

Implantación de un programa en incontinencia urinaria en un centro de salud

Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria®

Introducción. La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud con una elevada prevalencia, por lo que es imposible limitar su diagnóstico y tratamiento al nivel especializado.

Objetivo. Analizar los resultados tras un año de implantación de un programa en IU en el Centro de Salud (CS) de Cabra.

Programa. Atención primaria realiza la detección de casos, la valoración básica y el tratamiento, así como el seguimiento en los casos no complicados; los complicados son remitidos al especialista, que completa su estudio y decide su indicación quirúrgica. Tras el alta, el seguimiento se lleva a cabo en atención primaria.

Resultados. La cobertura del programa fue del 4% (41 personas) de los incontinentes. El tiempo medio de evolución hasta la consulta fue de 7,4 años. La IU mixta constituyó el diagnóstico más frecuente (51%). En 39 casos, la severidad fue moderada/importante. A 10 sujetos la IU les impedía realizar actividades físicas, en 11 casos afectaba a sus relaciones de pareja, 25 sujetos manifestaron sentimientos negativos y 24 deseaban operarse. En 12 sujetos se eliminaron los escapes de orina al final de la rehabilitación y en siete tras un seguimiento más prolongado; en el resto se produjeron cambios positivos en la severidad, el estado afectivo, uso de elementos de protección y el deseo de someterse a cirugía. Para los sujetos tratados el resultado fue aceptable o exitoso. El programa consumió 1 h semanal del médico y 3 h de la enfermera.

Conclusiones. El programa descrito es ágil, sencillo y eficiente para abordar la IU y garantizar su continuidad asistencial.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Programa de salud. Atención primaria.

INTRODUCTION OF A URINARY INCONTINENCE PROGRAMME AT A HEALTH CENTRE

Introduction. Urinary incontinence (UI) is an extremely widespread health problem, which makes it impossible to restrict its diagnosis and treatment to specialist clinics.

Objective. To analyse the results of a year's UI programme at Cabra Health Centre.

Programme. In straightforward cases, detection, basic assessment and treatment, and follow-up take place in primary care (PC). Complex cases are referred to specialists, who complete the examination and decide on a surgical indication. On discharge they are monitored in PC.

Results. The programme covered 4% (41 people) of incontinent patients. Mean time of evolution till consultation was 7.4 years. Mixed UI was the most common diagnosis (51%). Severity was moderate/severe in 39 cases. UI prevented 10 people from undertaking physical activities and affected 11 people's relationships with their partner. 25 people showed negative feelings, and 24 wanted an operation. Twelve people had no involuntary passage of urine at the end of rehabilitation; and 7 had none after longer follow-up. The rest had positive changes in severity, their state of mind, use of protective items and wish for an operation. The results were acceptable or successful for the people treated. The programme took up an hour a week of doctor's time, and three hours of nursing time.

Conclusions. The programme described is an agile, simple and efficient way of tackling UI and securing ongoing attendance.

Key words: Urinary incontinence. Health programme. Primary care.

Centro de Salud de Cabra
(Córdoba). España.

Correspondencia:
Francisco Javier Gavira Iglesias.
Urbanización Los Poleares, 23.
14900 Lucena. Córdoba.
España.
Correo electrónico:
med1549@ya.com

Manuscrito recibido el 19 de junio de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 18 de septiembre de 2002.

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud que afecta al 15-30% de las personas menores de 65 años y entre el 30-55% de las de 65 o más años. La prevalencia aumenta con la edad y es mayor en la mujer que en el varón¹⁻³.

A pesar de que la incontinencia tiene en los afectados un importante impacto físico, psíquico y social, permanece con frecuencia como un problema oculto, ya que sólo un tercio de los que la sufren busca ayuda profesional^{4,5}.

Además, la IU produce sobrecarga en los familiares y cuidadores y genera un elevado coste económico para el sistema sanitario público⁶.

Actualmente, con las diferentes opciones terapéuticas (procedimientos quirúrgicos, farmacológicos, conductuales y dispositivos) se consiguen tasas de curación de la incontinencia próximas al 40-50% y de mejoría de hasta un 75-80% de los casos. En el restante 20-25% de los casos no se consigue mejoría o curación de la incontinencia y las medidas terapéuticas, fundamentalmente paliativas, se dirigen a mejorar la comodidad del paciente y su entorno⁷⁻⁹.

La mayoría de los expertos sostiene que, dada la alta prevalencia de IU en la población general, y especialmente en las mujeres, no es posible limitar a los especialistas (urólogos y ginecólogos) su diagnóstico y tratamiento, por lo que los sanitarios de atención primaria deben estar capacitados para realizar una valoración básica de este remediable problema. Tras esta valoración, en un elevado número de casos (pacientes con IU de esfuerzo, de urgencia o mixta, con residuo vesical posmiccional normal y hallazgos clínicos no complicados) se podrá establecer un diagnóstico y el tratamiento correspondiente. En otros casos habrá que derivar a los pacientes a otro nivel asistencial para una valoración más exhaustiva y tratamiento^{7,10-16}.

Objetivo

El día 1 de marzo de 2001 se puso en marcha, en el Centro de Salud de Cabra, un programa en incontinencia urinaria. El presente trabajo tiene por objeto analizar los resultados conseguidos un año después de la implantación de dicho programa (1 de marzo de 2001 a 28 de febrero de 2002) en relación con:

1. Cobertura del programa.
2. Delimitación de los tipos de incontinencia diagnosticados.
3. Personas sometidas a las diferentes modalidades de tratamiento.
4. Resultados:
 - Impacto pre y postratamiento.
 - Cambios en la gravedad
 - Uso de elementos de protección.
 - Cambios en el estado afectivo.
 - Deseo de someterse a intervención quirúrgica.
 - Opinión del paciente y del médico.

5. Derivaciones realizadas al segundo nivel.

6. Rendimiento del programa (número de sesiones realizadas por médico y enfermera y tiempo consumido).

Programa

El programa en incontinencia urinaria se define funcionalmente como una secuencia de actividades destinadas a proporcionar a personas con pérdida involuntaria de orina por la uretra (ya sea por la comunicación del paciente o su cuidador, respuesta afirmativa a preguntas de detección del problema o por la demostración clínica o urodinámica de la pérdida), procedentes de cualquier nivel asistencial, un estudio completo de su problema, una información adecuada a las diferentes posibilidades terapéuticas, un tratamiento integral (medidas generales, tratamiento conductual, farmacológico, quirúrgico y medidas paliativas) y un seguimiento adecuado hasta la confirmación de la curación, mejoría o agotamiento de las posibilidades de tratamiento del problema.

Se excluyen de este proceso la hiperplasia benigna de próstata, la enuresis en menores de 14 años y la pérdida de orina por otro sitio diferente de la uretra (incontinencia urinaria extrauretral).

La previsión de incontinencia urinaria en la población de Cabra es de 3.237 personas. Si de toda la IU prevista sólo se comunica a los profesionales un 32% de los casos⁵, tendríamos más de 1.036 casos en una población de 20.000 habitantes.

El programa es llevado a cabo en dispensario por un médico y una enfermera de la plantilla del centro de salud. Consta de las siguientes actividades:

Detección de incontinencia urinaria

Realizada por el médico y la enfermera en la consulta de atención primaria (AP) y en cualquier momento del contacto con el paciente. Ante la presencia de factores de riesgo, formulaban preguntas del tipo: *¿Tiene problemas con la vejiga de la orina?, ¿Se le escapa la orina de forma involuntaria e inesperada sin que sea capaz de evitarlo?* Se consideran factores de riesgo de desarrollo de incontinencia urinaria: inmovilidad, enfermedad crónica degenerativa, deterioro cognitivo, depleción estrogénica, diabetes, ictus, delirio, uso de fármacos, obesidad mórbida, debilidad de la musculatura pélvica, multiparidad, impacto fecal, barreras ambientales y actividad física de alto impacto. Además, se colocaron carteles en las salas de espera del centro de salud con estas preguntas para estimular a los pacientes a consultar con su médico en caso de respuesta afirmativa a dichas preguntas. Las personas que consultaban a su médico o su enfermera eran derivadas al médico responsable del programa en IU en el centro de salud. A continuación se describe la secuencia de visitas del programa.

Evaluación básica, diagnóstico y plan de tratamiento

Son efectuadas por el médico en consulta programada, en dos visitas de 30 min cada una. En la visita 1 se realiza una historia clínica completa y se pide una analítica básica (glucosa, urea, creatinina, Na, K, Ca, P y urocultivo). La historia clínica recoge datos sociodemográficos, antecedentes generales y obstétrico-ginecológicos en relación con la IU. En la anamnesis se recopilan datos sobre las circunstancias en las que se pierde orina, las frecuencias miccionales nocturna y diurna y el uso de protección frente a la IU. El impacto psicosocial se valora mediante la versión validada en castellano del Cuestionario de Impacto de Incontinencia y, además, se hace una pregunta sobre la disposición del paciente a someterse a tratamiento quirúrgico. Para valorar la gravedad de la IU se utilizó la escala de Sandvik¹⁷, que se obtiene multiplicando la frecuencia registrada (1 = menos de una vez al mes; 2 = una o varias veces al mes; 3 = una o varias veces a la semana; 4 = cada día y/o cada noche) por el volumen (1 = gotas o poca cantidad; 2 = mucha cantidad) de las pérdidas de orina. El valor del índice resultante (de 1 a 8) permite clasificar posteriormente la IU en ligera (1-2), moderada (3-4) y severa (6-8). La gravedad se valora también al final de cada sesión de rehabilitación y de cada consulta de revisión postratamiento.

En la exploración física se recogen datos antropométricos y se realiza la prueba de esfuerzo (maniobra de Valsalva en decúbito supino, con la vejiga llena y las piernas flexionadas) y la maniobra de Bonney (elevación manual de la pared vaginal anterior incluyendo el cuello vesical con los dedos índice y medio) antes de que la paciente orine. Una vez que ha orinado se explora el abdomen y la sensibilidad perineal y se procede a la medición del residuo vesical posmiccional (RVP) mediante sondaje vesical. En la segunda visita (que tiene lugar 7-10 días después de la primera) se comunican al paciente los resultados analíticos y el diagnóstico y se consensúa el plan de tratamiento a seguir.

La secuencia del plan de tratamiento es la siguiente:

- Modificaciones higiénico-dietéticas y tratamiento rehabilitador: ejercicios de suelo pélvico mediante *biofeedback* (consiste en enseñar a que el sujeto tome conciencia de los músculos que tiene que contraer, hacer que los contraiga y darle información de cómo está realizando la contracción). Se aplican en todos los casos, cualquiera que sea el tipo de IU.
- Tratamiento farmacológico: estrógenos locales en caso de vaginitis atrófica y tolterodina, 2 mg/12 h, en caso de IU de urgencia o mixta.

Tratamiento rehabilitador (ejercicios de suelo pélvico mediante biofeedback): visitas 1-6

Es llevado a cabo por la enfermera, con un total de 6 sesiones con periodicidad semanal. En cada sesión, de 20 min de duración, la enfermera enseña al paciente, mediante un perineómetro, a contraer la musculatura del

suelo pélvico sin usar los músculos agonistas (rectos del abdomen, aductores del muslo y glúteos) y registra en cmH₂O los tonos basal y máximo conseguidos y las duraciones de las contracciones y el período de reposo entre ellas.

Derivación a atención especializada

El médico responsable del programa remite el paciente al urólogo o el ginecólogo ante uno o varios de los siguientes criterios: diagnóstico incierto, fracaso de ensayo terapéutico tras 8 semanas, necesidad de intervención quirúrgica, hematuria sin infección, residuo vesical posmiccional mayor de 100 ml, problemas neurológicos, sospecha de cáncer de próstata, evidencia de alteraciones anatómicas, obstrucción, incontinencia asociada con ITU sintomáticas recurrentes e historia de cirugía previa antiincontinencia o cirugía pélvica radical.

Los pacientes se derivan con un informe detallado junto con la historia clínica, las exploraciones complementarias, el juicio diagnóstico y el motivo de la derivación.

Las actuaciones en este nivel se describen a continuación.

Valoración exhaustiva

Se completa la historia del paciente con una exploración más exhaustiva (urografía, ecografía, urodinamia, otras) para a un diagnóstico más exacto.

Decisión clínica

Su problema es operable o no.

Si no es operable, se emite un informe de alta para el seguimiento por atención primaria. Si se decide realizar cirugía, se le pide consentimiento informado, se le incluye en la lista de espera y se le interviene quirúrgicamente. Tras ello se emite el alta con un informe para el seguimiento por la atención primaria.

Siguientes consultas: revisiones postratamiento rehabilitador y seguimiento

Son realizadas por el médico y la enfermera tras el tratamiento rehabilitador y tras el diagnóstico o tratamiento en el nivel especializado. La primera revisión se lleva a cabo al mes tras finalizar la rehabilitación y las siguientes revisiones serán cada 3 meses el primer año y cada 6 meses a partir del primer año. El médico hará la primera revisión tras la rehabilitación y una de las dos revisiones previstas a partir del primer año. Cada visita de seguimiento queda registrada en un modelo *ad hoc*. Si la IU se ha resuelto, se dará el alta definitiva. Se considera resolución de incontinencia urinaria la ausencia de escapes de orina, comprobada por métodos objetivos o subjetivos, mantenida durante 6 meses. El proceso descrito queda representado en la figura 1 utilizando metodología IDEF¹⁸.

Como medidas de resultados se utilizaron las siguientes: porcentaje de personas con valoración de IU en relación

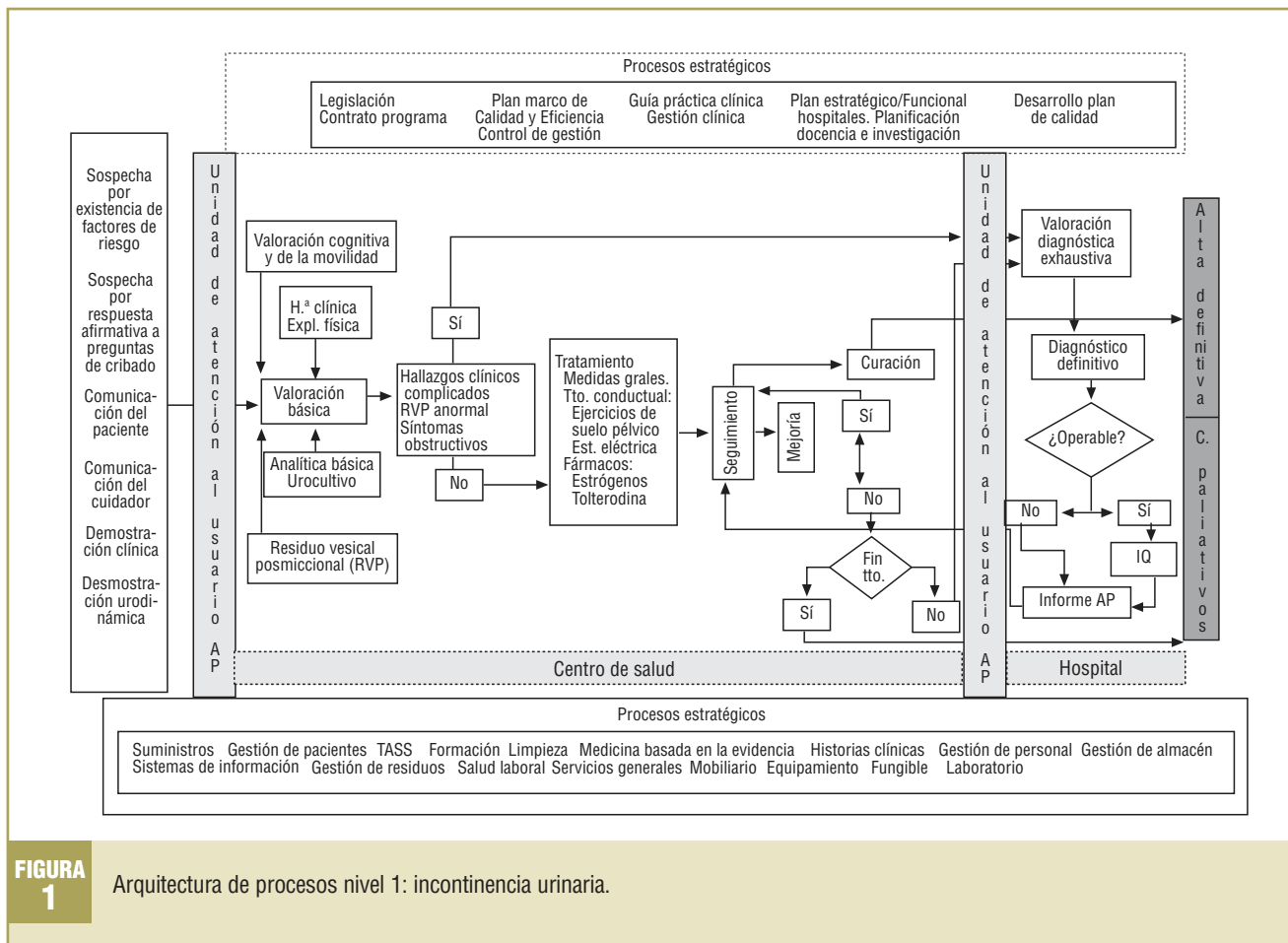


FIGURA 1 Arquitectura de procesos nivel 1: incontinencia urinaria.

con el total de la población incontinente, tipo de IU identificada en relación con el total de diagnósticos de IU, número de personas sometidas a las diferentes modalidades de tratamiento (fármacos, rehabilitación, fármacos más rehabilitación, medidas paliativas, cirugía), sesiones (diagnósticas, rehabilitación y postratamiento) realizadas por el personal sanitario, severidad y uso de protección (en el momento del diagnóstico, al final de la rehabilitación del suelo pélvico y en la última revisión pasada), sentimientos en relación con la IU y disposición a operarse de sus escapes (en el momento del diagnóstico y en la última revisión pasada) y valoración del resultado por el propio paciente y por el profesional sanitario.

Los datos se recogieron en programa informático diseñado *ad hoc* en formato Access.

Los resultados obtenidos tras 12 meses de implantación del programa se exponen en las tablas 1-3.

Discusión

El programa descrito y los resultados obtenidos tras un año de su implantación en el Centro de Salud de Cabra

representan el primer abordaje de la IU desde la atención primaria de salud (APS) llevado a cabo en nuestro país. En la última década hemos asistido, siguiendo el modelo anglosajón, a la creación de unidades especializadas en el abordaje de la IU dentro de los hospitales, pero no hemos encontrado datos sobre un programa similar realizado por APS. Las características de accesibilidad y longitudinalidad de los cuidados hacen de la APS el medio más adecuado para el abordaje de la IU. Aun a pesar de tratarse de un problema de salud sumergido, si todos los casos detectados en atención primaria fueran remitidos al segundo nivel, éste se bloquearía. Parece más lógico que la APS realice una valoración básica de todos los casos detectados, trate los casos no complicados y derive al segundo nivel los complicados^{7,10-16}.

En cuanto a las características de los sujetos incluidos en el programa, destacan el largo tiempo de evolución de su incontinencia (7,4 años de media) hasta la consulta, la existencia de sobrepeso/obesidad en todos los casos, el importante porcentaje de casos de IU severa y el impacto psicosocial que produce el vivir día a día con los escapes de orina. Frente a la mayoría de los estudios en los que predo-

TABLA 1
Características de los sujetos incluidos en el programa

Datos sociodemográficos	N	Media (DE)
Edad		52,92 (18,3)
Sexo		
Varones	1	
Mujeres	40	
Antecedentes personales		
Partos		
Ninguno	5	
De 1-3 partos vaginales	25	
De 4-6 partos vaginales	10	
Con cesárea	7	
Intervenciones quirúrgicas		
Específicas de IU	4	
Otras	22	1,91 (1,1)
Menopausia	19	
Enfermedades que padece		
Ninguna	7	
Alguna	34	2,35 (1,3)
Fármacos que toma		
Ninguno	9	
Alguno	32	2,61 (2,1)
Anamnesis dirigida		
Tiempo de incontinencia		
Meses	2	3 (1,41)
Años	38	7,4 (8,43)
Evolución		
Ha mejorado	3	
Estable	20	
Peor	17	
Severidad		
Sin incontinencia	1	
Ligera	1	
Moderada	20	
Aguda	19	
Tipo de protección utilizada		
Nada	5	
Protegeslip	14	2,1 (1,03)
Compresas	18	2,9 (1,15)
Pañales incontinencia ligera	1	4
Pañales incontinencia moderada-severa	3	2 (1)
Cobertura del programa = $(41 / 1.036) \times 100 = 4\%$		

mina la IU de esfuerzo seguida por la IU mixta^{1,19}, nosotros encontramos un 51% de casos de IU mixta, seguida por la de esfuerzo (39%). Los casos derivados fueron 5 (12%), dos a petición del propio paciente y tres por hallazgos clí-

TABLA 2
Impacto psicosocial, exploración física y diagnóstico clínico de los sujetos incluidos en el programa

Impacto	N	Media (DE)
El escape de orina le impide		
Realizar las tareas del hogar	2	
Realizar actividades físicas	10	
Ir a fiestas, cine, teatro	9	
Viajar	7	
Cambio de humor desde que tiene escapes	13	
Relaciones sexuales		
Molestias	11	
El escape afecta a sus relaciones	6	
Si el resto de su vida estuviese como ahora se sentiría		
Desgraciada	4	
Mal	21	
Indiferente	15	
Contenta	0	
Encantada	0	
Si fuera necesario operarse para corregir el problema, ¿estaría dispuesta?		
Sí	24	
No	17	
Datos de la exploración física		
Prueba de esfuerzo		
No se objetivó escape	22	
Escape mínimo	3	
Escape moderado	15	
Escape máximo	1	
Residuo vesical posmiccional		
De 0-50 ml	38	
De 51-100 ml	2	
Signos de atrofia	16	
Cistocele		
No	18	
Mínimo	18	
Moderado	5	
Máximo	0	
Índice de masa corporal	41	30,8 (5,8)
Juicio clínico		
Incontinencia de esfuerzo (%)	16 (39)	
Incontinencia de urgencia (%)	4 (10)	
Incontinencia mixta = esfuerzo + urgencia (%)	21 (51)	
Derivación al segundo nivel (%)	5 (12)	

nicos complicados. De los 9 sujetos que no recibieron tratamiento, tres fueron derivados al segundo nivel por hallazgos clínicos complicados y seis pospusieron el tratamiento o no acudieron para iniciar los ejercicios de suelo pélvico.

TABLA 3
Tratamiento y resultados del programa

Tratamiento realizado	N
1. Conductual (RSP mediante <i>biofeedback</i>)	14
2. Tolterodina	3
3. Estrógenos locales	0
4. 1 + 2	13
5. 2 + 3	0
6. 1 + 2 + 3	2
7. Ninguno	9
Resultados del tratamiento	
Cambios en la severidad	
En la última sesión de RSP	
Igual que antes del tratamiento	2
Menor que antes del tratamiento (sin IU)	26 (12)
Peor que antes del tratamiento	0
No valorada	24
En la última revisión	
Igual que antes del tratamiento	2
Menor que antes del tratamiento (sin IU)	15 (7)
Peor que antes del tratamiento	0
No valorada	24
Uso de elementos de protección en la última revisión	
Igual que antes del tratamiento	1
Menor que antes del tratamiento	13
Mayor que antes del tratamiento	1
No valorado	0
Sentimientos manifestados en la última revisión	
Igual que antes del tratamiento	1
Más positivos que antes del tratamiento	16
Más negativos que antes del tratamiento	0
No valorado	24
Cambio de opinión en relación con la intervención quirúrgica tras el tratamiento	
Dispuestos a operarse antes de iniciar tratamiento	24
Dispuestos a operarse tras recibir tratamiento	6
No valorados	18
Opinión del paciente (P) y del médico (M) sobre el resultado del tratamiento	
Éxito (P)-Éxito (M)	9
Éxito (P)-Aceptable (M)	5
Aceptable (P)-Aceptable (M)	3
No valoradas	24
Rendimiento del programa	
Consultas de diagnóstico realizadas por el médico	82
Sesiones de RSP realizadas por la enfermera	149
Sesiones de revisión realizadas	
+ por el médico	20
+ por la enfermera	47
Total sesiones realizadas por médico (horas por semana)	102 (1,06)
Total sesiones realizadas por enfermera (horas por semana)	148 (3,08)

Aunque en los primeros casos estudiados utilizamos el test del pañal de 1 h como medida objetiva de resultados, abandonamos su realización por problemas de tiempo, por lo que los resultados han sido valorados por métodos subjetivos. El tratamiento consigue disminuir la severidad de las pérdidas de orina e incluso curar un importante porcentaje de casos, rebajar el consumo de elementos de protección, mejorar el estado afectivo y cambiar la intención de someterse a intervención quirúrgica, lo que tiene repercusiones sobre la disminución de listas de espera para este problema. Todos los sujetos en los que se pudo valorar el resultado del tratamiento consideraron que éste fue aceptable o un éxito. Estos resultados han sido conseguidos con adiestramiento del médico y de la enfermera responsables del programa, con un instrumental mínimo (un perineómetro) al alcance de cualquier centro de salud y con una inversión semanal de 1 y 3 h a la semana del médico y de la enfermera, respectivamente. Al haber conseguido ya la colaboración de todo el personal de enfermería del centro de salud esperamos ir aumentando de forma más rápida la cobertura del 4% lograda en el primer año.

Todos los resultados conseguidos hasta el momento indican una mejor relación de coste-efectividad de la APS (más cerca, más rápido, más barato) que la del segundo nivel para valorar y tratar los casos no complicados de IU. En los casos complicados, se precisa una adecuada coordinación primaria-especializada, aspecto en el que ahora estamos trabajando en nuestra área. Con este último aspecto se cerraría el círculo del proceso, con lo que se garantizaría a cualquier persona con IU la continuidad de su asistencia.

Aunque no considerada actualmente prioritaria por la Administración Sanitaria, la IU es un problema de salud de elevada prevalencia y oneroso para el individuo, su familia y el sistema sanitario. La elevación del nivel cultural y sanitario de la población y el deseo de una mayor calidad de vida aumentarán la consulta por este remediable problema hasta ahora sumergido. Y el sistema sanitario deberá dar una respuesta, sobre todo la atención primaria.

Bibliografía

- Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997;50(Suppl 6A):4-14.
- Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:273-81.
- Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the non-institutionalized elderly. *J Urol* 1986;136:1022-25.
- Wyman JF, Harkins SW, Fantl JA. Psychosocial Impact of urinary incontinence in the Community-Dwelling Population. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:282-8.

5. Gavira Iglesias FJ, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, Caridad y Ocerín JM, López Pérez M, Romero López M, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una Zona Básica de Salud. *Aten Primaria* 2001;28:97-104.
6. Newman DK. How much society pays for urinary incontinence. *Ostomy Wound Management* 1997;43:18-25.
7. Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey J, Keays C, Loughery RM, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. *Clinical Practice Guideline No. 2, 1996 Update*. Rockville: US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
8. Fonda D, Woodward M, D'Astoli M, Chin WF. Sustained improvement of subjective quality of life in older community-dwelling people after treatment of urinary incontinence. *Age Ageing* 1995;24:283-6.
9. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women. A randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1995-2000.
10. Incontinencia urinaria. En: *Programas Básicos de Salud semFYC. Volumen 8: Programa del Anciano. Síndromes Geriátricos*. Madrid: Doyma S.L., 2000.
11. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Consensus. Assessment and treatment of urinary incontinence. *Lancet* 2000;355:2153-8.
12. Culligan PJ, Heit M. Urinary incontinence in women: evaluation and management. *Am Fam Physician* 2000;62:2433-44, 47, 52.
13. Button D, Roe B, Webb C, Frith T, Colin-Thome D, Gardner L. Consensus guidelines for the promotion and management of continence by primary health care teams: development, implementation and evaluation. NHS Executive Nursing Directorate. *J Adv Nurs* 1998;27:91-9.
14. Seim A, Hunskaar S. Female urinary incontinence-the role of the general practitioner. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:1046-51.
15. Miller JA. Urinary incontinence: a classification system and treatment protocols for the primary care provider. *J Am Acad Nurse Pract* 2000;12:374-9.
16. Burkhart KS. Urinary incontinence in women: assessment and management in the primary care setting. *Nurse Pract Forum* 2000;11:192-204.
17. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:497-9.
18. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema*. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.
19. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of UI in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146:1255-9.