⁵⁾.

Si notamos una resistencia de tipo elástico es que todo está en orden, mientras que si no percibimos ningún tipo de resistencia estaremos ante un periné hipotónico con depresión del centro tendinoso.

Podemos aprovechar esta posición para realizar una pronación máxima del antebrazo, dejando que los dedos índice y medio se sitúen con las articulaciones interfalángicas semiflexionadas sobre los fascículos de los músculos elevadores del ano. Debemos valorar tanto el fascículo izquierdo como derecho, y para ello pediremos a la paciente que intente contraer la musculatura del suelo pélvico como si quisiese retener la orina^(24,25). Para valorar la fuerza de esta musculatura emplearemos la escala modificada de Oxford o escala de Laycock:

Grado	Respuesta muscular
0	Ninguna
1	Parpadeos. Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares
3	Moderado. Aumento de la presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima

Tabla 8: Escala de valoración modificada de Oxford para la musculatura del suelo pélvico^(25,27).

Mientras valoramos la contracción del suelo pélvico prestaremos atención a la presencia de contracciones parasitarias, como las derivadas de los músculos abdominales, abductores o glúteos. Estas contracciones son muy frecuentes en pacientes con fuerza de grado 1 o 2 en la escala de Oxford modificada y para detectarlas nos basta con posar la mano sobre el abdomen, nalgas o muslos de modo que podamos sentir el movimiento sinérgico.

4.2.5. Presencia de prolapsos

El término prolapso hace referencia al descenso total o parcial de la uretra (uretrocele), vejiga (cistocele), recto (rectocele), asas intestinales (enterocele) o útero (histerocele) a través de las paredes vaginales. Para valorar la presencia de un prolapso, introduciremos las valvas del espéculo en la vagina hasta alcanzar la cúpula, y poco a poco iremos retirándolo pidiéndole a la paciente que tosa, de este modo podremos ver los defectos que presenta la pared vaginal y el prolapso si hubiese. Los prolapsos son muy comunes en la IUE y cuando son graves, y el cuello uterino sobresale por fuera de la abertura vaginal, pueden llegar a impedir la salida de orina, sobre todo si la mujer permanece mucho tiempo de pie, por el efecto del peso sobre el suelo pélvico y los órganos de la pelvis⁽²⁷⁾.



Ilustración 2: Cistocele o prolapso de vejiga urinaria⁽²⁵⁾.

El prolapso se clasifica en cuatro grados según la posición del órgano prolapsado y su posición en relación al introito vaginal:

Grado	Descripción
1	Prolapso situado entre la posición normal y las espinas isquiáticas
2	Prolapso situado entre las espinas isquiáticas y el himen
3	Prolapso que desciende por fuera del nivel de himen
4	Prolapso total

Tabla 9: Clasificación del prolapso ⁽²⁵⁾.

4.2.6. Valoración neurológica

Podemos evaluar la función sensorial de nuestra paciente comprobando los dermatomas lumbosacros y confirmando si es capaz de distinguir entre el tacto ligero, el pinchazo de una aguja y la sensación de frío. Los dermatomas sensitivos se localizan a nivel de la piel perineal y perianal, que son inervados a nivel sacro (S2-S4) y cuya función es el correcto control de los esfínteres. Para valorar la actividad refleja sacra podemos utilizar el reflejo anal, el clitoridiano y el reflejo perineal de la tos. Para valorar el reflejo anal y la integridad del nervio pudendo basta con pasar un simple “clip” por el margen anal y comprobar si el esfínter se contrae de manera refleja. En el caso del reflejo clitoridiano podemos pasar un bastoncillo por el clítoris, que en el 70% de los casos debe provocar pequeñas contracciones de los músculos bulbocavernosos e isqueocavernosos⁽²⁵⁾. Por otro lado, el reflejo perineal de la tos deberá producir la contracción del esfínter anal a la vez que la paciente tosa.

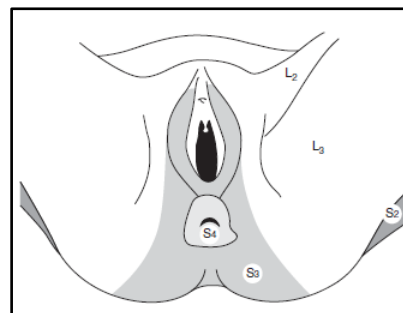


Ilustración 3: Dermatomas de S3 y S4 ⁽²⁵⁾.

4.3. Cuestionarios de valoración de la Calidad de Vida

Como se ha visto, la realización de la historia clínica y la exploración física permite orientar de manera muy segura la tipología de la IU. Sin embargo, como enfermeros, sabemos que en ocasiones es mucho más importante el impacto que se produce a nivel psicológico y social que físico, quedando claro que además de la valoración de los puntos anteriores se necesita también evaluar el grado de satisfacción en la CV de las pacientes. Así, debemos evaluar en cada caso, además de los síntomas asociados a la IU, los grados de afectación que se producen dependiendo de las particularidades de cada paciente.

Para la consecución de este objetivo y siguiendo las recomendaciones de la Internacional Consultation on Incontinence (ICI) en su tercera edición, se considera de especial importancia el desarrollo de instrumentos de naturaleza simple que permitan diferenciar desde el principio el tipo de IU y el grado de afectación de la paciente⁽⁸⁾, permitiendo poder ajustar en un futuro posibles intervenciones y actividades enfermeras.

En la actualidad, la práctica clínica tiene a su disposición varios instrumentos capaces de dar respuesta a este cometido. Estos cuestionarios pueden clasificarse en dos categorías: por un lado están los cuestionarios que valoran de forma específica la CV relacionada con la IU (específicos) y, por otro, los cuestionarios que valoran la CV relacionada con la salud de forma general (genéricos). Estos últimos, son independientes de las enfermedades o condiciones previas de los pacientes y fueron generados de modo que se pudiese estudiar el estado de percepción salud de diferentes grupos tanto en enfermedades agudas como crónicas.

Aunque la revisión ha evidenciado cuestionarios en diferentes lenguas (la mayoría castellano e inglés), el objetivo de este trabajo va a centrarse en aquellos creados a nivel nacional

o que, en su defecto, hayan sido validados al español desde otras lenguas. De este modo se quiere evidenciar una herramienta útil y válida para todos los profesionales sanitarios a día de hoy.

4.3.1. Cuestionarios específicos

Los cuestionarios específicos tienen la ventaja de que han sido diseñados para que los profesionales sanitarios puedan explorar, con total profundidad, la repercusión que tiene una determinada enfermedad en un grupo concreto de pacientes. La gran mayoría de este tipo de cuestionarios se han cimentado en el ámbito clínico y tienen como cometido fundamentar las decisiones clínicas; y en este caso, además, medir el impacto de la IU en la CV.

En nuestro país podemos encontrar diferentes cuestionarios para la evaluación de la IU en la actividad asistencial desde la perspectiva del paciente, siendo el International Consultation on Incontinence Questionnaire y el King's Health Questionnaire los dos más utilizados⁽⁸⁾, ya que disponen de versiones adaptadas a nuestro idioma y son específicos para la incontinencia. El hecho de que estos dos cuestionarios sean tan importantes radica en la idoneidad de su uso para explicar y describir el menoscabo que produce la IU en la CV de vida de la mujer y también en su capacidad para diferenciar entre los distintos tipos de IU.

4.3.1.1. International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)

Según dispuso el comité de expertos de la ICI en su segunda edición, existía una gran cantidad de cuestionarios para la valoración de la IU, y esa gran diversidad dificultaba la comparación de resultados entre estudios, por lo era necesario disponer de un instrumento que fuese utilizado por el mayor número de investigadores. Así, este comité, creó un nuevo cuestionario: el International on Incontinence Questionnaire⁽²⁸⁾. Poco más tarde, se desarrolló una versión reducida del mismo, el ICIQ Short Form (ICIQ-SF), que tenía como objetivo incrementar su utilidad tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica asistencial.

El ICIQ-SF (Anexo 3) es un cuestionario autoadministrado que consta de 3 ítems (frecuencia, cantidad e impacto) y 8 preguntas adicionales que ofrecen una idea orientativa sobre la tipología de la IU. Estas últimas preguntas no tienen el propósito de aumentar el índice global del cuestionario, sino de ofrecer una descripción más detallada de las circunstancias que rodean a la IU de la paciente. Así pues, la puntuación total de cada paciente viene calculada con la suma de los tres primeros ítems, con un rango que oscilará entre los 0 y los 21 puntos.

Este cuestionario ha sido creado para la detección de la IU en cualquier ámbito asistencial, tanto para hombres como para mujeres, por lo que su versión final fue traducida y adaptada culturalmente en diversos países. En este contexto, la versión española ha demostrado ofrecer unos altos índices de fiabilidad, consistencia interna y validez a la hora de describir el impacto de la IU en la vida de los pacientes, y también ofrecer una orientación aproximada sobre el tipo de IU ante la que nos encontramos^(8,29).

Existe un artículo de 2008, publicado por Guillén del Castillo A y cols⁽²⁹⁾, que realizó un estudio de CV en un grupo de mujeres durante un periodo de 9 meses. En dicho estudio se utilizó entre sus cuestionarios el ICIQ-SF y las encuestas fueron recogidas de 75 mujeres diagnosticadas de IU sin importar el tipo. Los resultados mostraron que la media de edad de afectación eran 56 años y que existía una repercusión en la CV más severa en pacientes que presentaban IUE que IUU o IUM. Es cierto que estos datos pueden diferir de estudios posteriormente analizados, pero pueden explicarse si se tiene en cuenta que el estudio se llevó a cabo en una consulta de urología, en donde las pacientes que acuden tienen sintomatología mucho más grave independientemente del tipo de IU y, en definitiva, un mayor deterioro de la CV.

4.3.1.2. Kings Health Questionnaire (KHQ)

El KHQ (Anexo 4) también es cuestionario autoadministrado y está destinado específicamente a la evaluación de la calidad de vida de la mujer con IU mediante el análisis de las áreas física, social y mental⁽²⁰⁾. Consta de 21 ítems que se distribuyen conforme a 9 dimensiones de valoración: percepción del estado de salud general (1 ítem), afectación por problemas urinarios (1 ítem), limitaciones en las actividades cotidianas (2 ítems), limitaciones sociales (2 ítems), limitaciones físicas (2 ítems), relaciones personales (3 ítems), emociones (3 ítems), sueño/energía (2 ítems) e impacto de la IU (5 ítems). Cada ítem es valorado según una escala de respuesta tipo Likert que da la opción de 4 respuestas posibles. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (que reflejaría el menor impacto de la IU y, por tanto, una mejor CV) a 100 (mayor impacto y peor CV). Como resultado, este cuestionario nos permite obtener un valor integral de la CV de la paciente con IU, y también, otro valor más específico para cada dimensión dentro de la propia escala⁽⁸⁾.

El KHQ fue validado al español por Xavier Badía y cols⁽³⁰⁾ y ha demostrado poseer los adecuados índices de validez y fiabilidad para poder valorar la CV de las mujeres con diferentes tipos de IU. Además este cuestionario, en caso de que se quiera o se necesite saber el tipo de incontinencia de cada persona que lo realice, cuenta con un apartado destinado a los síntomas urinarios, que no se tiene en cuenta a la hora del cálculo de la puntuación global y de las dimensiones a las que afecta la IU, pero sí para saber de qué tipo de incontinencia hablamos. En este último apartado la paciente señalará aquella sintomatología que padece valorando la intensidad de su afectación como poca, moderada o mucha.

En 2007, Espuña Pons M y cols⁽⁸⁾, publicaron un estudio observacional transversal en el que se evaluaba la capacidad de diagnóstico, para el tipo de IU, entre el ICIQ-SF y el KHQ. En dicho artículo, los resultados demostraron que no existían grandes diferencias entre ambos cuestionarios en cuanto a los índices sensibilidad, especificidad y valores predictivos si se tomaba como referencia la evaluación urodinámica en el diagnóstico de las distintas tipologías de la IU. A pesar de esto, sí que fue cierto que había diferencias importantes en la utilización de dichos cuestionarios en la práctica clínica, y estas diferencias no hacían referencia solo al tamaño de cada uno de los cuestionarios (21 ítems del KHQ frente a los 11 del ICIQ-SF) y al tiempo que llevaba la realización de cada uno, sino al hecho de que en el KHQ, un 7,76% de las veces, las pacientes no daban respuesta a la totalidad del cuestionario. Por lo que, si tenemos en cuenta estos datos y sabiendo que ambos test tienen un valor diagnóstico parecido, sería más aconsejable el uso del ICIQ-SF.

Otro estudio, publicado esta vez por Arañó P y cols⁽⁵⁾ en 2009, utilizó también el KHQ para evaluar la CV relacionada con la salud de las mujeres con IUM, comparando el impacto de esta según síntomas de IUE o IUU. El estudio fue de carácter epidemiológico, transversal y multicéntrico, y contó con una muestra total de 1.100 mujeres. Los resultados mostraron que las pacientes con IUM revelaban una gran afectación en su CV, influyendo en mayor medida este impacto en las mujeres con síntomas de IUU que de IUE. Las dimensiones más afectadas fueron: el impacto de la IU, las limitaciones sociales, las limitaciones físicas y las limitaciones en las actividades cotidianas, por lo que la resolución o el alivio de estos síntomas de IUU en las mujeres permitiría lograr una sustancial mejora de la CV. Los datos mencionados, además, parecen ser concluyentes con los de otro estudio, elaborado en 2008 por Martínez Córcoles B y cols⁽²⁰⁾, que aunque en este caso solo evaluaba la CV de 126 mujeres con IUE, también mostró una afectación importante de la dimensión sueño/energía, probablemente debida al aumento del número de veces que se tienen que levantar por la noche a orinar; pero baja en cuanto a la escala de relaciones personales, cuya explicación podría deberse a que las mujeres han llegado a

acostumbrarse al problema y, por tanto, esta situación influye poco en su entorno social y familiar.

4.3.2. Cuestionarios genéricos

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto complejo que hace referencia al funcionamiento físico, social, psicológico y a la estimación global de la CV. Es por ello que algunas herramientas creadas en este sentido tienen una finalidad descriptiva general y son imparciales en relación a las patologías actuales o previas del paciente. Lo cierto, es que los cuestionarios genéricos también pueden ser buenas herramientas para la valoración de la CV en la IU, mostrando como único inconveniente que suelen ser poco sensibles a los cambios clínicos^(20,30). Dentro de la revisión bibliográfica realizada se han encontrado, entre los más utilizados, tres cuestionarios: el Cuestionario EuroQoL-5 dimensiones, el Cuestionario de Salud SF-36 y el Índice de Función Sexual Femenina.

4.3.2.1. Cuestionario EuroQoL-5 dimensiones (EQ-5D)

El EQ-5D (Anexo 5) es un instrumento genérico de medición de la CV relacionada con la salud tanto en personas sanas como enfermas. Se encuentra validado y adaptado para su uso en español⁽³¹⁾ y fue desarrollado en sus inicios para ser autoadministrado, aunque también ha demostrado ser válido para su uso en la entrevista personalizada o telefónica, indicando pocas variaciones en las puntuaciones obtenidas.

Para realizarlo, el encuestado debe detallar su estado de salud mediante un sistema de organización en base a cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor o molestia y ansiedad o depresión). Cada dimensión se registra en base a tres niveles de intensidad (ausencia de problemas, algo de problema o gran problema), lo que nos proporcionará un perfil descriptivo y un índice de estado de salud (243 estados posibles) de nuestro paciente. Dispone, además, de una Escala Visual Analógica (EVA) que, como si fuese un termómetro, determina entre 0 y 100 el estado de salud que la paciente cree tener, siendo 100 el mejor estado de salud posible y 0 el peor. El EQ-5D permite asignar valores entre 0,0 (muerte) y 1,0 (salud perfecta) a los estudios de salud, obteniendo un índice para cada uno de ellos (EQ-index)⁽²⁹⁾.

Según un artículo publicado por Herdman M y cols⁽³²⁾ en 2001 y desde que se realizó su adaptación al español, el EQ-5D ha sido probado en numerosos estudios que han permitido medir sus propiedades psicométricas (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio). En todos ellos ha demostrado ser una herramienta sensible a los cambios en los estados de salud de varios grupos de pacientes, destacando además entre sus ventajas la cantidad y la calidad de los datos recogidos, pues presenta un bajo número de respuestas perdidas o equivocadas. A todo esto debe sumarse que el EQ-5D es un instrumento muy corto y sencillo de rellenar, siendo su tiempo de administración de aproximadamente 2-3 minutos, lo que hace de él una herramienta imprescindible en la valoración de la CV.

En un estudio realizado por Song y cols⁽⁹⁾ en 2010, en el que se utilizaba el EQ-5D en una muestra de 172 personas con síntomas en el tracto urinario inferior y en base a cinco centros de salud de Jeju en Korea, se estimó que un 18,6% de los pacientes tenían sintomatología depresiva. Además, el análisis reveló que el 47% de los pacientes encuestados tenían afectada con “algo de problema o gran problema” la dimensión de dolor o molestia, y cerca del 45% también la movilidad, siendo las dos esferas más afectadas. Estos datos nos llevan a pensar que, en las personas de edad avanzada, la sintomatología relacionada con el aparato urinario supone una gran fuente de dependencia, que termina por afectar a la realización de sus actividades de la vida diaria, incrementando los síntomas depresivos y la posibilidad de institucionalización.

4.3.2.2. Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36)

El Cuestionario de Salud SF-36 (Anexo 6) fue creado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el estudio de los resultados médicos. Desde su nacimiento, resultó ser una escala muy útil en la valoración de la CV relacionada con la salud y su uso podía derivarse tanto a la población general como a subgrupos específicos. Sus cualidades psicométricas, ampliamente comparadas en muchos estudios, convierten al SF-36 en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CV relacionada con la salud. El cuestionario, adaptado al español, está diseñado para ser cumplimentado por personas con edad mayor o igual a 14 años debiendo realizarse preferentemente de manera autoadministrada, aunque también ha demostrado tener resultados aceptables a la administración mediante entrevista personal y telefónica⁽³³⁾.

El SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems), cuya finalidad es la valoración de los estados tanto positivos como negativos de la salud. Estos 36 ítems cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además, si se desea, el SF-36, cuenta con un ítem añadido que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este último ítem no se usa para el cálculo de las escalas, pero resulta útil a la hora de valorar la percepción del estado de salud del paciente en la actualidad con respecto al año anterior.

En 2005, y tras diez años de uso del SF-36, Vilagut G y cols⁽³³⁾ publicaron una revisión bibliográfica cuyo propósito era recopilar información acerca de las características métricas de dicho cuestionario. Los resultados, tras una revisión de un total de 79 artículos, demostraron que la versión española del SF-36 aportaba suficiente evidencia acerca de su fiabilidad, validez y sensibilidad; siendo estos resultados concluyentes con la versión estadounidense y demostrando que puede ser una herramienta utilizada tanto en ámbito nacional como internacional. A pesar de todo, este estudio también demostró ciertas limitaciones del cuestionario, como el hecho de que no incluyese algunos conceptos de salud importantes (trastornos del sueño, función cognitiva, función familiar y función sexual) o que se hayan descrito problemas para su aplicación en personas mayores, en especial ancianos hospitalizados que en un elevado porcentaje de casos no contestaban el cuestionario o dejaban preguntas en blanco.

4.3.2.3. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

Después de analizar varios tipos de cuestionario queda claro que tanto el bienestar físico como emocional son las piezas clave en el mantenimiento de la CV relacionada con la salud. Se puede ver que aspectos como el sueño, la ansiedad, la fatiga, la depresión, la comunicación y las relaciones sociales juegan un papel destacado para la valoración de la paciente con IU; pero ¿qué pasa con la función sexual? Según el análisis bibliográfico los autores relatan que las mujeres sexualmente activas afirman que la IU puede alterar su función sexual de distintas maneras, presentándose como bajada de libido, miedo a la pérdida de orina durante el acto sexual y depresión; estimándose que cerca del 50% de las mujeres rechaza la actividad sexual, teniendo mayor predisposición a problemas emocionales y aislamiento social⁽¹⁴⁾. Es por ello que, actualmente, esta condición no deseable tiene una consulta significativa en los programas sociales actuales y es tema de frecuente discusión entre los sistemas de salud para la búsqueda de una mejor prevención y tratamiento⁽¹⁰⁾.

Con el objetivo de valorar esta dimensión una herramienta que puede ser de utilidad es el IFSF (Anexo 7). Este cuestionario, que fue desarrollado por Rosen y cols, evalúa la función sexual femenina en un amplio rango de edad y ha demostrado su confiabilidad y propiedades psicométricas en multitud de estudios⁽³⁴⁾. Su formulación es autoadministrada, consta de 19

preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles una puntuación que va de 0 a 5. La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor, y el resultado final es la suma aritmética de los dominios; es decir, a mayor puntuación mejor sexualidad.

En un estudio observacional de prevalencia, publicado en 2004 por Blümel JE y cols⁽³⁴⁾, que aplicaba y evaluaba el test de Rosen en mujeres chilenas, quedó demostrado que el IFSF en español resultó ser de uso sencillo y rápido, capaz de evaluar adecuadamente la sexualidad de la mujer en estudios epidemiológicos y aplicable a las diferentes etapas de la vida de la paciente.

Otro estudio, en esta ocasión descriptivo y transversal, publicado por Herrera Pérez A y cols⁽¹⁰⁾ en 2008, se planteó como objetivo describir la CV y la función sexual de un grupo de 46 mujeres postmenopáusicas chilenas, mayores de 50 años, diagnosticadas de IU y sexualmente activas en los últimos 3 meses. Todas las pacientes contestaron el KHQ y el IFSF. El KHQ reveló una mayor afectación de todos sus dominios en presencia de IUM, y el IFSF mostró que un 45,7% de las encuestadas presentaban disminución del deseo sexual y un 30,4% trastornos en la excitación, representando los dominios más afectados. Por su parte, los dominios menos afectados fueron la satisfacción, con un 8,7%, y el dolor, con un 6,5%, siendo la IUM la que menos puntuaciones tuvo dentro del cuestionario. La conclusión a la que se llegó es que la afectación de la CV y la función sexual era más grave en pacientes con IUM que con IUU o IUE, lo que hacía necesaria una evaluación integral de dichas pacientes bajo un modelo biopsicosocial, estableciendo como paradigma central la mejora de CV teniendo en cuenta la percepción de la paciente.

5. AFECTACIÓN EN LA CALIDAD Y ESTILO DE VIDA: ASPECTOS PSICOSOCIOCULTURALES

La valoración de la CV relacionada con la salud no es un concepto nuevo, ya el Comité Científico Internacional de París en 2002 estableció entre las pruebas diagnósticas recomendables para cualquier patología “la valoración de la calidad de vida y síntomas adicionales”, y en especial relación al tema que estamos tratando, “la valoración del impacto de la incontinencia en la sexualidad” y de “los aspectos social y cultural” que rodean a estas pacientes⁽¹⁴⁾. Por su parte, la CV en sí, es un concepto abstracto y se utiliza normalmente para describir la percepción individual de bienestar físico, psicológico y social⁽³⁵⁾.

Debemos tener presente que hasta un 50% de las pacientes no consultan su problema con los profesionales de la salud a pesar de que viven su incontinencia con gran dificultad. Las razones por las que no buscan atención pueden ser variadas. Algunas pacientes creen que deben llegar a aceptar su situación con resignación y a aprender a vivir con la incontinencia, otras muchas piensan que se trata de un problema sin tratamiento, a muchas les produce vergüenza hablar del tema y otras creen que existe un conocimiento insuficiente sobre la incontinencia por parte del personal sanitario⁽¹⁴⁾. Cabe destacar además que, muchas veces, es el propio profesional de salud el que muestra una falta de sensibilidad o minimización de la importancia del problema, llegando a no ofrecer una atención adecuada. Por ello, con el objetivo de saber cuál es la atención idónea que deben recibir esas pacientes, se hace necesario revisar cuáles son las preocupaciones, angustias y dificultades que encuentran las mujeres con IU y cómo cada una de ellas percibe el problema como parte de su vida. Estos resultados a largo plazo pueden ser utilizados como guía de procedimientos para eliminar o disminuir las barreras percibidas durante la elaboración de intervenciones enfermeras, y así poder apoyar un enfoque educativo que colabore en el fomento de discusiones abiertas en las que las mujeres puedan colaborar con sus vivencias y sentimientos.

Con el propósito de valorar todos estos aspectos, Higa R y cols⁽¹³⁾ realizaron una revisión sistemática de la bibliografía occidental (sobre todo de Europa y Estados Unidos), disponible hasta 2008, sobre el significado de la IU para la mujer. Este trabajo contó con la referencia de un total de 19 estudios cualitativos cuya información se categorizó teniendo en cuenta las experiencias relatadas y la relevancia temática, por lo que se tuvo en cuenta la repetición del tema abordado, la experiencia clínica y el conocimiento teórico de los profesionales investigadores. Finalmente, los trabajos obtenidos fueron agrupados en tres categorías: experiencias según el grupo de edad, experiencias culturales-religiosas y experiencias relacionadas con el autocuidado. Cada una de ellas será desarrollada a continuación.

5.1. Experiencias según el grupo de edad

Tradicionalmente han sido más ampliamente investigadas en relación a la incontinencia las mujeres adultas que las jóvenes, y esto puede deberse probablemente al aumento de la prevalencia de la IU posterior a la menopausia; a pesar de todo, no debemos olvidar que las alteraciones psicosociales existen en todos los rangos de edad y que, además, estas pueden ser variables según el tipo de incontinencia.

El estigma de no poder controlar la incontinencia durante la vida social es un hecho que afecta tanto a mujeres jóvenes como adultas, existiendo hoy en día la suficiente evidencia en relación a su influencia psicológica a nivel familiar, personal y de ocio. Muchas mujeres muestran un miedo intenso a perder su trabajo o que sean relegadas de su puesto, ya que presentan más restricciones y limitaciones a la hora de realizar cierto tipo de tareas que pueden demandar esfuerzos físicos, y necesitan realizar constantes interrupciones de la jornada laboral para poder ir al baño a miccionar con frecuencia.

Para las mujeres jóvenes y de mediana edad (inferior a los 50 años) el problema se percibe como la pérdida de salud y de control del propio cuerpo. A estas edades la mujer tiende a tener más problemas a la hora de afrontar el fenómeno, consideran su incontinencia como un tabú o algo inaceptable y tienen miedo al rechazo social si alguien lo supiese. El hecho de encontrarse ante una “vejez prematura” les hace sentirse avergonzadas y bajas de autoestima por miedo a una pérdida de orina durante una relación sexual, llegando a sentirse culpables por no sentir deseo o placer, no considerándose atractivos sexualmente y teniendo que llegar a planificar las relaciones con sus compañeros. Las mujeres jóvenes centran su miedo en las relaciones sociales y se sienten temerosas de que un escape se produzca en público, principalmente en reuniones sociales con amigos y familiares o durante la práctica de una actividad deportiva. Otras mujeres jóvenes, por su parte, prefieren tomar los síntomas urinarios con indiferencia, otorgándoles una falsa normalidad y adoptando una postura de negación ante la incontinencia que en nada puede ayudar a resolver el problema.

Las mujeres mayores de 60 años tienden a tener una visión de la incontinencia diferente, ellas la consideran como un hecho “negociado” que llega inevitablemente como resultado de sus experiencias vitales, el envejecimiento, el número de partos, etc. Estas mujeres describen la incontinencia como un proceso degenerativo y una condición imposible de eliminar de esa etapa de madurez en su vida.

Estos significados descritos anteriormente tienden a acentuarse en la vejez y las mujeres ancianas llegan a considerar la IU como un proceso natural propio de la edad. En numerosos estudios se ha confirmado que las pérdidas de orina constituyen una amenaza para el autoestima de estas personas, y dicha amenaza sirve como sistema de incremento del autocuidado, pero aun así estas mujeres tienden a resignarse y a intentar llevar una vida “normal” dentro de lo posible, centrando sus esfuerzos en esconder las pérdidas más que en solucionarlas.

Como podemos ver, el cuerpo está muy asociado a los sentimientos, justificaciones y prácticas que son parte de las relaciones interpersonales y que alteran los aspectos emocionales de las mujeres con incontinencia.

5.2. Experiencias culturales-religiosas

La revisión realizada por Higa R y cols parece que muestra una homogeneidad generalizada en el significado psicológico que dan mujeres a la IU, aunque estas puedan ser de diferentes culturas, etnias y condiciones sociales.

Las mujeres orientales y occidentales (sobre todo de países norteamericanos y europeos) mostraron tener características comunes a la hora de valorar los significados culturales frente a este problema. En ambos casos los testimonios de las mujeres confluían en que la IU supone la pérdida del control del propio cuerpo, el crecimiento de la inseguridad en ellas mismas y la presencia de desesperación e impotencia cuando no eran capaces de controlar los escapes, llegando incluso a situaciones de desamparo y angustia.

En un subgrupo analizado, en el que había mujeres islámicas y judías, la pérdida de orina se convirtió en un problema a la hora de llevar a cabo sus ritos religiosos y la necesidad de limpieza para poder practicar la oración. Para las mujeres musulmanas, el hecho de tener IU, significaba que debías quedar aislada, reservada y carente de autoestima; disminuir la angustia solo puede conseguirse con la oración, aunque muchas veces no llega a obtenerse al no sentirse completamente limpias, hecho que incrementa su estrés. La pérdida de orina para estas mujeres adquiere un significado sucio y pecaminoso, se sienten físicamente sucias cuando experimentan la salida de orina, por lo que tienden a usar de manera frecuente el ritual de aseo para sentirse mejor.

En otro grupo de mujeres chinas analizado, se observaron sentimientos de culpa, soledad y aislamiento emocional. Estas mujeres sentían perder el control de su propio cuerpo cada vez que experimentaban salidas involuntarias de orina, y si la situación tenía lugar en público o en presencia de amigos, predominaban los sentimientos de vergüenza y humillación antes que de miedo.

5.3. Experiencias relacionadas con el autocuidado

La vergüenza y la fragilidad asociados al desconocimiento y al no poder comprender la incontinencia como una patología, así como las propias vivencias personales, generan infinidad de formas de autocuidado que terminan por rechazar la ayuda del profesional de salud.

Si analizamos las experiencias relacionadas con el autocuidado es fácil darse cuenta de que muchas mujeres no valoran la sintomatología que sufren cuando el grado de incontinencia que padecen es leve. Es un hecho frecuente el que se sientan avergonzadas de hablar acerca del tema con el personal sanitario, y mucho menos llegan a comentarlo con sus familiares y amigos, sufriendo en silencio. En repetidas ocasiones prefieren esperar a que la enfermedad avance con la esperanza de que pueda resolverse por sí misma; pero el lugar de eso, lo que consiguen es que la disfunción llegue hasta el punto de hacer mella en el cuerpo.

Para las mujeres más jóvenes la IU afecta sobre todo a sus actividades diarias. La gran mayoría prefiere ocultarlo y buscar mediante diferentes formas la manera de ocultarlo y recobrar el control perdido sobre su cuerpo. Otras, en cambio, muestran apatía y rechazan las actividades encaminadas a paliar sus síntomas ya que consideran las pérdidas como un problema insignificante.

Muchas mujeres, sobre todo las de edad avanzada, pasan por alto comentar este tipo de problemas a los profesionales de salud porque creen equivocadamente que no es un problema relevante o que no tiene solución. Entre aquellas mujeres que consideran que la IU es un problema reversible y secuela del envejecimiento, parece haber una mayor aceptación de los síntomas, a pesar de la existencia de costes sociales, psicológicos y algunas veces físicos.

Existen casos especiales, como el de mujeres musulmanas inmigrantes que viven en países europeos, para las que la barrera idiomática impide que puedan expresarse correctamente a los profesionales de la salud, así como llegar a comprender los cuidados que es necesario llevar a cabo. El poco interés de estas mujeres en la búsqueda de ayuda muy probablemente esté relacionado con la falta de conocimiento de su anatomía, fisiología y los tratamientos disponibles. En este tipo de pacientes las limitaciones pueden ser menores si son tratadas por profesionales de salud femeninos, ellas se sienten más cómodas al compartir su problema con otras mujeres y se vuelven más eficientes a la hora de elaborar estrategias para reducir los escapes y controlar los episodios.

Es muy importante saber que las personas que buscan ayuda del profesional de salud requieren una educación sanitaria más intensa acerca de las causas, tratamientos y mecanismos para afrontar el problema. De hecho, las mujeres que solicitaron mayor interacción con su profesional de referencia, mostraron ser más conocedoras de su patología y tener mejores recursos a la hora de afrontar el problema.

En muchas ocasiones, la posición que adoptan algunos profesionales puede suponer un obstáculo para que las mujeres expresen sus preocupaciones abiertamente, situación que puede ser agravada si no se entienden las identidades culturales y religiosas de la población atendida. La comunicación entre ambas partes ha de ser una prioridad a la hora de realizar una correcta valoración; de modo que, mediante la creación de los vínculos adecuados, puede educarse en salud de una manera eficaz, facilitando la comprensión y el seguimiento del tratamiento. Los profesionales sanitarios deben de preguntar sistemáticamente por los síntomas urinarios de las mujeres en su consulta, de este modo las mujeres indicarán y buscarán mayor ayuda.

En resumen, puede decirse que tanto las barreras personales como las profesionales suponen un hándicap a la hora de buscar ayuda para las mujeres con IU, provocando que muchas pacientes terminan por improvisar medidas para adaptarse al problema que resultan poco adecuadas o ineficaces, y terminen por empeorar su situación en relación al problema. La revisión realizada por Higa R y cols muestra que el grado de angustia vivido y la magnitud de las dificultades no solo pueden relacionarse con la edad, las creencias religiosas o la cultura; sino también con cómo cada persona reacciona ante el problema, como lo percibe y los significados que le da dentro de su vida.

6. PREVENCIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

6.1. Prevención

Hablar de prevención de la IU significa adoptar una serie de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales en nuestras pacientes; pero también impedir que esas deficiencias, una vez que se hayan producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas. Por ello, una gran parte de la materia de prevención de la incontinencia estará integrada en las intervenciones de enfermería, dentro de la modificación de los hábitos de vida, que serán explicados más adelante.

El mayor problema de la IU es que la mayoría de las veces no presenta una causa bien definida, sino que se compone de un cúmulo de circunstancias que la precipitan y entre las que intervienen varios factores, siendo en estos casos donde se recomienda ofrecer las medidas preventivas. La prevención en materia de incontinencia, hoy en día, está un poco apartada y tanto pacientes como profesionales no suelen ser conscientes de los problemas de este trastorno hasta que los escapes se han presentado. Por ello, lo más adecuado y razonable es centrarse en una EpS integral e integradora, que incluya a los diferentes grupos de edad, las posibles situaciones de riesgo y cómo prevenirlas, para que este tipo de trastornos nunca lleguen a manifestarse o, si lo hacen, que sea con el menor grado posible.

Siguiendo con el tema anterior, Quintanilla Sanz A⁽²¹⁾, educadora para la continencia, estableció en una publicación una serie de actividades encaminadas a la prevención desde un punto de vista de la EpS, entre ellas se incluían: charlas informativas en escuelas y asociaciones rurales, tanto para adolescentes como para personas adultas; atención especial a chicas deportistas; dedicación, por parte de los profesionales sanitarios, a las diferentes etapas de la vida de la mujer, durante el embarazo, en el postparto y la menopausia; y la preintervención y/o postintervención en caso de la realización de cirugías (histerectomías, etc.). Para esta autora, el punto fuerte de la prevención está en la EpS de chicas adolescentes antes de que lleguen a situaciones de riesgo, haciendo hincapié para la formación en el mantenimiento de una parte de su cuerpo que tendrá una importancia crucial en su vida.

Otros autores, por su parte, prefieren agrupar las intervenciones para la prevención en dos grupos más diferenciados. Por un lado, todas las actuaciones encaminadas a modificar el comportamiento y el estilo de vida, entre las que se incluyen la obesidad, la escasa actividad física, la dieta inadecuada y el tabaquismo; todas ellas explicadas brevemente más adelante y con escasa evidencia que demuestre que su modificación interfiera en una menor incidencia de IU. Y, por otro lado, aquellas intervenciones que van encaminadas a prevenir o reducir los efectos de ciertas enfermedades sobre la IU, como puede ser el tratamiento inadecuado de la diabetes, alteraciones intestinales, enfermedades neurológicas, infección urinaria, la depresión, etc.

La prevención basada en evitar o atenuar los efectos de ciertas enfermedades es la intervención que más evidencia ha demostrado, y así ha sido confirmado recientemente en algunos estudios. Una revisión publicada por la Joanna Briggs Institute en 2010⁽²⁶⁾, estudió los efectos del estilo de vida y las intervenciones conductuales para la IU en la movilidad, la actividad física y las caídas en las personas mayores, demostrando que el uso de intervenciones enfermeras, en materia de prevención, a personas de más de 60 años, supuso una reducción importante del número de caídas y aumento de la movilidad y/o actividad física.

Todo ello, nos lleva a pensar que la base de todo tratamiento es evitar que el trastorno llegue a manifestarse, ocupando la enfermería un papel crucial en este sentido, potenciando sus acciones, sus conocimientos⁽¹⁵⁾ y trabajando para aportar su grano de arena en la colaboración interdisciplinar, que es la única vía válida para conseguir la excelencia en la calidad de la atención. En definitiva, fomentar el conocimiento de las enfermeras sobre recursos comunitarios existentes para el desarrollo profesional, la derivación y la asistencia continuada⁽¹⁷⁾.

6.2. Intervenciones de enfermería

El abordaje de la IU dentro de la enfermería es multifactorial, y debe seguir un orden de intervenciones de menor a mayor agresividad. Los tratamientos más conservadores están indicados a todo tipo de pacientes con incontinencia como primera opción, ya que son menos agresivos y más seguros que otros tratamientos. Debemos explicar a las pacientes todas las

opciones posibles, de este modo disminuiríamos su temor ante el problema, ya que muchas veces tienden a pensar que la cirugía es el único tratamiento disponible.

La enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento conservador de la IU, que incluye, además de las modificaciones en los hábitos de vida, dos técnicas fundamentales de modificación de conducta: la reeducación vesical (RV) y la reeducación o rehabilitación del suelo pélvico (RSP)⁽⁹⁾. Según estudios publicados, estas técnicas conducen a una mejora significativa de los episodios de incontinencia en más del 50% de los pacientes, con una reducción de los episodios de incontinencia de un 50 a un 75%⁽²⁴⁾. Además, las técnicas de modificación de conducta, requieren de mucha motivación por parte del personal de enfermería para conseguir que el paciente sea capaz de seguir la terapia por largo tiempo.

En un artículo publicado por Jaén Izquierdo R y cols⁽³⁶⁾, que evaluaba los beneficios de la aplicación de intervenciones de cuidados enfermeros, tanto estandarizadas como integrales, en mujeres con IUE, IUU e IUM de carácter leve a moderado, se demostró que la intervención de enfermería fue beneficiosa tanto en la disminución del grado como en la reducción del volumen de las pérdidas de orina, en la disminución del número de compresas usadas y en el incremento de la CV del total de las 128 mujeres presentes en el grupo de intervención.

Lo deseable de las intervenciones de enfermería es que pueden variar dependiendo del tipo de IU, ya que no siempre podemos perseguir como objetivo final que la paciente sea completamente continente. Muchas pacientes encuentran aceptable la persistencia de una IU de tipo leve, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el éxito y el fracaso de un tratamiento, por lo que la disminución del número de episodios de IU puede ser suficiente para mejorar la CV de la paciente.

Es importante destacar también que deben establecerse metas que sean aceptables y alcanzables, ya que en muchas ocasiones la prioridad que tiene el paciente difiere del criterio que tiene el personal de enfermería, y puede resultar muy frustrante intentar alcanzar la incontinencia en un periodo de tiempo irreal. Por ello, unos de los problemas más comunes a la hora planificar los objetivos para estas mujeres es determinar cuáles serán los objetivos más importantes, y cuál de ellos es necesario alcanzar en primer lugar.

6.2.1. Modificación de los hábitos de vida

La modificación de los hábitos de vida o medidas higiénico-dietéticas comprenden una serie de medidas que, aunque tienen un escaso nivel de evidencia para la mejora de la IU, muchas de ellas han demostrado ser beneficiosas para el estado de salud general⁽²⁴⁾.

6.2.1.1. Evitar la obesidad

Como se mencionó en el apartado donde se describían los FR, los trastornos alimentarios que producen pérdidas y aumentos bruscos de peso pueden contribuir al daño del suelo pélvico mediante el estiramiento y debilitamiento de músculos, nervios u otras estructuras del mismo. En el suelo pélvico, los tejidos que dependen del colágeno pueden debilitarse, no teniendo la misma capacidad que los músculos estriados para poderse trabajar y, por tanto, recuperar⁽³⁷⁾.

6.2.1.2. Modificar la ingesta de líquidos

Las personas incontinentes deben de tratar de controlar la cantidad de líquidos que toman, de modo que no produzcan orina en cantidad excesiva y aumente su incontinencia en los momentos menos deseados. También deben evitar tomar aquellos alimentos o bebidas que

tengan acción diurética, como puede ser el té, el café, las bebidas alcohólicas, etc. Es recomendable que distribuyan el horario de la toma de líquidos de modo que beban más por la mañana y disminuyan la ingesta por la tarde-noche, con la intención de que la formación de orina no sufra grandes oscilaciones^(11,17,19) y puedan mantener el sueño nocturno lo más continuo posible. Por término general se recomienda no superar la ingesta de 1,5 a 2 litros al día, aunque también se ha demostrado que si es menor de 30 ml/kg cada 24 horas pueden empeorarse los síntomas de la incontinencia debido a la acción irritante de la orina⁽²⁴⁾.

6.2.1.3. Abandonar el hábito tabáquico

El tabaco es un factor de riesgo para la IU en mujeres mayores de 60 años que tienen síntomas respiratorios crónicos⁽²⁴⁾. Probablemente la tos, asociada al incremento de la presión intraabdominal, perjudique a medio y largo plazo al suelo pélvico.

6.2.1.4. Evitar el estreñimiento

El estreñimiento es muy importante debido a su gran incidencia⁽¹⁹⁾. Su impacto no hace referencia al ritmo o la frecuencia, sino a la mecánica en la evacuación que puede ser lesiva para el suelo pélvico^(17,37). Es recomendable ofrecer a las pacientes pautas que mejoren su ritmo intestinal, introduciendo fibra, aconsejando caminar regularmente y educar para adoptar posturas que ayuden a defecar con un mínimo riesgo para el periné, como es apoyar los pies en un banco⁽²⁴⁾.

6.2.1.5. Eliminar barreras que dificulten o relenticen la micción

Esta medida estaría indicada especialmente a evitar la IUF. Para ello, se recomienda no usar prendas demasiado apretadas o difíciles de quitar (es mejor usar cremalleras o velcros que botones); debemos aconsejar utilizar servicios adaptados que permitan el uso del retrete con facilidad (uso de barandillas, etc.) y que permitan un acceso rápido y libre de obstáculos (escaleras, ausencia de iluminación...). Recomendaremos a la paciente el uso de sustitutos al retrete, como pueden ser los orinales o cuñas colocados próximamente si le es imposible retrasar la micción, y, en caso de que tenga fuertes deseos de orinar, debe saber que no conviene correr inmediatamente para ir al baño, sino que la mejor opción es ir despacio para que la sensación de urgencia disminuya aunque aún no haya orinado^(11,24).

6.2.1.6. Cuidar del suelo pélvico

Es recomendable el uso de posturas adecuadas y debemos informar de aquellas que ayuden a la correcta colocación de los órganos dentro de la pelvis, como puede ser mantener la espalda recta, descansar con los pies en alto, etc⁽²⁴⁾. También debe incluirse aquí la realización de ejercicio de forma regular pero no en cantidad excesiva, ya que como se explicó en los FR, valores de presión intraabdominal muy elevadas pueden conllevar factor de riesgo perineal⁽²⁵⁾.

6.2.1.7. Vaciado vesical con la frecuencia adecuada

Esta medida permite a las pacientes controlar mejor sus escapes urinarios, ya que al mantener la vejiga con un volumen adecuado se evitan las pérdidas tanto por urgencia como por esfuerzo. Resulta evidente que si queremos disminuir la frecuencia miccional y el número de escapes de orina se deberá salir de casa con la vejiga vacía y procurando no haber tomado líquidos de manera excesiva, sobre todo si no se va a tener acceso rápido y seguro a los aseos⁽¹¹⁾.

6.2.2. Medidas de modificación de conducta

El objetivo de estas técnicas es intentar devolver un patrón normal de vaciamiento vesical, promoviendo así la continencia urinaria. Estas intervenciones están consideradas altamente eficaces y para su realización con las pacientes es indispensable una adecuada capacidad física y mental, así como una estimulación adecuada por parte del personal de enfermería que permita su aprendizaje.

Las medidas de modificación de conducta abarcan las siguientes técnicas: la reeducación vesical, el entrenamiento del suelo pélvico, el uso de conos vaginales y las bolas chinas.

6.2.2.1. Reeducación vesical

El objetivo principal de la RV se basa en la modificación del hábito miccional de la paciente y para ello enseñaremos a: aumentar la inhibición cortical sobre el centro miccional, con el fin de restablecer el control perdido sobre la vejiga; aumentar la capacidad vesical para favorecer el autocontrol sobre la micción; mejorar el reflejo muscular esfinteriano, enseñando a la paciente a contraer selectivamente la musculatura del suelo pélvico durante la urgencia; y enseñando a inhibir las contracciones parasitarias del detrusor, disminuyendo la sensación de urgencia⁽²⁴⁾. La RV es un trabajo propio de la enfermería y no se ciñe únicamente a la recuperación de la musculatura, es un proceso que va más allá y requiere del establecimiento con la paciente de unos vínculos, ya que para algunas mujeres la IU sigue siendo un tabú y este procedimiento puede llegar a resultar demasiado íntimo⁽¹⁵⁾.

- a) **Micción programada:** este tipo de reeducación mantiene fijos los intervalos entre las micciones, de modo que de dos a cuatro horas durante el día y de cuatro horas por la noche, la paciente permanecerá sin orinar aunque existan pequeños escapes. En un comienzo, los intervalos entre micciones, se establecerán dependiendo de la gravedad de la IU y el patrón miccional de la paciente (sobre el que obtendremos información a través del diario miccional); aconsejaremos también que la primera micción se realice a primera hora de la mañana, y la última antes de irse a la cama. Si la paciente tuviese la necesidad de orinar antes de cumplirse el periodo de tiempo, debemos indicar que debe aguantar, ya que el propósito de la intervención es “reeducar” la vejiga; y si por el contrario, cuando tenga que orinar, no sintiese la necesidad, debe ir al baño e intentarlo igualmente aunque haya habido algún escape⁽²⁴⁾.
- b) **Micción retardada:** esta técnica podría considerarse como una continuación de la anterior ya que, una vez que ya se haya establecido el intervalo miccional y transcurridos unos dos o tres días en los que la persona se haya mantenido seca, aumentaremos el intervalo media hora aproximadamente. Los incrementos de intervalo se harán de forma progresiva, evitando llegar a la urgencia y hasta que la paciente recupere la normalidad en sus micciones, estableciéndola cada tres o cuatro horas⁽²⁴⁾.

Tanto la micción programada como la retardada requieren de mucho entrenamiento y participación activa por parte del cuidador si hubiese, por lo que la enfermería tiene que intervenir motivando y enseñando tanto al paciente como a su cuidador. Es fundamental, para que se pueda llevar a cabo esta tarea, que la persona sea capaz de realizar tareas rutinarias y que no exista ningún tipo de déficit cognitivo.

- c) **Micción estimulada:** la micción estimulada consiste en preguntar a la persona a intervalos regulares si tiene ganas de ir al baño a orinar o si se encuentra seca. Si la paciente tiene ganas se la deberá acompañar al aseo y debemos darle un tiempo a solas para que orine. En esta

técnica es muy importante proceder al refuerzo verbal por las micciones continentes y también cuando la persona esté seca. Es utilizada con personas que no pueden ir por sí mismas al servicio, por lo que, al igual que las anteriores, va a requerir de la presencia de cuidadores que acompañen de manera regular a la persona al aseo. Esta modalidad de RV es la más utilizada en pacientes institucionalizados, ya que a menudo tienen su estado cognitivo deteriorado, estando entre los mayores riesgos que presenta: la dependencia que puede generarse respecto del cuidador y la incapacidad para salvar la dificultad de movilidad del anciano, muy común en la IU dentro de este colectivo. Por todo ello, esta técnica no se recomienda rutinariamente en personas que son cuidadas en sus casas, siendo mejor poner en marcha programas individualizados⁽²⁴⁾.

- d) **Entrenamiento vesical:** quizá sea esta una de las modalidades más complejas, ya que además de asociar las técnicas horarias, incluye métodos de supresión de la urgencia, por lo que suele estar más indicada en casos de IUU. Para conseguir retrasar la urgencia urinaria la paciente debe sentarse y utilizar técnicas de relajación, distracción y concentración; posteriormente contraerá la musculatura pélvica, como se explicará posteriormente en la RSP, y cuando se haya vencido la urgencia, la paciente deberá pensar cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que orinó, y en el caso de que hayan pasado más de dos horas, puede ir tranquilamente al servicio. Esta técnica de control de la urgencia produce mejores resultados cuando se conserva la sensación de repleción vesical y un buen tono de la musculatura pélvica. Es importante recordar que no se debe ir corriendo a orinar, ya que el movimiento aumentaría la presión contra la vejiga y el estímulo visual de ver el servicio podría propiciar la urgencia⁽²⁴⁾.
- e) **Doble vaciamiento:** el doble vaciamiento es una técnica que permite reducir el residuo postmiccional y, por tanto, se recomienda su uso en todas las situaciones en las que exista un vaciamiento incompleto de la vejiga. La técnica es muy sencilla, y consiste solamente en mantener a la paciente unos instantes más sentada en el servicio, animándola a miccionar nuevamente⁽²⁴⁾.

En muchas ocasiones, hasta las últimas entrevistas, las pacientes no son capaces de sincerarse completamente con el personal de enfermería, por lo que se deberá reevaluar constantemente el proceso, reconociendo las parcelas en las que se ha mejorado y que antes no se atrevían a mencionar, sobre todo en el ámbito de las relaciones de pareja⁽¹⁵⁾.

6.2.2.2. Rehabilitación del suelo pélvico

La kinesioterapia para fortalecer los músculos del suelo pélvico (MSP) se desarrolló en 1948 por Arnold Kegel, y desde entonces ha demostrado ser una gran opción como terapia física para el tratamiento de la IUE, la IUU derivada de la hiperactividad vesical (HV) y la IUM⁽³⁸⁾. Hoy en día, son muchos los estudios que han empezado a revelar los resultados positivos de esta técnica en sesiones en grupo, que además de ser efectiva, tiene un bajo coste, lo que aumenta el número de mujeres que tienen acceso al tratamiento. Cabe señalar además, que la terapia física del suelo pélvico, debe considerarse no solo como tratamiento, sino también como prevención de la IU; ya que su aplicación sistemática durante el embarazo y el puerperio evitará la mayoría de las veces la aparición de síntomas⁽³⁷⁾.

Es importante tener en cuenta que el objetivo de la RSP es diferente en función de si estamos interviniendo en la IUU y la IUE. En la IUE, el objetivo principal se centra en aumentar la eficiencia del esfínter uretral externo, lograr ocluir la uretra y que la presión de cierre uretral sea mayor que la abdominal tanto en reposo como con la realización de esfuerzos (con la contracción del suelo pélvico se consigue que la uretra se desplace en sentido antero-superior y aumente la presión uretral); necesitando un grado elevado de control y fortaleza sobre la musculatura. Por

otro lado, en la IUU, el objetivo se centrará en eliminar la urgencia mediante la contracción del suelo pélvico, lo que no requiere tanta fortaleza ni control⁽²⁴⁾.

Antes de enseñar a una paciente como fortalecer los MSP es necesario saber en qué contexto estaría indicado hacerlo, y según Castro Mandrigal A y cols⁽²⁴⁾, es en las siguientes situaciones:

1. *En la IUE moderada-leve*: sobre todo si la técnica se aplica a pacientes jóvenes (hasta los 60 años) y motivadas que participen en programas supervisados de más de tres meses. En este grupo se recomienda que se cuente con la instrucción adecuada por parte de personal fisioterapeuta y de enfermería, ya que está demostrado que de forma contraria entre un 30 y 70% de las pacientes no aprenderán a realizarlos de forma efectiva.
2. *En la IUE grave*: el tratamiento en este tipo de pacientes siempre será la cirugía, pero es muy probable que siguiendo la práctica de estos ejercicios consigan mejores resultados a largo plazo.
3. *En la IUU e IUM*: existe la evidencia suficiente de que este tipo de terapias es beneficiosa en el control de la urgencia vesical.
4. *En la IU y fecal postparto*: la prevalencia de UI durante el embarazo varía entre el 38 y el 61% y durante el postparto se estima que un 10% de las puérperas sufrirán IUE permanente; por ello, la Comisión de Clínica Práctica de la Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia, basándose en la Guía de la Canadian Task Force, recomienda la RSP en el postparto inmediato, con el fin de disminuir en un futuro el riesgo de padecer IU.

Una vez que se ha determinado a las pacientes sobre las que se va a intervenir, es hora de estructurar cómo se les va a enseñar a fortalecer la musculatura del suelo pélvico, para lo que se dividirá el aprendizaje en cinco fases:

- a) ***Establecimiento de la utilidad del tratamiento rehabilitador***: para determinar la necesidad del tratamiento es importante examinar la integridad del músculo elevador del ano, en particular del músculo pubococcígeo. Y la mejor forma de hacerlo es mediante el tacto vaginal, como se ha explicado anteriormente dentro de la valoración del suelo pélvico en el apartado de la valoración física. El objetivo de esta exploración es evaluar la fuerza de contracción del músculo elevador del ano, el tiempo que la paciente es capaz de mantener dicha contracción y las veces que puede repetirla. La evaluación se hará según la escala modificada de Oxford o escala de Laycock, también descrita en el apartado anteriormente mencionado. Hay ciertos casos en los que a la paciente le resulta imposible contraer dicho músculo, por lo que nos debemos plantear la posibilidad de que este músculo este tan deteriorado que pueda ser imposible realizar un entrenamiento efectivo⁽²⁴⁾; por ello, las pautas de trabajo varían en función de las peculiaridades de cada individuo y sus necesidades, por lo que deberá hacerse paciente a paciente y con un alto grado de individualización, incluyendo en su planificación las necesidades y aptitudes para el aprendizaje⁽¹⁵⁾. Además, si una cosa está clara, es que la terapia ha de estar conducida por un experto, y en la cual enfermería tiene un papel fundamental⁽²¹⁾.
- b) ***Fase de información***: en esta fase se explicará a la paciente la anatomía de la zona, en qué consiste el entrenamiento muscular y la importancia de que realice los ejercicios en su casa. Es importante que el personal de enfermería sepa ganarse la confianza de la paciente para conseguir resolver el problema, ya que se trata de un tema delicado en relación a una zona íntima^(11,24).
- c) ***Fase de identificación***: esta fase es muy importante. Se debe tener en cuenta que un 40% de las mujeres no saben contraer su periné a pesar de haber recibido las instrucciones

necesarias, contrayendo los músculos abdominales en su lugar o, en vez de contraer el suelo pélvico, empujándolo. Lo que se busca es la contracción del músculo pubococcígeo, sin apnea y evitando la contracción de músculos antagonistas (glúteos, aductores, rectos abdominales), y para ello la instrucción verbal nunca suele ser suficiente⁽¹⁵⁾. Puede enseñarse a una mujer a contraer su MSP con las siguientes técnicas⁽¹¹⁾:

- *Pidiéndole que interrumpa el chorro de orina*: la paciente ha de estar sentada, con el tronco inclinado hacia delante y las piernas separadas; entonces cuando vaya a orinar deberá parar el chorro a mitad de la micción.
- *Mediante tacto vaginal*: técnica por la cual la enfermera valora si la mujer ha contraído en suelo pélvico por palpación, pidiéndole a la paciente que realice la misma maniobra que para parar la micción.
- *Visualizando el perineo en un espejo*: observando como asciende el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.
- *Observando el movimiento ascendente de una sonda*: situada en el introito al contraer los MSP.

Para que la paciente pueda asegurarse de que lo hace de forma adecuada, las contracciones siempre deben ser aprendidas bajo palpación vaginal con el uso de los dedos índice y medio apoyados en las dos ramas del elevador del ano; además, es recomendable que sitúe la otra mano en el abdomen, con el fin de descubrir posibles contracciones parasitarias⁽²⁴⁾. Existen casos en los que se puede llegar a instruir a la paciente “in situ”, de modo que se puedan ir corrigiendo los errores que vaya cometiendo⁽¹⁵⁾.

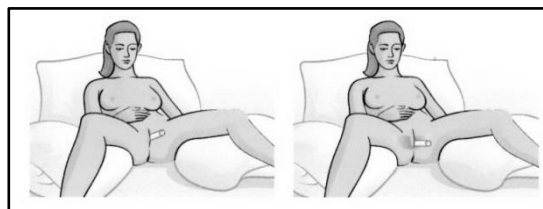


Ilustración 4: Cambio de posición de la sonda al contraer los MSP⁽³⁹⁾. Una mano de la paciente se sitúa en el abdomen con la intención de descubrir posibles contracciones parasitarias.

- d) Fase de entrenamiento o cinesiterapia:** Aquí es donde se realizan los ejercicios propiamente dichos. Antes de empezar, es recomendable relajar los MSP durante tres o cuatro minutos, y puede hacerse de dos formas: una es de rodillas, con el cuerpo inclinado hacia adelante, apoyando los antebrazos en el suelo y la cabeza en las manos; y la otra, tumbada en el suelo, en decúbito supino, con un cojín bajo la pelvis y las piernas sobre una silla^(11,24).

El suelo pélvico está compuesto por dos tipos de fibras, las de tipo I y II, por lo que es necesario enseñar a las pacientes los dos tipos de contracciones diferentes:

- *Fibras de tipo I*: se entrenan mediante contracciones lentas y mantenidas del elevador del ano. Estas contracciones han de ser tan intensas como se pueda, debiendo aguantar la contracción al menos 5 segundos y relajando otros 10 segundos (evitando así la fatiga muscular).
- *Fibras de tipo II*: se entrenan con altas cargas y pocas repeticiones de contracciones rápidas de 2 segundos.

La secuencia de ejercicios rápidos y lentos deberá repetirse al menos tres veces al día (mañana, tarde y noche) durante 10 minutos (ya que un tiempo inferior resulta ineficaz), se empezará por un número reducido de contracciones y daremos pautas para que la paciente vaya aumentándolas progresivamente. Los ejercicios de RSP se realizan en diferentes posturas (decúbito, sedestación y bipedestación). Se debe respirar profundamente durante los

ejercicios, de modo que se relajen los músculos pélvicos durante la inhalación y se contraigan durante la exhalación.

Según la guía de ejercicios elaborada por Sánchez Díaz J y cols⁽³⁹⁾, para fortalecimiento del suelo pélvico, que se ofrece en las consultas de unidad de suelo pélvico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, los ejercicios para la potenciación del suelo pélvico se dividen en cuatro niveles, sumando un quinto al final para la re-educación al esfuerzo; de modo que cuando se realicen los ejercicios de cada nivel sin dificultad podrá pasarse al siguiente. De cada ejercicio recomendado deben hacerse 5 repeticiones lentas, es decir, 10 segundos de contracción y 10 segundos de reposo (si los primeros días la paciente no aguanta 10 segundos de contracción, puede empezar por 3 o 4 e ir subiendo progresivamente hasta que llegue a 10); y 5 repeticiones rápidas, es decir, 4 segundos de contracción para soltar tan rápidamente como pueda y permanecer en reposo 8 segundos.

– Nivel 1: posición cuadrúpeda.

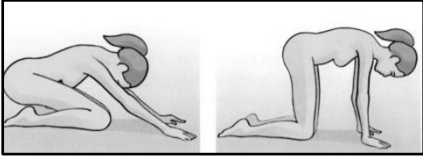
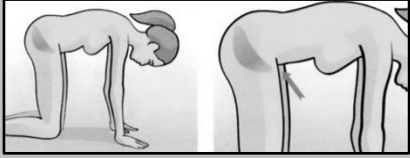
Posición	Etapas
La paciente se colocará en posición cuadrúpeda, con las nalgas sobre los talones. La cabeza y brazos estarán estirados lo máximo posible, pegando la barbilla al pecho. Desde esta posición debe levantarse sin despegar las rodillas ni las manos del suelo y colocarse a en posición cuadrúpeda, dejando la mayor parte del peso del cuerpo sobre las rodillas.	1. Inspirar lentamente, dejando caer el abdomen hacia el suelo y manteniendo la columna sin movimiento. 2. Contracción del suelo pélvico (no el abdomen). 3. Espirar, mantener la contracción del suelo pélvico y meter la parte baja del abdomen.
 Ilustración 5: Nivel 1 de RSP, posición⁽³⁹⁾.	 Ilustración 6: Nivel 1 RSP, espirar y contraer el suelo pélvico⁽³⁹⁾.

Tabla 10: Nivel 1 de RSP, en posición cuadrúpeda⁽³⁹⁾.

- Nivel 2: paciente boca arriba. Se compone de cuatro ejercicios.

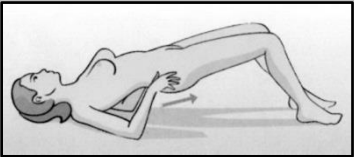
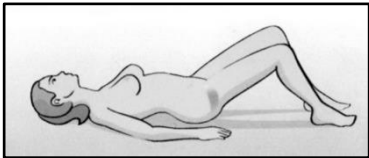
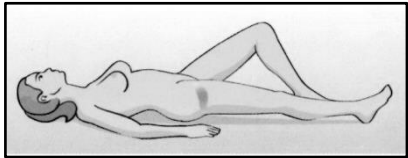
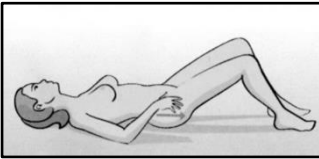
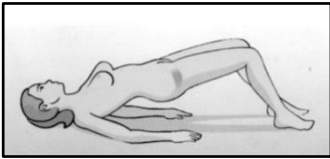
Posición	Autoelongación	Ejercicios
La paciente se colocará tumbada, boca arriba, con las piernas flexionadas, ligeramente separadas y los pies apoyados.	Se eleva la pelvis y se colocan las manos apoyadas sobre las caderas. Se empuja con las manos la pelvis hacia los pies, y así se logra el estiramiento de la columna. Manteniendo esta posición se vuelve a apoyar la pelvis sobre donde estábamos haciendo el ejercicio. 	Ejercicio 1: • Autoelongación. • Inspirar lentamente. • Contraer el suelo pélvico. • Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico.  Ilustración 8: Nivel 2 RSP, ejercicio 1⁽³⁹⁾. Ejercicio 2: Partiendo de la posición del ejercicio anterior, se estira la pierna derecha totalmente y se deja la otra flexionada. • Autoelongación. • Inspirar lentamente. • Contraer el suelo pélvico. • Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico.  Ilustración 9: Nivel 2 RSP, ejercicio 2⁽³⁹⁾. Ejercicio 3: Repetir el ejercicio anterior pero con la pierna izquierda estirada y la derecha flexionada. Ejercicio 4: • Autoelongación. • Inspirar lentamente. • Contraer el suelo pélvico. • Espirar lentamente mientras se eleva la pelvis y se mantiene la contracción del suelo pélvico. • Relajar mientras se baja la pelvis a la posición inicial.   Ilustración 10: Nivel 2 RSP, ejercicio 4, autoelongación⁽³⁹⁾. Ilustración 11: Nivel 2 RSP, ejercicio 4, elevación de la pelvis manteniendo la contracción del suelo pélvico⁽³⁹⁾.

Tabla 11: Nivel 2 de RSP, boca arriba⁽³⁹⁾.

- Nivel 3: paciente en sedestación. Se compone de dos ejercicios.

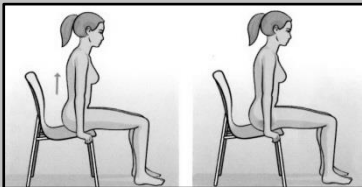
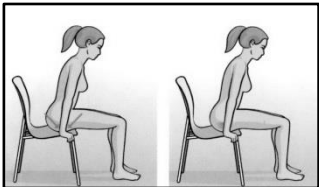
Ejercicios	Posición	Autoelongación	Etapas
Ejercicio 1	Paciente sentada con los pies totalmente apoyados en el suelo. Las rodillas tienen que estar a la altura de las caderas. Manos apoyadas a los lados de las caderas.	Se debe estirar la columna lo máximo posible con la barbilla metida. Mantener esta postura. 	1. Inspirar lentamente. 2. Contraer el suelo pélvico. 3. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico. 4. Relajar la posición durante el tiempo de descanso.
Ejercicio 2	Igual que en el ejercicio anterior.	Estirar la columna lo máximo posible con la barbilla metida. Inclinar ligeramente hacia delante, en esa posición se notará el peso y la contracción ligeramente más desplazada hacia la zona vaginal. Mantener esta postura. 	1. Inspirar lentamente. 2. Contraer el suelo pélvico. 3. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico. 4. Relajar la posición durante el tiempo de descanso.

Tabla 12: Nivel 3 de RSP, sentada⁽³⁹⁾.

- Nivel 4: en bipedestación.

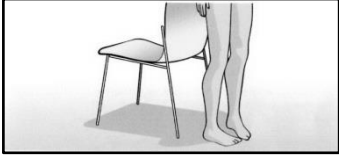
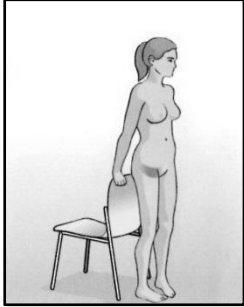
Posición	Autoelongación	Ejercicios
Paciente de pie con una silla detrás. Piernas ligeramente separadas y las puntas de los pies hacia adentro.  Ilustración 14: Nivel 4 RSP, posición⁽³⁹⁾.	Se apoyan las manos sobre el respaldo de la silla (colocada detrás). Se estira la columna lo máximo posible con la barbilla metida. Mantener esta postura.	1. Inspirar lentamente. 2. Contraer el suelo pélvico. 3. Espirar lentamente mientras se mantiene la contracción del suelo pélvico 4. Relajar la posición durante el tiempo de descanso.  Ilustración 15: Nivel 4 RSP, ejercicio⁽³⁹⁾.

Tabla 13: Nivel 4 de RSP, de pie⁽³⁹⁾.

- *Re-educación al esfuerzo:* de pie. Este ejercicio debe convertirse en un hábito en determinados esfuerzos de la vida diaria como la tos, estornudos, levantar pesos, saltos, etc. Es el único ejercicio en el que no hay repeticiones rápidas y lentas; debe realizarse como aprendizaje y utilizar como protección en las situaciones anteriormente citadas.

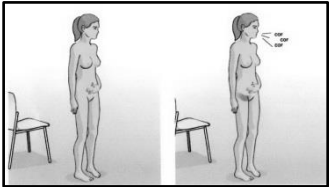
Posición	Palpación	Ejercicios
Paciente de pie, con los brazos a lo largo del cuerpo. Piernas ligeramente separadas.	Una mano ha de colocarse sobre el abdomen o bajo el ombligo.	1. Contraer el suelo pélvico. 2. Toser manteniendo la contracción del suelo pélvico. Es importante que la mano del abdomen no sea empujada hacia fuera.  Ilustración 16: Re-educación al esfuerzo, posición y ejercicio⁽³⁹⁾.

Tabla 14: Nivel 4 de RSP, re-educación al esfuerzo⁽³⁹⁾.

La intensidad en la realización de los ejercicios ha de ser la máxima posible, de forma que cuando se vayan adquiriendo nuevos progresos se incremente su intensidad y duración, pudiendo incluso hacer los ejercicios contra-resistencia usando conos vaginales. Por término general, se recomienda realizar los ejercicios con una frecuencia de entre dos y cinco veces por semana, ya que se ha demostrado que una frecuencia menor no es eficaz, y una mayor no conlleva una mejor recuperación. Si la paciente es constante y regular con los ejercicios puede

empezar notar que es capaz de controlar los escapes en seis semanas; aunque normalmente se establecen periodos entre tres y seis meses en sujetos jóvenes y de mediana edad y más de seis meses en mayores de 60 años⁽²⁴⁾.

- e) **Fase de mantenimiento:** Al ser la disfunción del suelo pélvico un trastorno crónico que va empeorando con el paso del tiempo, una vez que se haya conseguido fortalecer la musculatura no se debe abandonar el hábito, ya que en 10 o 20 semanas la mejora obtenida podría desaparecer. Lo recomendable es ir reduciendo la pauta de entrenamiento poco a poco, manteniendo su intensidad y adaptando la frecuencia y duración; llegando a una rutina deseable de 15 minutos, dos veces al día, una o dos veces por semana.

Estas pacientes necesitan de mucho apoyo y seguimiento por parte del personal de enfermería, por lo que una opción podría ser supervisar sus ejercicios a domicilio cada cierto tiempo y así reforzar en aquellos aspectos necesarios⁽²¹⁾. Una mayor motivación se traduciría en la realización de los ejercicios durante más tiempo, lo que aseguraría su eficacia a largo plazo. Además, es conveniente indicar su realización asociada a determinadas situaciones de la vida cotidiana, como terminar de orinar, contestar al teléfono, esperar en un semáforo o al ascensor, antes o después de subir escaleras como medida de prevención, etc.; teniendo en cuenta que solo se podrán hacer los ejercicios de contracción rápida, ya que los de contracción lenta requieren contar el tiempo^(11,24).

Los efectos de la RSP han sido demostrados en multitud de estudios publicados. En 2011, Nascimento Correia G y cols⁽³⁸⁾, publicaron un estudio aleatorizado controlado que evaluaba los efectos de la kinesioterapia sobre la CV, el nivel de presión y la función de los músculos del suelo pélvico sobre un grupo de 45 mujeres con IU. Los resultados demostraron que el empleo regular de los ejercicios de Kegel aumentaron, tanto la fuerza de los MSP, como la mejora de la IU y la CV. Los datos fueron verificados mediante el uso del KHQ y mostraron ser concluyentes con estudios anteriormente publicados, llegando a reducir la incontinencia hasta el 60% de los casos.

6.2.2.3. Conos vaginales

Los conos vaginales son una buena opción para ejercitar los MSP en el propio domicilio, su utilización es muy sencilla y requiere de poco adiestramiento por parte del personal de enfermería. Son muy útiles para pacientes que presentan IUE y una buena forma de prevenir la IU postparto, siendo imprescindible para su realización tener la suficiente la capacidad contráctil en el periné y control sobre los ejercicios de Kegel.

Los conos vaginales están formados por un juego de cinco conos que tienen el aspecto de un tapón vaginal. Todos están hechos del mismo tamaño, 5 centímetros de largo por 2 de diámetro, pero tienen distinto peso, pudiendo variar de 10 a 70 gramos. En su extremo distal tienen un hilo de nailon, como si fuese un tampón, para que puedan retirarse con facilidad. Al colocar el cono en la cavidad vaginal este tiende a salirse hacia fuera por acción de la gravedad, lo que obliga a la mujer a contraer de forma refleja los músculos de la pelvis en un intento de sostenerlo. De este modo, a la mujer le resulta sencillo identificar cuáles son los músculos implicados en la continencia, y al ir incrementando el peso de los conos de forma gradual va aumentando la fuerza de éstos. Un inconveniente que pueden presentar es que su uso ha de restringirse durante la menstruación, después del coito, con infección vaginal o en presencia de prolapsos. Además, variaciones anatómicas de la vagina, como la laxitud de sus



Ilustración 17: Conos vaginales⁽²⁴⁾.

paredes o alteraciones en su diámetro, pueden hacer que el cono se aloje transversalmente pudiendo llegar a producir heridas.

Los conos pueden usarse tanto en la fase activa como de mantenimiento de la RSP. Es recomendable comenzar con un cono que la mujer sea capaz de mantener sin contracción voluntaria del periné, e ir aumentando en peso poco a poco. Los ejercicios han de hacerse durante 15 minutos, dos veces al día y en deambulación; además se recomienda usarlos durante las actividades cotidianas, ante distintos esfuerzos y en diferentes posiciones, evitando siempre la posición de sentada⁽²⁴⁾.

6.2.2.4. Bolas chinas

Las bolas chinas tienen una utilidad muy similar a los conos vaginales. Son dos bolas unidas por el centro con un cordel, y en su interior poseen una bola más pequeña que vibra con el movimiento. Para usarlas, la mujer ha de introducirse en la vagina y caminar; es suficiente con utilizarlas 10 minutos al día. Con el movimiento, las bolitas que tienen en su interior, producen una vibración que estimula las paredes vaginales e incrementa el flujo sanguíneo de la zona genital, favoreciéndose la mejora del tono muscular y la lubricación natural. El efecto de las bolas chinas solo se produce cuando la mujer está en movimiento, además la fuerza que se hace para mantenerlas en el interior de la vagina ayuda a desarrollar los MSP⁽²⁴⁾.



Ilustración 18: Bolas chinas⁽²⁴⁾.

CONCLUSIONES

Parece ser que, en los últimos años, el interés por la calidad de vida de las mujeres con IU está cobrando cada vez más relevancia en la sociedad y, desde el año 2008 en adelante, puede apreciarse un aumento significativo en el número de artículos publicados por parte de profesionales enfermeros, lo que permite llegar a la conclusión de que la enfermería ha tomado un papel relevante en la atención a los pacientes con incontinencia.

La nueva concepción actual de salud implica una mayor comprensión de los aspectos sociales, entre los que tienen especial relevancia cómo las mujeres valoran su propia incontinencia y cómo les puede llegar a afectar a nivel físico, psicológico, social, cultural, sexual y en el desempeño del rol. Dentro de esta concepción, la IU ha de pasar de ser sólo considerada como un trastorno del estado de salud, a ser considerada como una alteración en la que su causa puede deberse a diferentes etiologías; por lo que, en cada circunstancia concreta, la IU deberá ser descrita especificando los factores relevantes, su tipología, su frecuencia, la severidad, los factores desencadenantes, el impacto social, el impacto sobre la CV, las medidas tomadas y si la persona quiere o no ayuda. Debemos saber que normalmente las mujeres presentan dificultades a la hora de reconocer, asimilar y adaptarse a la pérdida involuntaria de orina; en especial cuando algunas respuestas psicológicas como la negación, la tristeza o la ansiedad, hacen que la búsqueda de cuidados y tratamientos sea mucho más difícil; por lo que debemos permanecer alerta en la búsqueda de indicios o factores predisponentes a posibles pérdidas.

Para abordar las repercusiones en la vida de nuestras pacientes, es necesario contar con herramientas adecuadas, cuestionarios que permitan evaluar la intervención clínica y la propia percepción de la mujer, siendo las encuestas autoadministradas de CV métodos exactos y reproducibles de medida que aportan un valor añadido en su evaluación. Además de estos

cuestionarios, es necesario realizar una valoración general y dirigida completas, y una exploración física general y ginecológica que incluya la prueba de esfuerzo y la valoración neurológica en algunos casos. Tenemos que ser conscientes de que la IU es un trastorno por el que a menudo las mujeres no van a querer consultar, a pesar de su alta prevalencia, por lo que es necesario plantearse un cribado en la propia consulta mediante una simple pregunta abierta: “¿Tiene usted algún problema con la orina?”⁽¹¹⁾.

Es importante destacar que la revisión realizada ha demostrado que las investigaciones publicadas ofrecen pocas referencias sobre testimonios de mujeres, el grado de angustia vivido y los problemas psicosociales que provoca. Aun así, algunos artículos consultados ofrecen una visión cercana al grado de importancia y las dificultades de la incontinencia, no solo relacionadas con la edad, la etnia, la religión, sino también con los significados que cada una de las mujeres da este problema como parte de su vida diaria.

Para terminar, debe mencionarse la importancia del papel de la enfermería en todo el proceso. Cuando se eligen unas intervenciones para el tratamiento de la IU, deben tenerse en cuenta una serie de principios básicos, y esto es debido a que las intervenciones van a estar condicionadas en base al pronóstico de la enfermedad, las limitaciones físicas y mentales, la motivación de la paciente y las posibilidades de colaboración familiar. Las intervenciones enfermeras, tanto en materia de prevención como de tratamiento (EpS, modificación de hábitos de vida, reeducación perineal, etc.), han demostrado una alta tasa de efectividad en la bibliografía consultada, y hoy en día continúan ocupando la primera opción para el tratamiento de la IU debido a su seguridad y ausencia de agresividad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2013 [acceso 2 de marzo de 2013]; [sobre 8 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480612003877>
- (2) Abrams P, Cordazo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from Standardisation Subcommittee of International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; (21):167-168.
- (3) Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Carrión López P, et al. Impacto de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la calidad de vida de las pacientes. *Arch Esp Urol*. 2009; 62(1):22-33.
- (4) Orna Estebana MI, Artero Muñoz JI, Caldentey Isern E, Usieto López L, Cuadra Jiménez P, Isanta Pomar C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *Semergen*. 2011; (7):347-351.
- (5) Arañó P, Rebollo P, González-Segura Alsina D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con incontinencia urinaria mixta. *Actas Urol Esp*. 2009; 33(4):410-415.
- (6) Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A*. 2010; 23(1):52-66.
- (7) da Silva L, Baena de Moraes Lopes, MH. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):72-78.

- (8) Espuña Pons M, Castro Díaz D, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urol Esp.* 2007; 31(5):502-510.
- (9) Song HJ, Han MA, Kang HC, Park KS, Kim KS, Kim MK, et al. Impact of lower urinary tract symptoms and depression on health-related quality of life in older adults. *Int Neurourol J.* 2012; 16(3):132-138.
- (10) Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(6):624-628.
- (11) Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. España: Organización Médica Colegial; 2007 [acceso 10 de marzo de 2013]. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria; [83 p.]. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>
- (12) Orlandi Honório M, Azevedo dos Santos, SM. A rede de apoio ao paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos; The support system to patients with urinary incontinence: the search for support and treatment. *R Enferm UERJ.* 2010; 18(3):383-388.
- (13) Higa R, Baena de Mores Lopes, MH, Ribeiro Turato E. Significados psico-culturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008; 16(4).
- (14) García-Giralda Ruíz L, Guirao Sánchez L, Casas Aranda I, Alfaro González JV, Sánchez Pérez G, Guirao Egea L. Trabajando la incontinencia urinaria en atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. *Arch Esp Urol.* 2007; 60(6):625-632.
- (15) Milla España F, Romero Ruiz A. Reeducción vesical. Respuesta de una paciente. *Evidentia* [Internet]. 2008 [acceso 13 de abril de 2013]; 5(23):[sobre 5 p.]. Disponible en: <http://www.reeducacionvesical.com/evidenti.pdf>
- (16) Maña Gonzalez M, Mesas Sáez A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. *Enferm Clin.* 2002; 12(5):244-248.
- (17) Asociación profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) [Internet]. Canadá: Guía de buenas prácticas enfermeras; 2005 [acceso 19 de mayo de 2013]. Manejo de la incontinencia urinaria mediante evacuación inducida; [56 p.]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Manejo_de_la_incontinencia_mediante_evacuacion_inducida.pdf
- (18) Symonds T. A review of condition-specific instruments to assess the impact of urinary incontinence on health-related quality of life. *Eur Urol.* 2003; 43(3):219-225.
- (19) Adrew da Silva V, D'Elboux MJ. Nurses' interventions in the management of urinary incontinence in the elderly: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(5):1221-1226.
- (20) Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Virseda Rodríguez JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(2):202-210.
- (21) Quintanilla Sanz A. Enfermería y continencia. Una reflexión. *Enfuro.* 2008; (107):14-18.
- (22) Quintana E, Fajardo V, Rodríguez-Antolín J, Aguilera U, Martínez Gómez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco.* 2009; 15(1):839-844.

- (23) Arrue Gabilondo M. Evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo en primigrávidas a término. Seguimiento a los 6, 9, 12 y 24 meses postparto. San Sebastián: Universidad del País Vasco; 2011.
- (24) Campos López-Carrión M, Madrigal Castro A, Lozano Fernández MP, Morán Duque MC, Vázquez Rodríguez B. Curso de Incontinencia Urinaria. Euromedice; 2012.
- (25) Martínez Bustelo S, Martínez Rodríguez A, Viñas Diz S, Patiño Núñez S, Ferri Morales A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia*. 2004; 26(5):266-280.
- (26) Booth J, Skelton D, Howe T, Ballinger C, MacInnes C. The effects of lifestyle and behavioural interventions for urinary incontinence on mobility, physical activity and falls in older people: A comprehensive systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2009; 7(Supl 16):87-111.
- (27) Wieslander CK. Abordaje clínico y valoración en la consulta de la paciente con disfunción del suelo pélvico. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009; 36(3):445-462.
- (28) Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form: un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(8):288-292.
- (29) Guillén del Castillo A, Espada Puedo A, Legarra Muruzábal S, García López M, Garayoa Arizcuren B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida: estudio desde una consulta de urología. *Enfuro*. 2008; (106):9-12.
- (30) Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114(17):647-652.
- (31) Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112(Supl 1):79-85.
- (32) Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28(6):425-429.
- (33) Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2):135-150.
- (34) Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; 69(2):118-125.
- (35) Neves de Sousa C, Nascimento A, Machado Andrade M. Incontinencia urinaria versus calidad de vida. *Rev AE Enferm Urolog*. 2005; (95):27-29.
- (36) Jaén Izquierdo R, Molina Pérez C, Moreno Díaz MC. ¿Es beneficiosa la aplicación de una intervención de cuidados enfermeros integral y estandarizada en mujeres con incontinencia urinaria? *Evidentia*. 2010; 7(31):1-3.
- (37) Napal Ros C, Lara Bueno C, Echeandía Valencia B, Egaña Gorraíz C, Lezaún Arrón R. Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria. *Enfuro*. 2004; (89):8-10.

(38) Nascimento Correia G, Santos Pereira V, Tahara N, Driusso P. Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico en la calidad de vida de un grupo de mujeres con incontinencia urinaria: estudio aleatorizado controlado. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2011 [acceso 25 de junio de 2013]; 36(4):[sobre 6 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021048061100307X>

(39) Cerezuela Requera JF, Sánchez Díaz J, Cuesta Coca MC, Gregorio de la Fuente, ME. Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Madrid: Astellas Pharma; 2008.

(40) Servicio Andaluz de Salud [sede Web]. Andalucía: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [acceso 19 de mayo de 2013]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Autonomía para las actividades de la vida diaria, Barthel. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_AutoAVD_Barthel.pdf

(41) Gerencia de las áreas de salud de Badajoz y Llerana-Zafra [sede Web]. Extremadura: Consejería de Salud y Política Social; 2013 [acceso 19 de mayo de 2013]. Mini Examen Cognoscitivo o MEC de Lobo. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/datos/atencion_primaria/escalas-cuestionarios/MINI%20EXAMEN%20COGNITIVO%20o%20MEC.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Barthel⁽⁴⁰⁾.

Fecha:...../...../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

1. Comer:

- (10) ☐ Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) ☐ Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) ☐ Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

2. Lavarse (bañarse):

- (5) ☐ Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) ☐ Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

3. Vestirse:

- (10) ☐ Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) ☐ Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) ☐ Dependiente.

4. Arreglarse:

- (5) ☐ Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) ☐ Dependiente. Necesita alguna ayuda.

5. Deposición:

- (10) ☐ Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) ☐ Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) ☐ Incontinente.

6. Micción (valorar la semana previa):

- (10) ☐ Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) ☐ Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) ☐ Incontinente.

7. Usar el retrete:

- (10) ☐ Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) ☐ Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) ☐ Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

8. Traslado al sillón/cama:

- (15) ☐ Independiente. No precisa ayuda.
- (10) ☐ Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) ☐ Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) ☐ Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

9. Deambulación:

- (15) ☐ Independiente. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta, etc.), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) ☐ Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) ☐ Independiente. En silla de ruedas puede recorrer 50 metros. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) ☐ Dependiente.

10. Subir/bajar escaleras:

- (10) ☐ Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) ☐ Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) ☐ Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- Independiente: 100 ptos (95 si permanece en silla de ruedas).
- Dependiente leve: >60 ptos.
- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- Dependiente total: <20 ptos.

Anexo 2: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)⁽⁴¹⁾.

Fecha:...../...../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Nivel de conciencia: ☐ Alerta☐ Obnubilación☐ Estupor☐ Coma**1. Orientación:**

Dígame el:

- Día:
- Fecha:
- Mes:
- Estación:
- Año:

Puntuación: sobre 5.

Dígame el hospital (o lugar) donde estamos:

- Planta:
- Ciudad:
- Provincia:
- País:

Puntuación: sobre 5.

- 2. Memoria de fijación:** Decir al paciente que vamos a explorar su memoria, y entonces le instamos a que repita estas tres palabras: “peseta, caballo, manzana” y las recuerde (la primera repetición es la que determina la puntuación de 0 a 3. Repetirlas hasta que las aprenda, con un límite de 6 intentos, y apuntar el número de intentos; si no aprende las 3 no se podrá explorar la memoria de evocación (número de intentos)).

“Repita estas tres palabras hasta que se las aprenda: peseta, caballo, manzana”.

Puntuación: sobre 3.

3. Concentración y cálculo:

“Si usted tiene 30 pesetas y le van quitando de tres en tres ¿cuántas le van quedando?”. Hacer un total de 5 restas y dar un punto por cada una correcta.

Puntuación: sobre 5.

“Ahora repita estos números: 5, 9, 2”. Repetir hasta que los aprenda y apuntar el número de intentos (número de intentos).

Puntuación: sobre 3.

4. Memoria y evocación:

“¿Recuerda las tres palabras de antes?”

Puntuación: sobre 3.

5. Lenguaje y construcción:

Mostrar un bolígrafo y preguntar qué es, repetir procedimiento con un reloj.

Puntuación: sobre 2.

Pedir que repita esta frase: “en un trigal había cinco perros”. Un punto si es correcto.

Puntuación: sobre 1.

“Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Entonces que son un perro y un gato?, ¿y el rojo y el verde?”

Puntuación: sobre 2.

Pedirle que siga la orden: “coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo”. Un punto por cada acción correcta.

Puntuación: sobre 3.

“Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS”. Ofrecer papel aparte con la orden.

Puntuación: sobre 1.

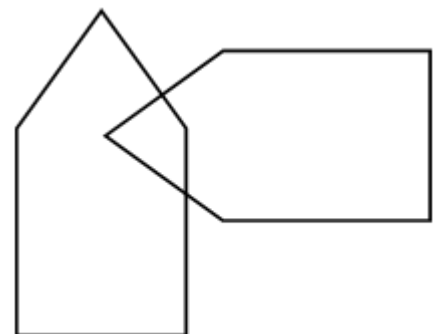
“Escriba una frase aquí” (ofrecer papel). La frase debe ser escrita espontáneamente, no vale dictarla. Debe contener sujeto, verbo y predicado y tener sentido. No es precisa una gramática perfecta y no vale la firma.

Puntuación: sobre 1.

Cogiendo una hoja en blanco se le dice: “copie este dibujo exactamente”. Dos pentágonos de 5 lados cerrados y los dos deben hacer intersección para puntuar 1 punto. No importa el temblor o la rotación.

Puntuación: sobre 1.

PUNTUACIÓN TOTAL: sobre 35.



Puntuación en menores de 65 años:

- Deterioro cognitivo leve: <28 puntos.
- Deterioro cognitivo grave: <24 puntos.

Normas básicas para la correcta aplicación del test:

1. Orientación: seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).
2. Fijación: repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.
3. Concentración: si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: “si tiene 30 euros y me da 3 ¿cuántos euros le quedan?” y “a continuación siga dándome de 3 en 3” (sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta. Por ejemplo, 5-9-2 (lo correcto es 2-9-5); si dice 9-2-5 le corresponde 1 punto.
4. Memoria: seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle (un punto por cada palabra recordada).
5. Lenguaje y construcción: seguir las instrucciones puntualizando que:
 - Ha de leerse la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.
 - Semejanzas; para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente “colores”. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de “x” características o bichos.
 - En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.
 - Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recaltar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.
 - Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto).
 - Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

Anexo 3: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)⁽²⁹⁾.

Fecha:...../...../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

Por favor escriba la fecha de su nacimiento:/...../.....

Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

1. Usted es (señale cual): ☐ Mujer ☐ Varón

2. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque una):

1 Nunca ☐

2 Una vez a la semana o menos ☐

3 Dos o tres veces a la semana ☐

4 Una vez al día ☐

5 Varias veces al día ☐

6 Continuamente ☐

3. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no, marque uno):

1 No se me escapa nada ☐

2 Muy poca cantidad ☐

3 Una cantidad moderada ☐

4 Mucha cantidad ☐

4. Estos escapes de orina que tiene ¿cuánto afectan su vida diaria? Por favor marque una cruz, en la siguiente lista, un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5:.....

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

5. ¿Cuándo pierde orina? (Señale todo lo que le pasa a usted)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 nunca pierde orina | ☐ |
| 2 pierde orina antes de llegar al WC | ☐ |
| 3 pierde orina cuando tosa o estornuda | ☐ |
| 4 pierde cuando duerme | ☐ |
| 5 pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio | ☐ |
| 6 pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido | ☐ |
| 7 pierde orina sin un motivo evidente | ☐ |
| 8 pierde orina de forma continua | ☐ |

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

Anexo 4: Kings Health Questionnaire (KHQ)⁽³⁰⁾.

Fecha:...../...../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?Muy bueno ☐Bueno ☐Regular ☐Malo ☐Muy malo ☐**2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?**No, en absoluto ☐Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?

Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente marque con una cruz el casillero que corresponda a su caso.

A. Limitaciones en sus actividades diarias:**3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?**No, en absoluto ☐Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

B. Limitaciones físicas y sociales:

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc.?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

C. Relaciones personales:

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

D. Emociones:

12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

E. Sueño/energía:

15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

No, en absoluto ☐

Un poco ☐

Moderadamente ☐

Mucho ☐

F. ¿Con qué frecuencia se encuentra en las siguientes situaciones?:

17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?

Nunca ☐

A veces ☐

A menudo ☐

Siempre ☐

18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

- | | |
|----------|--------------------------|
| Nunca | ☐ |
| A veces | ☐ |
| A menudo | ☐ |
| Siempre | ☐ |

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

- | | |
|----------|--------------------------|
| Nunca | ☐ |
| A veces | ☐ |
| A menudo | ☐ |
| Siempre | ☐ |

20. ¿Está preocupado/a por si huele?

- | | |
|----------|--------------------------|
| Nunca | ☐ |
| A veces | ☐ |
| A menudo | ☐ |
| Siempre | ☐ |

21. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?

- | | |
|----------|--------------------------|
| Nunca | ☐ |
| A veces | ☐ |
| A menudo | ☐ |
| Siempre | ☐ |

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija sólo aquellos problemas que usted tenga en la actualidad y márquelos con una cruz, deje sin contestar los que no correspondan a su caso.

G. ¿Hasta qué punto le afecta?:

22. Frecuencia: ir al baño muy a menudo.

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Un poco | ☐ |
| Moderadamente | ☐ |
| Mucho | ☐ |

23. Nicturia: levantarse durante la noche para orinar.Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**24. Urgencia: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar.**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**25. Incontinencia por urgencia: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar.**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**26. Incontinencia por esfuerzo: escape de orina por actividad física (ej. toser, estornudar, correr, etc.).**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**27. Enuresis nocturna: mojar la cama durante la noche.**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**28. Incontinencia en el acto sexual: escape de orina durante el acto sexual (coito).**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐

29. Infecciones frecuentes en las vías urinarias:Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**30. Dolor en la vejiga:**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**31. Dificultad al orinar:**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐**32. Otro problema urinario (especifique):**Un poco ☐Moderadamente ☐Mucho ☐

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.

Anexo 5: EuroQoL-5 dimensiones (EQ-5D) ⁽²⁹⁾.

Fecha:...../...../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

Visita: ☐10 ☐30 ☐60 ☐120 meses.

Marque con una cruz las casillas con aquellas afirmaciones que describan mejor su estado de salud el día de hoy.

1. Movilidad:No tengo problemas para caminar ☐Tengo algunos problemas para caminar ☐Tengo que estar en cama ☐**2. Cuidado personal:**No tengo problemas con el cuidado personal ☐Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo ☐Soy incapaz de lavarme o vestirme solo ☐**3. Actividades cotidianas (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas, etc.):**No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas ☐**4. Dolor/malestar:**No tengo dolor ni malestar ☐Tengo un dolor o malestar moderado ☐Tengo mucho dolor o malestar ☐**5. Ansiedad/depresión:**No estoy ansioso ni deprimido ☐Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐Estoy muy ansioso o deprimido ☐

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea en el punto en el que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado

de salud

imaginable
100

99

98

97

96

95

94

93

92

91

90

89

88

87

86

85

84

83

82

81

80

79

78

77

76

75

74

73

72

71

70

69

68

67

66

65

64

63

62

61

60

59

58

57

56

55

54

53

52

51

50

49

48

47

46

45

44

43

42

41

40

39

38

37

36

35

34

33

32

31

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Peor estado

de salud

imaginable

Anexo 6: Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36)⁽³³⁾.

Fecha:...../...../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1 Excelente | ☐ |
| 2 Muy buena | ☐ |
| 3 Buena | ☐ |
| 4 Regular | ☐ |
| 5 Mala | ☐ |

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1 Mucho mejor ahora que hace un año | ☐ |
| 2 Algo mejor ahora que hace un año | ☐ |
| 3 Más o menos igual que hace un año | ☐ |
| 4 Algo peor ahora que hace un año | ☐ |
| 5 Mucho peor ahora que hace un año | ☐ |

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | ☐ |
| 2 Sí, me limita un poco | ☐ |
| 3 No, no me limita nada | ☐ |

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho ☐
- 2 Sí, me limita un poco ☐
- 3 No, no me limita nada ☐

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho ☐
- 2 Sí, me limita un poco ☐
- 3 No, no me limita nada ☐

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho ☐
- 2 Sí, me limita un poco ☐
- 3 No, no me limita nada ☐

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho ☐
- 2 Sí, me limita un poco ☐
- 3 No, no me limita nada ☐

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho ☐
- 2 Sí, me limita un poco ☐
- 3 No, no me limita nada ☐

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho ☐
- 2 Sí, me limita un poco ☐
- 3 No, no me limita nada ☐

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | ☐ |
| 2 Sí, me limita un poco | ☐ |
| 3 No, no me limita nada | ☐ |

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | ☐ |
| 2 Sí, me limita un poco | ☐ |
| 3 No, no me limita nada | ☐ |

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1 Sí, me limita mucho | ☐ |
| 2 Sí, me limita un poco | ☐ |
| 3 No, no me limita nada | ☐ |

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1 Sí | ☐ |
| 2 No | ☐ |

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1 Sí | ☐ |
| 2 No | ☐ |

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | |
|------|--------------------------|
| 1 Sí | ☐ |
| 2 No | ☐ |

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí ☐

2 No ☐

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí ☐

2 No ☐

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí ☐

2 No ☐

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí ☐

2 No ☐

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada ☐

2 Un poco ☐

3 Regular ☐

4 Bastante ☐

5 Mucho ☐

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 1 No, ninguno | ☐ |
| 2 Sí, muy poco | ☐ |
| 3 Sí, un poco | ☐ |
| 4 Sí, moderado | ☐ |
| 5 Sí, mucho | ☐ |
| 6 Sí, muchísimo | ☐ |

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1 Nada | ☐ |
| 2 Un poco | ☐ |
| 3 Regular | ☐ |
| 4 Bastante | ☐ |
| 5 Mucho | ☐ |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Siempre | ☐ |
| 2 Casi siempre | ☐ |
| 3 Muchas veces | ☐ |
| 4 Algunas veces | ☐ |
| 5 Sólo alguna vez | ☐ |
| 6 Nunca | ☐ |

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1 Totalmente cierta | ☐ |
| 2 Bastante cierta | ☐ |
| 3 No lo sé | ☐ |
| 4 Bastante falsa | ☐ |
| 5 Totalmente falsa | ☐ |

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1 Totalmente cierta | ☐ |
| 2 Bastante cierta | ☐ |
| 3 No lo sé | ☐ |
| 4 Bastante falsa | ☐ |
| 5 Totalmente falsa | ☐ |

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1 Totalmente cierta | ☐ |
| 2 Bastante cierta | ☐ |
| 3 No lo sé | ☐ |
| 4 Bastante falsa | ☐ |
| 5 Totalmente falsa | ☐ |

36. Mi salud es excelente.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1 Totalmente cierta | ☐ |
| 2 Bastante cierta | ☐ |
| 3 No lo sé | ☐ |
| 4 Bastante falsa | ☐ |
| 5 Totalmente falsa | ☐ |

Anexo 7: Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)⁽³⁴⁾.

Fecha:...../...../.....

Nombre:.....

Apellidos.....

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales.

Definiciones:

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta. Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- | | |
|--|--------------------------|
| Siempre o casi siempre | ☐ |
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | ☐ |
| A veces (alrededor de la mitad) | ☐ |
| Pocas veces (menos que la mitad) | ☐ |
| Casi nunca o nunca | ☐ |

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Muy alto | ☐ |
| Alto | ☐ |
| Moderado | ☐ |
| Bajo | ☐ |
| Muy bajo o nada | ☐ |

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Siempre o casi siempre | ☐ |
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | ☐ |
| A veces (alrededor de la mitad) | ☐ |
| Pocas veces (menos que la mitad) | ☐ |
| Casi nunca o nunca | ☐ |

4. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Muy alto | ☐ |
| Alto | ☐ |
| Moderado | ☐ |
| Bajo | ☐ |
| Muy bajo o nada | ☐ |

5. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Muy alta confianza | ☐ |
| Alta confianza | ☐ |
| Moderada confianza | ☐ |
| Baja confianza | ☐ |
| Muy baja o nada de confianza | ☐ |

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual	☐
Siempre o casi siempre	☐
La mayoría de las veces (más que la mitad)	☐
A veces (alrededor de la mitad)	☐
Pocas veces (menos que la mitad)	☐
Casi nunca o nunca	☐

7. En las últimas 4 semanas, ¿con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual	☐
Siempre o casi siempre	☐
La mayoría de las veces (más que la mitad)	☐
A veces (alrededor de la mitad)	☐
Pocas veces (menos que la mitad)	☐
Casi nunca o nunca	☐

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual	☐
Extremadamente difícil o imposible	☐
Muy difícil	☐
Difícil	☐
Poco difícil	☐
No me es difícil	☐

9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

No tengo actividad sexual	☐
Siempre o casi siempre la mantengo	☐
La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)	☐
A veces la mantengo (alrededor de la mitad)	☐
Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)	☐
Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final	☐

10. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

No tengo actividad sexual	☐
Extremadamente difícil o imposible	☐
Muy difícil	☐
Difícil	☐
Poco difícil	☐
No me es difícil	☐

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

No tengo actividad sexual	☐
Siempre o casi siempre	☐
La mayoría de las veces (más que la mitad)	☐
A veces (alrededor de la mitad)	☐
Pocas veces (menos que la mitad)	☐
Casi nunca o nunca	☐

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Extremadamente difícil o imposible | ☐ |
| Muy difícil | ☐ |
| Difícil | ☐ |
| Poco difícil | ☐ |
| No me es difícil | ☐ |

13. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Muy satisfecha | ☐ |
| Moderadamente satisfecha | ☐ |
| Ni satisfecha ni insatisfecha | ☐ |
| Moderadamente insatisfecha | ☐ |
| Muy insatisfecha | ☐ |

14. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Muy satisfecha | ☐ |
| Moderadamente satisfecha | ☐ |
| Ni satisfecha ni insatisfecha | ☐ |
| Moderadamente insatisfecha | ☐ |
| Muy insatisfecha | ☐ |

15. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Muy satisfecha | ☐ |
| Moderadamente satisfecha | ☐ |
| Ni satisfecha ni insatisfecha | ☐ |
| Moderadamente insatisfecha | ☐ |
| Muy insatisfecha | ☐ |

16. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Muy satisfecha | ☐ |
| Moderadamente satisfecha | ☐ |
| Ni satisfecha ni insatisfecha | ☐ |
| Moderadamente insatisfecha | ☐ |
| Muy insatisfecha | ☐ |

17. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Siempre o casi siempre | ☐ |
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | ☐ |
| A veces (alrededor de la mitad) | ☐ |
| Pocas veces (menos que la mitad) | ☐ |
| Casi nunca o nunca | ☐ |

18. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo actividad sexual | ☐ |
| Siempre o casi siempre | ☐ |
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | ☐ |
| A veces (alrededor de la mitad) | ☐ |
| Pocas veces (menos que la mitad) | ☐ |
| Casi nunca o nunca | ☐ |

19. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual ☐
- Muy alto ☐
- Alto ☐
- Moderado ☐
- Bajo ☐
- Muy bajo o nada ☐

Puntuación del IFSF					
Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14-16	0-5	0,4	0,8	6
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
			Rango total	2	36

Tabla 15: Puntuación del IFSF⁽³⁴⁾.