



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad.

Physiotherapeutic treatment's efficacy of urinary incontinence in elderly women
Eficacia do tratamento fisioterapéutico da incontinencia urinaria en mulleres da terceira idade



Alumna: Dña. Julia Muíños Marcos

DNI: 32716393C

Tutor: Dña. Sandra Martínez Bustelo

Cotutor: D. Antonio José Souto Gestal

Convocatoria: Junio 2017

Facultad de Fisioterapia

ÍNDICE

1. Resumen	5
1. Abstract	6
1. Resumen	7
2. Introducción	8
2.1. Tipo de trabajo	8
2.2. Motivación personal	8
3. Contextualización	8
3.1. Recuerdo anatómico del suelo pélvico y tracto urinario inferior	9
3.2. Definición y tipos de IU	10
3.3. Repercusiones psicosociales de la IU en la tercera edad	12
3.4. Opciones terapéuticas	13
4. Objetivos	14
4.1. Pregunta de investigación	14
4.2. Objetivos	14
4.2.1. General	14
4.2.2. Específicos	14
5. Metodología	15
5.1. Fecha y bases de datos	15
5.2. Criterios de selección	15
5.3. Estrategia de búsqueda	16
5.4. Gestión de la bibliografía localizada	17
5.5. Selección de artículos	17
5.6. Variables del estudio	18
5.7. Niveles de evidencia y grados de recomendación	18
6. Resultados	19
7. Discusión	33
8. Conclusiones	42
9. Bibliografía	43
10. Anexos	45

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tabla I.</u> Factores de riesgo (predisponentes) para la IU.	11
<u>Tabla II.</u> Factores reversibles que pueden actuar como desencadenantes de IU	11
<u>Tabla III.</u> Tipos de IU según la IUGA y la ICS.	12
<u>Tabla IV.</u> Ecuación de búsqueda.	16
<u>Tabla V.</u> Niveles de evidencia de los artículos según la CEBM de Oxford.	18
<u>Tabla VI.</u> Grados de recomendación de los artículos según la CEBM de Oxford.	19
<u>Tabla VII.</u> Análisis de las distintas variables de los estudios experimentales seleccionados.	20
<u>Tabla VIII.</u> Análisis de las distintas variables de las revisiones sistemáticas seleccionadas.	22

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<u>Imagen 1.</u> Músculos del suelo pélvico.	9
<u>Imagen 2.</u> Vísceras pélvicas alojadas en la pelvis menor.	10
<u>Imagen 3.</u> Gráfico ilustrativo del proceso de selección y de los resultados obtenidos.	17

ÍNDICE DE ANEXOS

<u>Anexo 1.</u> Selección de artículos	45
<u>Anexo 2.</u> Cuestionarios o escalas utilizados en el estudio	58

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y DE ABREVIATURAS

<u>ACRÓNIMO/ ABREVIATURA</u>	<u>SIGNIFICADO</u>
<u>AVD</u>	Actividades de la vida diaria
<u>CDV</u>	Calidad de vida
<u>CEBM</u>	“Centre for Evidence-Based Medicine”
<u>Cm</u>	Centímetros

<u>CV</u>	Conos vaginales
<u>ECA</u>	Ensayo clínico aleatorizado
<u>EEM</u>	Estimulación estática magnética
<u>EMG</u>	Electromiografía
<u>EMSP</u>	Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico
<u>EVA</u>	Escala Visual Analógica
<u>G</u>	Gramos
<u>GC</u>	Grupo Control
<u>GEEI</u>	Grupo de estimulación eléctrica intravaginal
<u>GEES</u>	Grupo de estimulación eléctrica superficial
<u>GFV</u>	Grupo de feedback visual
<u>GI</u>	Grupo de intervención
<u>GK</u>	Grupo de kinesiología
<u>GPC</u>	Guía de práctica clínica
<u>GTE</u>	Grupo de tratamiento estándar
<u>Hz</u>	Hercios
<u>KHG</u>	“Kings Health Questionnaire”
<u>ICIQ</u>	“International Consultation on Incontinence Questionnaire”
<u>ICIQ-OAB</u>	“International Consultation on Incontinence Overactive Bladder Questionnaire”
<u>ICIQ UI-SF</u>	“International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form”
<u>ICS</u>	“International Continence Society”
<u>IIQ</u>	“Incontinence Impact Questionnaire”
<u>IIQ-7</u>	“Incontinence Impact Questionnaire Short Form”
<u>IMC</u>	Índice de Masa Corporal
<u>IU</u>	Incontinencia urinaria
<u>IU7</u>	Número de episodios de Incontinencia Urinaria en los 7 días previos
<u>IUE</u>	Incontinencia urinaria de esfuerzo
<u>IUGA</u>	“International Urogynecological Association”
<u>IUM</u>	Incontinencia urinaria mixta
<u>IUU</u>	Incontinencia urinaria de urgencia
<u>MA</u>	Metaanálisis
<u>MCV</u>	Máxima contracción voluntaria

<u>Min</u>	Minutos
<u>Ms</u>	Milisegundos
<u>MSP</u>	Músculos del suelo pélvico
<u>OMS</u>	Organización Mundial de la Salud
<u>POP-Q</u>	“Pelvic Organ Prolapse Quantification System”
<u>QUID</u>	“The Questionnaire for Urinary Incontinence diagnoses”
<u>RM</u>	Resonancia magnética
<u>RS</u>	Revisión sistemática
<u>S</u>	Segundos
<u>sEMG</u>	Electromiografía de superficie
<u>SP</u>	Suelo pélvico
<u>UDI</u>	“The Urogenital Distress Inventory”
<u>WOS</u>	Web Of Sciences
<u>1-h pad test</u>	Prueba absorbente de una hora
<u>24-h pad test</u>	Prueba absorbente de 24 horas
<u>3IQ</u>	“3 Incontinence Questions”

1. RESUMEN

- **Introducción:** La Incontinencia Urinaria (IU) es uno de los problemas de salud pública más comunes en las mujeres, con una prevalencia especialmente alta en las de edad avanzada. Afecta enormemente a la calidad de vida, involucrando factores sociales, emocionales y económicos. Las terapias fisioterapéuticas utilizadas para manejar dicha patología tratan de reducir los episodios, prevenir complicaciones y, si es posible, restaurar la continencia.

- **Objetivo:** El objetivo principal de esta revisión es identificar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico empleado en el abordaje de la IU en mujeres de la tercera edad.

- **Material y método:** Este estudio es una revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, PEDro, Scopus y Web of Sciences, utilizando las palabras clave “Fisioterapia” e “Incontinencia Urinaria” y añadiendo manualmente como filtros la edad y género de las participantes. Se han incluido los estudios publicados en los últimos 5 años, en español, inglés y portugués, estudios experimentales y revisiones sistemáticas.

- **Resultados:** Esta revisión está formada por 14 artículos, 13 estudios experimentales y 1 revisión sistemática. Todos ellos mostraron mejorías significativas en cuanto a la calidad de vida. Mientras que las técnicas manuales, como el EMSP, disminuyen la cantidad y frecuencia de las fugas de orina, mejoran la contracción y aumentan la fuerza de los MSP significativamente; las técnicas instrumentales, como la EES, reducen las pérdidas de orina, pero no muestran un aumento de la fuerza notable de los MSP.

- **Conclusiones:** Los estudios incluidos en la revisión ofrecen resultados prometedores en relación a la eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la IU en mujeres mayores de 60 años. Es necesario realizar nuevos estudios con una mejor calidad metodológica para incorporar en mayor medida la aplicación clínica de estas técnicas.

- **Palabras clave:** Fisioterapia, incontinencia urinaria, tercera edad.

1. ABSTRACT

- **Background:** Urinary incontinence (UI) is one of the most common public health problems in women, with a particularly high prevalence in the elderly. It greatly affects the life's quality, involving social, emotional and economic factors. Physiotherapeutic therapies used to manage this pathology try to reduce the number of episodes, to prevent complications and, if it's possible, to restore continence.
- **Objective:** The main objective of this review is identifying the efficacy of the physiotherapeutic treatment of UI in elderly women.
- **Methods:** This study is a bibliographic review. It was realized a search in different databases (PubMed, Cochrane Plus, PEDro, Scopus and Web of Sciences), using the keywords "Physiotherapy" and "Urinary Incontinence" and manually adding the age and gender of the participants as filters. Studies published in the last 5 years, in Spanish, English and Portuguese, experimental studies and systematic reviews have been included.
- **Outcomes:** This review consists of 14 articles, 13 experimental studies and 1 systematic review. All of them showed significant improvements in life's quality. While manual techniques, such as PFMT, decrease the quantity and frequency of urine leakage, improve contraction and increase PFM strength significantly; instrumental techniques, such as EES, reduce urine leakage but they don't show a notable increase in the strength of PFM.
- **Conclusions:** The studies included in the review offer promising results regarding the efficacy of UI physiotherapeutic treatment in women older than 60 years. It is necessary to carry out new studies with a better methodological quality to incorporate to a greater extent the clinical application of these techniques.
- **Keywords:** Physiotherapy, Urinary Incontinence, Elderly.

1. **RESUMO**

- **Introdución:** A Incontinencia Urinaria (IU) é un dos problemas de saúde pública máis comúns nas mulleres, cunha prevalencia especialmente alta nas de idade avanzada. Afecta enormemente á calidade de vida, involucrando factores sociais, emocionais e económicos. As terapias fisioterapéuticas utilizadas para manexar dita patoloxía tratan de reducir os episodios, previr complicacións e, se é posible, restaurar a continencia.

- **Obxectivo:** O obxectivo principal desta revisión é identificar a eficacia do tratamento fisioterapéutico empleado no abordaxe da IU en mulleres da terceira idade.

- **Material e método:** Este estudo é unha revisión bibliográfica. Realizouse unha busca nas bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, PEDro, Scopus e Web of Sciences, utilizando as palabras chave “Fisioterapia” e “Incontinencia Urinaria” e engadindo manualmente como filtros a idade e o xénero das participantes. Incluíronse os estudos publicados nos últimos 5 anos, en español, inglés e portugués, estudos experimentais e revisións sistemáticas.

- **Resultados:** Esta revisión está formada por 14 artigos, 13 estudos experimentais e 1 revisión sistemática. Todos eles amosaron cambios positivamente significativos en canto á calidade de vida. Mentres que as técnicas manuais, como o EMSP, diminúen a cantidade e frecuencia das fugas de urina, melloran a contracción e aumentan a forza dos MSP significativamente; as técnicas instrumentais, como a EES, reducen as perdas de urina, pero non amosan un aumento notable da forza dos MSP.

- **Conclusións:** Os estudos incluídos na revisión ofrecen resultados prometedores en relación á eficacia do tratamento fisioterapéutico da IU en mulleres maiores de 60 anos. É preciso realizar novos estudos cunha mellor calidade metodolóxica para incorporar en maior medida a aplicación clínica destas técnicas.

- **Palabras chave:** Fisioterapia, incontinencia urinaria, terceira idade.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. TIPO DE TRABAJO

Este trabajo es una revisión bibliográfica que analiza la eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria (IU) en mujeres de la tercera edad. Tiene como objetivo reunir toda la evidencia que se corresponde con unos criterios de elegibilidad establecidos previamente, con el fin de orientar un tema específico de investigación. Su propósito es minimizar los sesgos mediante la aplicación de métodos sistemáticos y específicos. Las pautas a seguir son:

- La búsqueda sistemática y exhaustiva de todos los artículos relevantes.
- La selección, mediante criterios explícitos y reproducibles de los artículos que serán incluidos finalmente en la revisión.
- La descripción del diseño y ejecución de los estudios originales, la síntesis de datos obtenidos y la interpretación de los resultados.

2.2. MOTIVACIÓN PERSONAL

La idea de la temática de este trabajo surgió tras haber cursado el año pasado la asignatura “Fisioterapia Abdomino-pelvi-perineal” y ver que la incontinencia urinaria es un problema mucho más frecuente de lo que parece y que tiene repercusiones tanto físicas, psicológicas como sociales en la vida de la persona que la padece. Además, me llamó la atención el desconocimiento de la mayor parte de la población acerca de la aplicación de diversas técnicas fisioterapéuticas que solventan o ayudan a mejorar este problema. Los diferentes métodos o técnicas terapéuticas y de control de la incontinencia urinaria (pañales, compresas, fármacos, cirugías) no son fáciles de autoadministrar, tienen efectos secundarios no deseados o suponen un gasto importante (tanto a nivel económico como de tiempo). Por esta razón, sería realmente importante utilizar otros métodos más baratos y seguros. En este caso, la fisioterapia podría encajar perfectamente en este tipo de abordaje.

3. CONTEXTUALIZACIÓN

A continuación, se presenta un breve recuerdo anatómico del suelo pélvico y del tracto urinario inferior. Posteriormente, se define el concepto de IU y se describe su epidemiología, factores de riesgo y los diferentes tipos existentes. Por último, se identifican las repercusiones psicosociales de la IU en la tercera edad y se citan las posibles opciones terapéuticas para tratarla.

3.1. RECUERDO ANATÓMICO DEL SUELO PÉLVICO Y DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

El suelo pélvico es la base que cierra la apertura inferior de la cavidad pélvica y que está constituido por una serie de capas que comprenden desde el peritoneo, que recubre las vísceras pélvicas, hasta la piel de la vulva. Está formado por los músculos del suelo pélvico, músculos del periné y la fascia endopélvica. Estas estructuras musculares y aponeuróticas, se fijan a la pelvis ósea y forman como una hamaca sobre la que se apoyan las vísceras pélvicas. ⁽¹⁾

Los músculos del suelo pélvico son el complejo del elevador del ano (pubococcígeo e ileococcígeo) y el coccígeo (Imagen 1). ⁽¹⁾

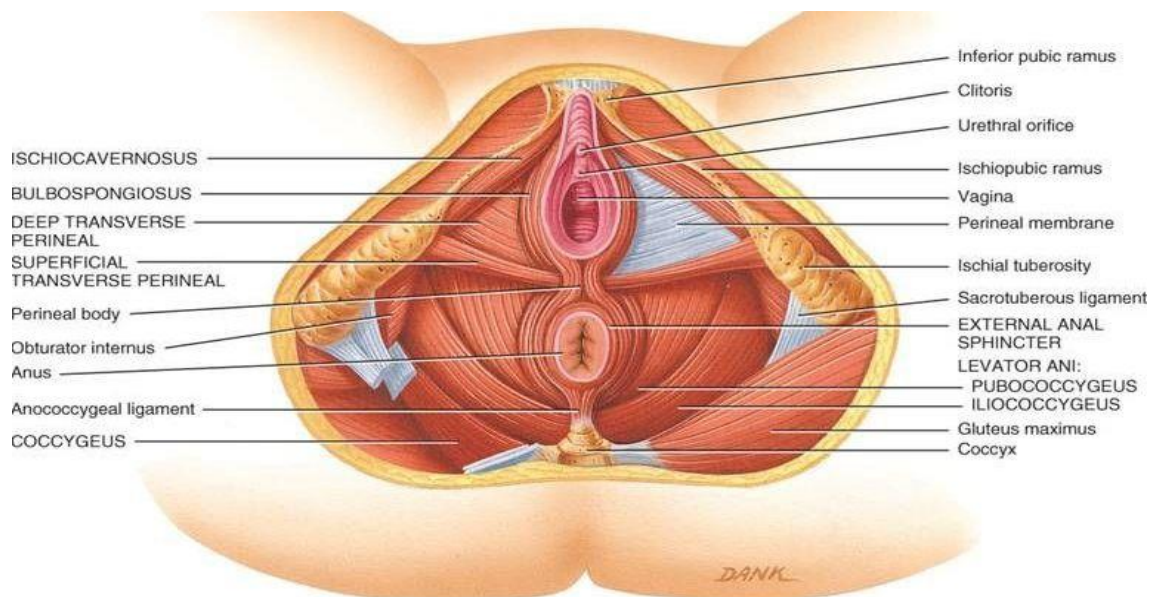


Imagen 1. Músculos del suelo pélvico

El periné es la región anatómica más superficial, en forma romboidal, que va desde la sínfisis púbica, a la punta del cóccix y lateralmente a ambas tuberosidades isquiáticas. En él se reconocen dos niveles: uno profundo, que contiene el músculo transverso y el núcleo tendinoso del periné; y un nivel superficial, en el que se localizan el músculo transverso superficial del periné, el isquiocavernoso y el bulbocavernoso. ⁽¹⁾

El tracto urinario inferior está constituido por la vejiga y la uretra. La vejiga es un órgano hueco que está formado por una capa de músculo liso (músculo detrusor) entrelazado con gran cantidad de tejido conectivo que, en condiciones normales, solo se contrae durante la micción voluntaria. A continuación, se presentan las vísceras pélvicas que se alojan en la pelvis menor (Imagen 2). Por otra parte, la uretra femenina tiene una longitud de 4-5 cm, cuya pared está formada por músculo liso, tejido elástico y un importante plexo vascular,

que tiene un componente esfinteriano intrínseco (esfínter uretral), el cual está formado por fibras musculares estriadas de contracción lenta, que son capaces de contraerse durante largos períodos de tiempo, siendo estas por tanto un elemento fundamental para la continencia. Además, existe un mecanismo extrínseco constituido por el músculo elevador del ano (pubococcígeo), a través del cual pasa la uretra. La contracción del elevador del ano produce un desplazamiento anterior de la uretra y su compresión contra la cara posterior de la sínfisis del pubis, lo que contribuye a cerrar su luz y a mantener la continencia en reposo y fundamentalmente durante los esfuerzos. ⁽¹⁾

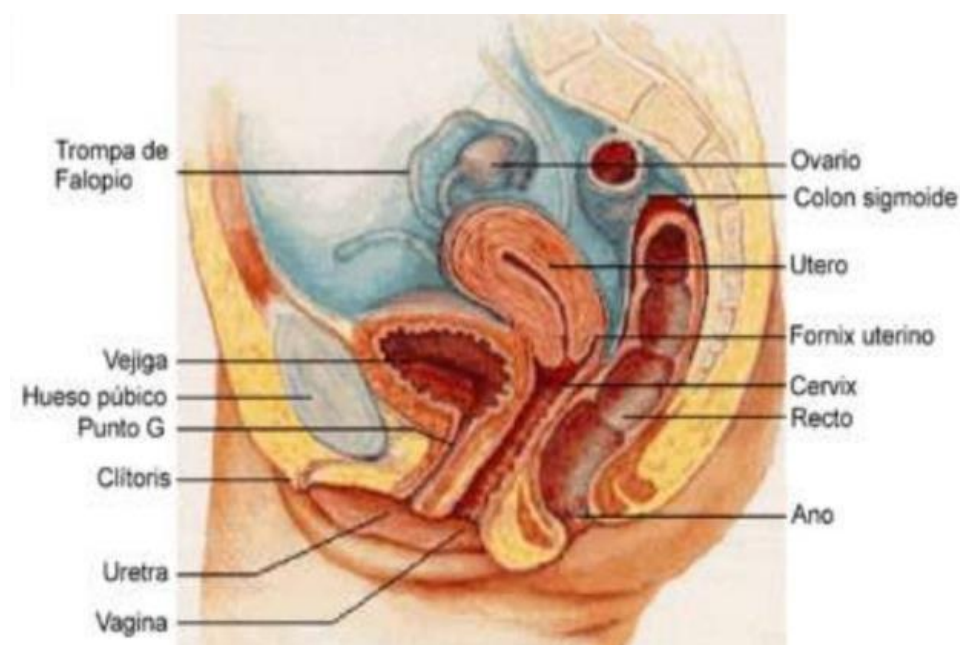


Imagen 2. Vísceras pélvicas alojadas en la pelvis menor.

3.2. DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

La IU es la disfunción uroginecológica más frecuente en la mujer. La “International Continence Society” (ICS) la define como cualquier pérdida involuntaria de orina, que tanto puede producirse por la uretra como extrauretral. ⁽²⁾

Es uno de los problemas de salud pública más comunes entre las mujeres de todas las edades, con un aumento de su prevalencia con la edad. Se estima que del 25 al 45% de las mujeres de diferentes edades tiene pérdida involuntaria de orina y el 9-39% de las mujeres mayores de 60 años informan de pérdidas de orina diarias. ⁽³⁾

Se han identificado una serie de factores de riesgo adicionales, obstétrico-ginecológicos, enfermedades generales y factores ambientales que pueden predisponer a la IU (Tabla I).⁽⁴⁾

Tabla I. Factores de riesgo (predisponentes) para IU

Factores de riesgo (predisponentes) para IU
- Embarazo y parto
- Prolapso de órganos pélvicos
- Obesidad
- Cardiopatía e hipertensión en tratamientos diuréticos
- Enfermedades del Sistema Nervioso Central (Parkinson, Ictus, Esclerosis Múltiple)
- Enfermedades musculoesqueléticas que supongan disminución de la movilidad
- Demencia
- Factores ocupacionales (trabajo que suponga grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto, etc)

Existen también una serie de factores reversibles que pueden actuar como desencadenantes de IU. Algunos de ellos pueden ser corregidos con medidas sencillas y los síntomas provocados por esta disfunción podrían mejorar (Tabla II).⁽⁴⁾

Tabla II. Factores reversibles que pueden actuar como desencadenantes de IU

HNFACTORES	TRATAMIENTO
Sustancias y fármacos que pueden provocar IU (alcohol, té, café, diuréticos, sedantes...)	Si es posible, suspender o cambiar
Excesiva ingesta líquida	Reducir
Disminución de la movilidad	Si es posible, modificar factores ambientales
Vaginitis atrófica	Tratar con estrógenos vaginales
Infección urinaria	Tratar según antibiograma

La IU en la mujer puede ser de varios tipos de acuerdo con su fisiopatología. La “International Urogynecological Association” (IUGA) y la ICS distinguen varios tipos de IU (Tabla III).⁽⁴⁾

Tabla III. Tipos de IU según la IUGA y la ICS.

IU de esfuerzo	Percepción de escape de la orina con el esfuerzo físico (tos, estornudos, actividades deportivas...).
IU de urgencia	Pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional o deseo intenso de orinar.
IU postural	Percepción de una pérdida involuntaria de orina asociada a cambios de la posición corporal.
Enuresis nocturna	Pérdida de orina durante el sueño.
IU mixta	Percepción de una pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia miccional como al esfuerzo.
IU continua	Pérdida permanente de orina.
IU insensible	Percepción de incontinencia urinaria sin que la persona sea consciente de cómo sucedió.
Otros tipos	IU durante las relaciones sexuales o con la risa.

3.3. REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DE LA IU EN LA TERCERA EDAD

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan esa edad se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. ⁽⁵⁾

Cada persona envejece de una manera y tiene distinta actitud ante esta nueva etapa evolutiva. A pesar de ello, sí puede hablarse de unas características comunes presentes en este grupo poblacional. Así mismo, la IU puede ser causa o efecto de los diversos procesos que se inician a medida que avanzamos en nuestro caminar cronológico. ⁽⁶⁾

La Tercera Edad es una etapa de pérdidas, las cuales repercuten directamente en el nivel de autonomía del individuo y consiguiente dependencia. Se pueden considerar tres aspectos fundamentales: la autonomía física, social y psíquica. ⁽⁶⁾

En cuanto a la autonomía física, los cambios producidos en el organismo a causa del paso de los años provocan un envejecimiento de las células, órganos y aparatos con los cambios somáticos y funcionales consiguientes. La incontinencia exige un esfuerzo añadido para superar estas limitaciones y a su vez se convierte en una dificultad más que incrementa la falta de autonomía y la dependencia. ⁽⁶⁾

Además, actualmente el concepto de vejez tiene un fuerte componente social. La jubilación no sólo significa la pérdida de trabajo, sino de la responsabilidad y del sentido de utilidad. Puede significar una ruptura de las relaciones sociales y el nacimiento del sentimiento de soledad y aislamiento. El cambio desestabiliza, provoca inseguridad y angustia. Cualquier dificultad añadida como puede ser la falta de salud o la incontinencia, contribuye a configurar el rol social pasivo que el anciano se ve obligado a desempeñar.⁽⁶⁾

Por otra parte, las progresivas pérdidas que la persona va experimentando en su cuerpo y en sus relaciones sociales provocan un estado de frustración al tener que aceptar unas carencias que le vienen impuestas. Todos los cambios que se van produciendo en el sujeto y en su entorno, requieren un proceso adecuado de adaptación y, precisamente en la ancianidad, disminuyen las posibilidades del individuo para adaptarse a situaciones nuevas. Un factor decisivo en este proceso es la actitud mantenida por el individuo que, en buena medida, está condicionada por su personalidad y trayectoria vital.⁽⁶⁾

3.4. OPCIONES TERAPÉUTICAS

El objetivo principal del tratamiento de la IU es reducir el número de episodios, prevenir complicaciones y, si es posible, restaurar la continencia.⁽⁷⁾

El tratamiento de la IU debe individualizarse. En primer lugar, deben aplicarse una serie de medidas generales que incluyan la corrección de los factores desencadenantes reversibles, la retirada de fármacos que estén contribuyendo a la incontinencia, la modificación del patrón de ingesta de líquidos disminuyéndola al final del día, la detección de barreras ambientales y la mayor implicación de los cuidadores en la promoción de la continencia.⁽²⁾

Además del tratamiento conservador, motivo de estudio de este trabajo, existen otras alternativas entre las que se encuentran el tratamiento farmacológico y quirúrgico.

La elección del tratamiento farmacológico no es fácil, debido a la falta de resultados concluyentes y a que muchos de los productos utilizados en el tratamiento de la IU se encuentran también entre los fármacos que potencialmente favorecen su aparición, lo que viene a confirmar la idea de que la mayoría de los medicamentos son “armas de doble filo” en el anciano.⁽²⁾

En cuanto a la opción quirúrgica, la decisión de remitir al paciente para su valoración dependerá del balance riesgo-beneficio tras una valoración geriátrica integral. La intervención quirúrgica se considera el tratamiento adecuado en los pacientes en quienes

haya fracasado el tratamiento conservador o en aquellos con IU grave. Su propósito es incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión. La utilización de absorbentes, colectores o sondaje vesical como medida definitiva deberían utilizarse como medidas paliativas siguiendo un criterio riguroso en sus indicaciones y siempre que hayan fracasado otras medidas de tratamiento más específicas.⁽²⁾

Las nuevas terapias apuntan a mejorar la eficacia general en comparación con las terapias existentes, al tiempo que minimizan los efectos adversos, mejoran la tolerabilidad y reducen la invasividad.⁽²⁾

4. OBJETIVOS

A continuación, se presenta la pregunta de investigación siguiendo el esquema PICO, así como los objetivos (tanto general como específicos) que se plantean en este estudio.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación de este estudio sigue la estructura PICO, sencilla nemotecnia descrita por el doctor Mark Ebell⁽⁸⁾:

- Paciente (**P**atient): Mujeres mayores de 60 años, diagnosticadas de IU.
- Intervención (**I**ntervention): Tratamiento fisioterapéutico.
- Comparación (**C**omparation): No se establece comparación.
- Resultados (**O**utcome): Si existe mejoría.

4.2. OBJETIVOS

En este apartado, se diferencia el objetivo general de los diversos objetivos específicos.

4.2.1. General

El objetivo general de este trabajo es identificar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico empleado en el abordaje de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad.

4.2.2. Específicos

Los objetivos específicos serán:

- Estudiar las características de la IU en mujeres de la tercera edad.
- Analizar el grado de efectividad de las técnicas de fisioterapia manuales en el tratamiento de la IU en las mujeres de la tercera edad.
- Identificar el grado de efectividad de las técnicas de fisioterapia instrumentales en el tratamiento de la IU en las mujeres de la tercera edad.

5. METODOLOGÍA

5.1. FECHA Y BASES DE DATOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ámbito sanitario para localizar la información científica sobre la eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en las mujeres de la tercera edad durante los meses de febrero y marzo de 2017.

Las bases de datos utilizadas para realizar la búsqueda han sido: PubMed, PEDro, Biblioteca Cochrane Plus, Scopus y Web of Sciences (WOS).

5.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.2.1. Criterios de inclusión

- Artículos cuyas participantes sean mujeres mayores de 60 años, diagnosticadas de incontinencia urinaria.
- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos publicados en inglés, español y portugués.
- Los tipos de artículos seleccionados fueron revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, meta-análisis y estudios experimentales.

5.2.2. Criterios de exclusión

- Artículos que no cumplan los criterios anteriores.
- Artículos duplicados.
- Artículos no completos o indebidamente documentados.
- Artículos que no relacionen el tratamiento fisioterapéutico con la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad.

5.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda en las bases de datos PEDro y Cochrane Plus para verificar que no existía ninguna revisión sistemática que respondiese la pregunta de investigación planteada en este estudio realizada en los últimos 5 años. A continuación, se realizó la búsqueda sistemática en las bases de datos citadas anteriormente (Tabla IV).

Tabla IV. Ecuación de búsqueda

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	1º RESULTADO	FILTROS	2º RESULTADO	RESULTADOS SELECCIONADOS
Pubmed	("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Modalities"[TIAB]) AND ("Urinary Incontinence"[Mesh] OR "Urinary Incontinence"[TIAB])	2073	MA, ECA, RS y GPC. De últimos 5 años. Especie: Humanos Sexo: Mujeres Idiomas: Español, inglés y portugués Edad: 45-64 años y >65 años	89	9
Cochrane Plus	((“Physiotherapy” OR “Physical Therapy”) AND “Urinary Incontinence”)	232	Publicados: 2012-2017	69	8
PEDro	“Physiotherapy” AND “Urinary Incontinence”	42	Problem: Incontinence Body part: Perineum or genito-urinary system. Continenence and women´s health Publicados desde 2012	23	2
WOS	((“Physiotherapy” OR “Physical Therapy”) AND “Urinary Incontinence”)	419	Revisiones y artículos Idiomas: Español, inglés y portugués Publicados desde 2012	148	5
Scopus	(“Physiotherapy” OR “Physical Therapy”) AND “Urinary Incontinence”	973	Artículos y revisiones Publicados desde 2012 Idiomas: Español, inglés y portugués.	213	8

5.3. GESTIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA LOCALIZADA

Se ha utilizado el gestor bibliográfico “Zotero” con el fin de eliminar duplicados y elaborar las citas y referencias bibliográficas.⁽⁹⁾

5.4. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Tras haber realizado la búsqueda sistemática en las diferentes bases de datos citadas anteriormente, estos han sido los resultados obtenidos inicialmente y tras haber aplicado los criterios de inclusión (Imagen 3). En el Anexo 1, se muestra la selección de artículos.

BASES DE DATOS	PUBMED	COCHRANE PLUS	PEDro	WOS	SCOPUS
Algoritmo	("Physical Therapy Modalities" [Mesh] OR "Physical Therapy Modalities" [TIAB]) AND ("Urinary Incontinence" [Mesh] OR "Urinary Incontinence" [TIAB])	((“Physiotherapy” OR “Physical Therapy”) AND “Urinary Incontinence”)	“Physiotherapy” AND “Urinary Incontinence”	((“Physiotherapy” OR “Physical Therapy”) AND “Urinary Incontinence”)	(“Physiotherapy” OR “Physical Therapy”) AND “Urinary Incontinence”
Resultados	2073	232	42	416	972
Filtros	89	68	23	148	213
Resultados seleccionados	9	8	2	5	8
Eliminando duplicados	9	2	1	1	1

Imagen 3. Gráfico ilustrativo del proceso de selección y de los resultados obtenidos.

5.5. VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables a analizar en los diferentes estudios experimentales son: autor/es, tipo de estudio, población muestral, características IU, sistemas de medición utilizados, tipo de intervención fisioterápica (manual o instrumental), resultados clínicos obtenidos tras el tratamiento, nivel de evidencia y grado de recomendación.

En cuanto a la revisión sistemática seleccionada, se analizará: autor/es, tipo de estudio, tipo de estudios incluidos, población muestral, sistema de medición, intervención, resultados, nivel de evidencia y grado de recomendación.

5.6. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Para evaluar el nivel de evidencia y el grado de recomendación de los artículos seleccionados en este estudio, se utilizó la propuesta del “Centre for Evidence-Based Medicine” (CEBM) de Oxford, que se presenta a continuación (Tabla V y Tabla VI).⁽¹⁰⁾

Tabla V. Niveles de evidencia de los artículos según la CEBM de Oxford.

NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
1 ^a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho
1c	Práctica clínica (“todos o ninguno”) (*)
2 ^a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	Outcomes research (***), estudios ecológicos
3 ^a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad
3b	Estudio de casos y controles
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad (****=
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, bench research o first principles

- (*) Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible, y con él algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad y con él no muere ninguno.
- (**) Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80%.

- (***) El término “Outcomes research” hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.
- (****) Estudio de cohortes sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado.
- (*****) El término “first principles” hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.

Tabla VI. Grados de recomendación de los artículos según la CEBM de Oxford.

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
A	Estudios de nivel 1
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel

La extrapolación se aplica cuando nuestro escenario clínico tiene diferencias importantes respecto a la situación original del estudio

6. RESULTADOS

Para analizar los artículos seleccionados, se han utilizado las variables citadas en el apartado 5.5 (“Variables del estudio”).

En las tablas VII y VIII se muestran los resultados obtenidos de cada variable en los diferentes estudios experimentales y revisión sistemática seleccionada.

Tabla VII. Análisis de las distintas variables de los estudios experimentales seleccionados.

Autor/es	Tipo estudio	Población muestral	Caract. IU	Sistema de medición	Intervención		Resultados	NE	GR
					Manual	Instrumental			
Alves et al. ⁽¹¹⁾	ECA cegado	30 mujeres posmenopáusicas, hace mínimo 5 años (EM 65.93 años). GI (n=18). GC (n=12)	IUE, IUU, IUM	- Palpación digital. - sEMG - POP-Q - ICIQ-UI SF, ICIQ-OAB, ICIQ-VS - EVA	- GI: Ejercicios movilidad pélvica, fort., estiramiento. contr. MSP (4 series/10 contr. rápidas y 4 series, 10 contr. lentas 8s y descanso 16s). - GC: Entrenamiento físico (60 min sin EMSP).		- > contracción muscular en GI. - < puntuación ICIQ-OAB, ICIQ UI-SF en GI. - No diferencias en POP y ICIQ-VS postratamiento en GI. - Satisfacción con tratamiento en GI.	2b	B
Galea et al. ⁽¹²⁾	ECA	22 mujeres (60-85 años). - GAE(n=11): EMSP atención estándar. - GFV (n=11): EMSP con feedback visual.	IUE, IUU, IUM	- 1º: 24-h pad test - 2º: KHQ y EVA	- GAE: No feedback sobre contr. MSP. -GVF: Retroalimentación visual (US abdominal)		GFV: ↓ significativa de episodios de fuga No diferencias significativas en KHG (ni intra ni intergrupos); ni en la adherencia a los ejercicios domiciliarios, ni en la intensidad de los mismos.	2b	B
Kargar et al. ⁽¹³⁾	ECA	- 50 mujeres con IU (60-74 años) - Miembros del centro Jahandidegan, Irán - GI (n=25) - GC (n=25)	Puntuación en el QUID para el tipo de IU (puntuación de estrés >4, síntomas clínicos de IU en últimos 6 meses)	- QUID - ICIQ - "Rosenberg's self-esteem evaluation"	- G1: EMSP. 8-12 contr. de alta intensidad (6-8 s), 2-3 contr. rápidas y 6s de descanso; 3 veces/día en hogar y 45 min/semana entrenamiento grupal. - G2: No intervención.		- G1: ↓ significativa de la frecuencia y cantidad de fuga; mejora en ICIQ y en "Rosenberg's self-esteem evaluation" - Impacto IU en calidad de vida: Diferencia entre ambos grupos postratamiento. - Tiempo de fuga: No diferencias pre/postratamiento en ambos grupos	2b	B
Leong et al. ⁽¹⁴⁾	ECA	- 55 mujeres (>65 años). -GI (8 sesiones /12 semanas) -GC (n=28), no intervención	IUE, IUU, IUM (de moderada a severa)	- IUI7 - IIQ-7 - EVA	- 30 min entrenamiento individual, 12 semanas. - Sesión de educación - EMSP con palpación vaginal. - Entrenamiento de vejiga		- UI7: ↓ frecuencia de fuga en GI. - IIQ-7: GI mejora calidad de vida - VAS: Mayoría en G1 estuvieron satisfechos y percibieron una mejora subjetiva.	2b	B
Madill et al. ⁽¹⁵⁾	EPNC	- 17 mujeres (EM: 68,9 años)	IUE	- Diario de vejiga, UDI, IIQ, palpación, dinamómetro, EMG, manómetro y RM	- 12 clases grupales de EMSP de 1h. - En casa, EMSP 5 días/semana, 15-20 min.		- ↓ frecuencia fugas, ↑ CDV, mejoró la función de MSP y el soporte de órganos pélvicos significativamente.	4	C

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

Nascimento - Correia et al. ⁽¹⁶⁾	ECA	30 mujeres (EM: 60,87±05,09 años), que nunca recibieron TF para el tratamiento de IU. - GK (n=15) - GC (n=15)	IU de diferentes tipos	- 1º: 1-h pad test y KHQ. - 2º: Perineómetro (presión) y Método Perfect (función) de MSP.	- GK: EMSP e información sobre IU: 12 sesiones, 1 vez/semana, durante 1 h (en grupos de 8-10 personas). - GC: Sin tratamiento.		KG: Mejoría significativa en: 1-h pad test; la función y el nivel de la presión de contracción muscular y en algunos ámbitos del KHQ (Impacto de la IU, limitaciones en AVD, el sueño y gravedad). GC: Sin cambios.	2b	B
Nascimento -Correia et al. ⁽¹⁷⁾	ECA	45 mujeres mayores de 50 años. 15 n en cada grupo: - GEES (EM: 64,46 años) - GEEI (EM: 59,86 años) - GC (EM: 60,13 años)	IUE	- 1º: 1-h pad test, Escala 6-point Modified Oxford y perineómetro (Peritron 9300). - KHQ	- GC: Sin tratamiento.	- GEES y GEEI: 12 sesiones, 2 veces/ semana, durante 20 min (4 electrodos superficiales en GEES y 1 electrodo intravaginal en GEEI).	- Mejoría significativa en pérdida urinaria, presión de contracción y calidad de vida según KHQ en GEES y GEEI. - ↑ la fuerza de MSP sólo en GEEI.	2b	B
Neville et al. ⁽¹⁸⁾	ERNC	62 mujeres entre 65-93 años (EM: 73,4 años)	IUE, IUU y IUM	- 3IQ, IIQ-7 y ICIQ-UI	- Intervenciones conductuales y de educación. - EMSP - Fisioterapia manual	- EES	- ↓ significativa en ICIQ-UI (↓ gravedad de síntomas y ↓ molestias) y IIQ-7 (↓ del impacto de IU en la calidad de vida relacionada con la salud).	4	C
Riley et al. ⁽¹⁹⁾	ECNC	- 183 mujeres (>60 años).	- IUU	Diarios de vejiga de 7 días	Sesiones de EMSP con biofeedback, estrategias de supresión de urgencia (administradas en 4 visitas, 1 cada 15 días) y práctica en hogar.		EMSP utilizando biofeedback ↓ los episodios de IU de 3,2 / 24h pretratamiento a 1,0 / 24h postratamiento. La principal mejora para los 130 sujetos que completaron los diarios de vejiga de 7 días se produjeron después de la 1º sesión de biorretroalimentación.	2b	B
Santos-Pereira et al. ⁽³⁾	ECA	Mujeres >60 años. - GEES (n=7) - GC (n=7)	IUE (mínimo un episodio de fuga de orina de esfuerzo en el mes anterior)	- 1º: 1-h pad test - 2º: KHQ, perineómetro y satisfacción subjetiva.		- EES: 50 Hz, trabajo-descanso de 4- 8 s ancho de pulso de 700µs, intensidad de estimulación progresiva hasta incomodidad tolerable (Sin contr. de MSP añadida).	- ↓ significativa de pérdida orina. - ↑ satisfacción con el tratamiento. - Calidad de vida: ↓ significativa de la puntuación en dominio de gravedad para el GEES. - No diferencias significativas en la presión de contracción.	2b	B
Santos Pereira et al. ⁽²⁰⁾	ECA	45 mujeres posmenopáusicas - CV (n=15) - EMSP (n=15) - GC (n=15)	IUE (al menos 1 episodio en el último mes)	- 1º: 1-h pad test. - 2º: Fuerza muscular (perineómetro), KHQ, satisfacción y continuidad con el tratamiento.	- CV y EMSP: 12 sesiones, 40 min, 6 semanas. Media de 100 contr. fásicas (3s y 6s de reposo) y tónicas (5-10s y 10-20s de reposo) - GC: Sin tratamiento .		- ↓ fuga urinaria y ↑ fuerza muscular en CV y EMSP. Mejora de calidad de vida y similar satisfacción y continuidad del tratamiento en ambos grupos 12 meses postratamiento. - No diferencias entre mejorías VC y PFMT.	2b	B

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

Tosun et al. ⁽²¹⁾	EPNC	- 122 mujeres -G1: Ciclos menstruales regulares. -G2: Última menstruación 2-5 años. -G3: Última menstruación <5 años. Solo se adapta G3 (EM: 66.68)	- IUE y IUM - G3: 17 mujeres con IUE y 18 con IUM	- Medición fuerza MSP: Esquema PERFECT, escala Brink, perineometría, ecografía transabdominal, Pad test, Stop test.	- Sesiones de educación. - EMSP individualizados según grado de debilidad de MSP, pérdida de propiocepción y tolerancia del paciente.		- ↑ significativo en el esquema PERFECT, escala Brink, perineometría, y los valores de US. - ↓ significativa en los valores de Pad test y Stop test - Destaca el ↑ de fuerza: 56,7% en G3.	4	C
Vinsnes et al. ⁽²²⁾	ECA	98 residentes >65 años (hombres y mujeres) GI (n=48) GC (n=50)	Diferentes tipos de IU	- 24-hour pad-weighing test.	GI: Actividad física y capacitación para AVD (3 meses): fuerza, resistencia, equilibrio, trabajo de transferencias...		- ↓ fuga de orina en TG. - Un programa de entrenamiento individualizado diseñado para mejorar AVD y CF puede prevenir/reducir la IU.	2b	B

Abreviaturas: A. Aleatorizado; AVD. Actividades de la vida diaria; **contr.** Contracciones; **CDV.** Calidad de vida; **CV.** Conos vaginales; **EC.** Ensayo clínico; **ECNC.** Ensayo clínico no controlado; **EM.** Edad media; **EMSP.** Entrenamiento músculos suelo pélvico; **EPNC.** Estudio prospectivo no controlado; **ERNC.** Estudio retrospectivo no controlado; **EQ-5D.** EuroQol 5D; **EVA.** Escala visual analógica; **G.** Grupo; **GAE.** Grupo atención estándar; **GC.** Grupo control; **GEES.** Grupo de estimulación eléctrica superficial; **GFV.** Grupo feedback visual; **GI.** Grupo intervención; **GK.** Grupo kinesioterapia; **h.** horas; **ICIQ.** "International Consultation on Incontinence Questionnaire"; **ICIQ-OAB.** "International Consultation on Incontinence Overactive Bladder Questionnaire"; **ICIQ-UI SF.** "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form"; **ICIQ-VS.** "International Consultation on Incontinence Vaginal Symptoms Questionnaire"; **IIQ-7.** Incontinence Impact Questionnaire Short Form; **IU.** Incontinencia urinaria; **IUE.** Incontinencia urinaria de esfuerzo; **IUI.** Incontinencia urinaria de urgencia; **IUI7.** Número de episodios de IU en 7 días previos; **IUM.** Incontinencia urinaria mixta; **KHG.** "Kings Health Questionnaire"; **mg.** Miligramos; **min.** Minutos; **MSP.** Músculos suelo pélvico; **n.** número de participantes; **POP-Q.** "Pelvic Organ Prolapse Quantification System"; **QALY.** "Quality Adjusted Life Years"; **QUID.** "Questionnaire for urinary incontinence diagnoses"; **RM.** Resonancia Magnética; **s.** Segundos; **sEMG.** Electromiografía superficial; **TF.** Terapia física; **UDI.** Urogenital Distress Inventory; **US.** Ultrasonido; **3IQ.** "3 Incontinence Questions".

Tabla VIII. Análisis de las distintas variables de las revisiones sistemáticas seleccionadas

Autor	Tipo estudio	Estudios incluidos	Población muestral	Sistema de medición	Intervención		Resultados	NE	GR
					Manual	Instrumental			
Santos Pereira et al. ⁽²³⁾	RS	- Tipo estudios: 6 ECA, publicados en inglés y portugués.	- Pacientes: Mujeres con IU, > 60 años	- EMSP: Frecuencia fugas, velocidad al caminar, fuerza muscular, IMC, KHQ, 1-h pad test, palpación digital, diario vejiga. - EEI: 48-h pad test, presión suelo pélvico, examen físico, escala PRAFAB. - EENT: Diario vejiga, KHQ, ICIQ-SF - EEM: 24-h pad test, diario vejiga, BFLUTS-SF, EVA.	- EMSP	- EEI - EENT - EEM	- EMSP: < frecuencia fugas e IMC. > Velocidad al caminar, > fuerza muscular. Mejora calidad de vida. - EEI: < frecuencia de fugas. No diferencias en la presión del suelo pélvico, examen físico y mejoría subjetiva. - EENT: Mejoría síntomas, episodios nocturnos y CDV. - EEM: No diferencias significativas.	2a	B

Abreviaturas: ECA. Ensayo clínico aleatorizado; **EEI.** Estimulación eléctrica intravaginal; **EEM.** Estimulación estática magnética; **EENT.** Estimulación eléctrica nervio tibial; **EMSP.** Entrenamiento músculos suelo pélvico; **EVA.** Escala visual analógica; **h.** horas; **ICIQ-SF.** "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form" **IMC.** Índice de masa corporal; **IU.** Incontinencia Urinaria; **KHQ.** "Kings Health Questionnaire"; **RS.** Revisión sistemática.

TIPO DE ESTUDIO

Entre los estudios experimentales seleccionados, se encuentran 9 ensayos clínicos aleatorizados y controlados y 4 ensayos clínicos sin grupo control.

Además de los estudios experimentales, se ha seleccionado una revisión sistemática que incluye ensayos clínicos aleatorizados, publicados en inglés y portugués, a partir del año 2000.

POBLACIÓN MUESTRAL

Este estudio incluye artículos cuyas participantes son mujeres mayores de 60 años. En concreto, el rango de edad que engloban varía desde 60,13 a 85,7 años de edad media.

CARACTERÍSTICAS IU

Los tipos de IU incluidos en este estudio han sido: IU de esfuerzo (IUE), IU de urgencia (IUU) e IU mixta (IUM). En cuanto a los estudios experimentales, 4 de ellos presentan los 3 tipos de IU, 1 de ellos muestra pacientes con IUE y IUM, 5 estudios sólo con IUE y 1 único estudio sólo con IUU. Sin embargo, dos de los artículos seleccionados no especifican qué tipo de IU padecían las mujeres participantes.

Con respecto a la revisión sistemática incluida, 2 de sus estudios se centran en IUE, 1 de ellos en IUU y los 3 restantes no especifican el tipo de IU que estudian.

SISTEMAS DE MEDICIÓN

En cuanto al análisis de los sistemas de medición, se han obtenido resultados muy heterogéneos. Las mediciones que se han realizado en los estudios han sido tanto de carácter objetivo como subjetivo. Las escalas y cuestionarios utilizados se encuentran descritos posteriormente (Anexo 2). Están enfocados a medir la gravedad y mejoría de los síntomas del tracto urinario inferior, el impacto de estos en la calidad de vida de la paciente y la función de los músculos del suelo pélvico (MSP).

Alves et al.⁽¹¹⁾ utilizaron como mediciones primarias la palpación digital y la electromiografía de superficie (sEMG) con el objetivo de evaluar la contracción de los MSP.

Además, como medidas secundarias emplearon el “International Consultation on Incontinence Questionnaire” (ICIQ), para evaluar la presencia de síntomas urinarios y vaginales, el “Pelvic Organ Prolapse Quantification System” (POP-Q), para detectar la existencia de prolapso de órganos pélvicos, y la Escala Visual Analógica (EVA), para cuantificar la satisfacción del paciente con el tratamiento.

Por otra parte, Galea et al.⁽¹²⁾ eligieron como medida primaria la prueba absorbente 24 horas (24-h pad test), utilizando las pacientes compresas las 24 horas al día y cambiándolas cuando fuese necesario. Esas compresas las metían inmediatamente en bolsas selladas, conservándolas en un lugar seco, para que posteriormente fuesen pesadas por un evaluador ciego. Como medidas secundarias, utilizaron el “Kings Health Questionnaire” (KHQ), específico para evaluar la calidad de vida en relación con la función de la vejiga y la EVA, para evaluar la adherencia al tratamiento.

En cuanto a los instrumentos de medida utilizados en el estudio de Kargar et al.⁽¹³⁾, fueron empleados “The Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnoses” (QUID), para definir el tipo de IU que presentaban las participantes, “International Consultation on Incontinence Questionnaire” (ICIQ), ya citado anteriormente en el artículo de Alves et al.⁽¹¹⁾ y “Rosenberg’s self-esteem evaluation”, para evaluar la autoestima.

En el estudio de Leong et al.⁽¹⁴⁾ se utilizaron 3 indicadores para analizar diferentes aspectos de los resultados: el número de episodios de IU en los 7 días previos (IU7), “Incontinence Impact Questionnaire Short Form” (IIQ-7), para estudiar el impacto de la IU en la calidad de vida, y la EVA, para evaluar la percepción subjetiva de mejoría y la satisfacción con el tratamiento.

Madill et al.⁽¹⁵⁾ recurrieron a diarios de vejiga, a “The Urogenital Distress Inventory” (UDI) y “The Incontinence Impact Questionnaire” (IIQ) para analizar los efectos de su intervención sobre la continencia; a la palpación, dinamometría y electromiografía (EMG) sobre la función de MSP; de nuevo a la dinamometría sobre la fuerza de reposo del SP; a la EMG sobre la máxima contracción voluntaria; al manómetro sobre la presión de MSP y a la resonancia magnética (RM) sobre la morfología de los mismos.

Nascimento-Correia et al.⁽¹⁶⁾ evaluaron la pérdida de orina con la prueba absorbente de una hora de duración (1h pad test), la calidad de vida con el KHQ (como resultados primarios) y la presión y fuerza de los MSP (como resultados secundarios).

Las participantes del estudio de Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾ fueron evaluadas antes y después del tratamiento de los resultados primarios (fuga de orina y función MSP) y secundarios (calidad de vida). Para ello, utilizaron los siguientes instrumentos de medida: 1-h pad test, Escala 6-point Modified Oxford y perineómetro (resultados primarios) y KHQ (resultados secundarios).

Neville et al.⁽¹⁸⁾ utilizaron “3 Incontinence Questions” (3IQ), para distinguir los diferentes tipos de IU; “Incontinence Impact Questionnaire Short-Form (IIQ-7)”, para medir la calidad de vida relacionada con la IU y “The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire-Urinary Incontinence” (ICIQ-UI), para analizar el impacto de los síntomas de la IU en la calidad de vida, así como la gravedad de los mismos.

En cuanto a la medida de resultado primaria en el estudio de Riley et al.⁽¹⁹⁾ fue utilizada la reducción media del número de IUU por medio de los diarios de vejiga pre y postratamiento.

Santos Pereira et al.⁽³⁾ evaluaron para el resultado primario la pérdida de orina (a través de 1h pad test), y para los secundarios, la calidad de vida (mediante el KHG), presión de la contracción (a través de un dispositivo Perina Stim, graduado de 0 a 60 cmH₂O y suministrado con una sonda vaginal) y la satisfacción subjetiva. Además, en el otro ensayo clínico aleatorizado de Santos Pereira et al.⁽²⁰⁾ también se utiliza la misma medida primaria, y como resultados secundarios se analizan la fuerza de los MSP, la calidad de vida, la satisfacción con el tratamiento y la continuidad del entrenamiento.

En el estudio de Tosun et al.⁽²¹⁾ se midió la fuerza de los MSP utilizando la escala PERFECT [potencia, resistencia, número de repeticiones, número de contracciones rápidas (1-s), siendo cada contracción cronometrada], escala de Brink, perineometría, ultrasonido transabdominal, prueba de almohadilla (pad test) y prueba de parada (stop test).

La principal medida de resultado para Vinsnes et al.⁽²²⁾ fue la prueba absorbente 24 h (24h pad test).

Con respecto a la revisión sistemática incluida en este estudio (Santos-Pereira et al.⁽²³⁾), los sistemas de medición utilizados en los diferentes artículos que forman parte de ella son muy heterogéneos. Incluyen tanto mediciones objetivas (pruebas absorbentes, presión MSP...) como subjetivas (escalas de calidad de vida, de satisfacción con el tratamiento, mejora subjetiva...).

INTERVENCIONES

En este estudio se han recogido diversas intervenciones que han sido clasificadas en manuales e instrumentales. En cuanto a las técnicas de intervención manuales, se han incluido todos los artículos que evalúan los efectos provocados por ejercicios activos de los MSP que realiza la paciente gracias a la aplicación de técnicas manuales externas o endocavitarias del terapeuta. También se incluyen dentro de este apartado de “técnicas manuales” aquellos ejercicios activos en donde no se especifica si existe o no una aplicación manual, así como los estudios en los que la paciente realiza el ejercicio sin tacto manual directo del periné. Alves et al.⁽¹¹⁾, Galea et al.⁽¹²⁾, Kargar et al.⁽¹³⁾, Leong et al.⁽¹⁴⁾, Madill et al.⁽¹⁵⁾, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁶⁾, Riley et al.⁽¹⁹⁾, Santos-Pereira et al.⁽²⁰⁾, Tosun et al.⁽²¹⁾ y Vinsnes et al.⁽²²⁾ analizaron los efectos de diversas intervenciones manuales. Sin embargo, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾ y Santos-Pereira et al.⁽³⁾ evaluaron terapias instrumentales. Por otra parte, Neville et al.⁽¹⁸⁾ compararon los efectos de terapias de diferentes tipos en las mismas pacientes y la revisión sistemática de Santos-Pereira et al.⁽²³⁾ mostró los resultados de 6 terapias de distinto tipo.

Comenzando por las intervenciones manuales, en el estudio de Alves et al.⁽¹¹⁾ todas las participantes realizaron un programa Fitness basado en ejercicios de estiramiento, resistencia y ejercicios funcionales. Las mujeres del grupo intervención fueron divididas en conjuntos de siete personas y realizaron un protocolo de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (EMSP), que consistió en 12 sesiones de 30 minutos cada una, 2 veces por semana, durante 6 semanas. Durante el protocolo de tratamiento, se realizaron ejercicios de movilidad pélvica, estiramiento, fortalecimiento y relajación en cada sesión, en cinco posiciones diferentes junto con las contracciones de MSP, que se llevaron a cabo en cuatro series de contracciones rápidas junto con cuatro series de diez contracciones mantenidas, con una duración de 8 segundos, seguidas por un período de relajación de 16 segundos.

Galea et al.⁽¹²⁾ también propusieron un protocolo de EMSP que consistía en 10 semanas de fisioterapia convencional utilizando palpación vaginal y órdenes verbales (como retroalimentación táctil y verbal) o ecografía abdominal (como retroalimentación visual) y realizaron un seguimiento a los tres meses.

La publicación de Kargar et al.⁽¹³⁾ se basó en 8 clases de EMSP. Se les pidió a las participantes que realizaran 8-12 contracciones de intensidad alta (cerca del máximo) tres veces al día en el hogar con entrenamiento adicional en grupos una vez a la semana durante 45 minutos. Realizaban cada contracción muscular de 6 a 8 segundos, luego se

añadían tres o cuatro contracciones rápidas y posteriormente, un período de descanso de unos 6 segundos.

En el ensayo de Leong et al.⁽¹⁴⁾ participaron un grupo de control (que solo recibió un panfleto con información) y un grupo de intervención. Este último recibió una sesión de educación, realizó un EMSP con ayuda de palpación vaginal y entrenamiento de la vejiga. El EMSP incluía ejercicios de toma de conciencia, fuerza, resistencia y de reeducación neuromuscular.

La intervención de Madill et al.⁽¹⁵⁾ constaba de 12 sesiones semanales grupales de EMSP, formadas como máximo por 8 personas, de una hora de duración. Este programa de entrenamiento incluía máximas contracciones voluntarias (MCV), contracciones de repetición rápida, flicks (contracciones máximas de MSP con contracciones rápidas superpuestas), ejercicios de pódium (contracciones controladas al 50%, 100%, 50% de la contracción máxima) y precontracción antes de toser. Las participantes realizaron ejercicios de MSP en casa durante 15-20 minutos, 5 días a la semana, siguiendo un programa escrito que constaba de MCV, contracciones rápidas, ejercicios de pódium y precontracción antes de toser.

La intervención de Nascimento-Correia et al.⁽¹⁶⁾ incluyó un protocolo de kinesiología para el grupo intervención que consistió en 12 sesiones de una hora realizadas una vez a la semana en grupos de 8-10 personas. Ejercicios para fortalecer los MSP, sesiones de información y orientación sobre la IU formaban parte de las sesiones de tratamiento. Los ejercicios evolucionaron progresivamente, aumentando el número de repeticiones y/o el tiempo de contracción. Sin embargo, el grupo control no recibió ningún tratamiento.

Riley et al.⁽¹⁹⁾ propusieron un EMSP asistido por biorretroalimentación incluyendo ejercicios de entrenamiento y estrategias de supresión de urgencia, administradas a través de cuatro visitas quincenales a la clínica y prácticas en el hogar entre las visitas.

El estudio de Santos-Pereira et al.⁽²⁰⁾ comparó los efectos a largo plazo que provocan el EMSP y los conos vaginales. El tratamiento para ambos grupos consistió en 2 sesiones de 40 minutos por semana, durante 6 semanas. El grado de dificultad progresó según las posiciones adoptadas, aumentando el número de repeticiones y el tiempo de contracción sostenida. Se realizaron un promedio de 100 contracciones por sesión, con contracciones fásicas, de 3 segundos de duración con 6 segundos de reposo y contracciones tónicas, de 5-10 segundos de duración seguidos de 10-20 segundos de reposo. Las mujeres del grupo

de conos vaginales realizaron el fortalecimiento de MSP con conos vaginales durante toda la sesión.

En la publicación de Tosun et al.⁽²¹⁾ las participantes aprendieron a contraer correctamente los MSP sin contraer otros músculos adyacentes con ayuda instrucciones verbales y palpación del periné. El entrenamiento se centró en una mejor conciencia y contracción de los MSP, y un programa de ejercicios individuales utilizando los datos del esquema PERFECT. Estos ejercicios se individualizaron de acuerdo con el grado de debilidad del SP, la pérdida de propiocepción y la tolerancia de las participantes.

La intervención de Vinsnes et al.⁽²²⁾ que incluyó la actividad física y la capacitación en las AVD, fue ajustada individualmente para cada residente en el grupo de intervención y duró 3 meses. El entrenamiento de transferencias y la habilidad para caminar, equilibrio, fuerza muscular y resistencia se ofreció a todos los individuos, mientras que el entrenamiento de las AVD fue realizado cuando el residente necesitaba ayuda para las comidas, cuidado personal o la acción de vestirse.

En cuanto a las intervenciones instrumentales, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾ dividieron a las participantes en 3 grupos: grupo de estimulación eléctrica superficial (GEES), de estimulación eléctrica intravaginal (GEEI) y de control (GC). GEES y GEEI llevaron a cabo 12 sesiones de estimulación eléctrica individual (2 sesiones/semana, de 20 minutos). Los parámetros eléctricos utilizados en ambos tratamientos fueron: estimulación eléctrica funcional (tipo de corriente); frecuencia 50 Hz; duración del pulso 700 ms; tiempo 20 min; ciclos de desconexión de 4s on/ 8seg off; a la intensidad máxima tolerable. Se colocaron 4 electrodos superficiales en GEES (dos electrodos en la región suprapúbica y otros dos se cruzaron sobre la piel y se fijaron medialmente a la tuberosidad isquiática); y 1 electrodo intravaginal en GEEI.

Por otra parte, Santos-Pereira et al.⁽³⁾ llevaron a cabo la estimulación eléctrica superficial (EES) de los MSP con el equipo Dualpex 961 durante 12 sesiones individuales, con 2 sesiones semanales de 20 min cada una. Los parámetros eléctricos fueron una frecuencia de 50 Hz, un ciclo de trabajo-descanso de 4 a 8 s y un ancho de pulso de 700 s, con intensidad de estimulación aumentando gradualmente hasta el nivel de incomodidad tolerable. No se instruyó a las mujeres para llevar a cabo la contracción de los MSP en conjunto con la estimulación eléctrica.

Además, Neville et al.⁽¹⁸⁾ efectuaron una intervención combinando varios tipos de terapias. Llevaron a cabo intervenciones conductuales (diario miccional, estrategias de inhibición de

la urgencia, de nocturia) y de educación (sobre los trastornos y tratamientos de los MSP). También, realizó un entrenamiento individualizado de MSP para trabajar el control motor, la coordinación, la fuerza, la resistencia, la hipertrofia y la rigidez de dichos músculos. Además, llevó a cabo terapia manual individualizada incluyendo movilización articular lumbopélvica y cadera, estiramiento muscular y manipulación de tejidos blandos y cicatriz. Por último, también recurrió a la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea mediante electrodos superficiales en las raíces del nervio sacro S2-S4, en el nervio tibial en el tobillo en la zona posterior o medial al maléolo interno, o sobre la vejiga suprapúbicamente; o utilizando electrodos superficiales en el periné o utilizando un electrodo intravaginal o intraanal.

Por último, la revisión sistemática de Santos Pereira et al.⁽²³⁾ evaluó tanto intervenciones manuales como instrumentales. 3/6 estudios analizan los efectos del EMSP (intervenciones manuales); 2/6 estudian intervenciones instrumentales (estimulación eléctrica intravaginal y estimulación estática magnética); 1/6 compara los efectos del entrenamiento de los MSP y entrenamiento de la vejiga con ese tratamiento añadiéndole estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial.

RESULTADOS CLÍNICOS TRAS LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA

En el estudio de Alves et al.⁽¹¹⁾ se observó un aumento de la contracción de los MSP en el grupo de intervención (GI) después del entrenamiento de los mismos, utilizando palpación digital ($p=0,001$) y sEMG ($p=0,003$). La queja más frecuente fue IUM (76,92%), seguida por IUE (15,38%) e IUU (7,69%). Hubo una disminución en la puntuación de ICIQ-OAB sólo en GI después del tratamiento ($p<0,001$). También se apreció una disminución en la puntuación ICIQ UI-SF del GI postratamiento ($p=0,036$). En cuanto al POP, hubo un descenso significativo del anterior sólo en el GI ($p=0,03$) en comparación con el grupo control (GC) ($p=0,7$), pero no se encontraron diferencias significativas en el POP posterior ($p=0,31$) y en el puntaje ICIQ-VS ($p=0,08$). La satisfacción con el tratamiento fue mayor en el GI según la EVA ($p<0,001$).

Galea et al.⁽¹²⁾ afirman que en su estudio no hubo notables diferencias dentro o entre grupos a lo largo del tiempo a excepción de una reducción significativa en los episodios de fuga postratamiento en el grupo de feedback visual (GFV) ($p=0,002$). No encontraron grandes diferencias en ningún dominio del cuestionario KHQ entre el GFV y el grupo de tratamiento estándar (GTE). Los dos grupos no fueron significativamente diferentes con respecto a la adherencia al tratamiento en el hogar (GTE 63.4%, GFV 76.8%, $p=0.28$).

Los resultados del estudio de Kargar et al.⁽¹³⁾ con respecto a la frecuencia de fuga de orina no muestran diferencias significativas pretratamiento ($p=0,2$), pero si las encuentran postratamiento ($p=0,04$). En cuanto a la cantidad de pérdida de orina, antes del tratamiento, no hubo diferencia entre grupos ($p=0,7$), pero después del mismo si se observó notable diferencia ($p=0,001$). También ocurre lo mismo con el impacto de la IU en la calidad de vida pretratamiento ($p=0,1$), observándose una diferencia estadística significativa tras el mismo ($p=0,01$). Además, las sesiones de entrenamiento mejoraron la puntuación de autoestima en el GI ($p<0,001$) frente al GC ($p=0,08$).

En el estudio de Leong et al.⁽¹⁴⁾ se observó una reducción significativa del número de episodios de IU en 7 días previos (IU7) sólo en el GI. Cuando se comparó el porcentaje de disminución en la IU7, el GI demostró una media de más del 90% de reducción frente al 7,2% en el GC. Además, reveló una descenso significativo del IIQ-7 (es decir, mejoría en la calidad de vida) sólo en GI ($p<0,001$). También, afirmaron que la mayoría de los participantes en el GI estaban satisfechos con las intervenciones y percibieron una mejora subjetiva. La media de asistencia y la adherencia al tratamiento en el GI fueron $97,7\% \pm 5,0\%$ y $99,4\% \pm 1,9\%$, respectivamente.

Madill et al.⁽¹⁵⁾ afirmaron que el número de fugas disminuyó significativamente ($p=0,003$) y la calidad de vida mejoró de forma considerable, debido a que las puntuaciones de UDI e IIQ se redujeron significativamente ($p<0,001$ y $0,002$, respectivamente). A la palpación, se apreció un aumento de la fuerza de MSP ($p<0,001$). Además, disminuyó la fuerza de reposo después de la intervención. También mejoró la función de dichos músculos significativamente: las participantes pudieron realizar contracciones repetidas de MSP más rápidas, activaban más temprano sus MSP cuando tosían y aumentó la capacidad de mantener la contracción de dichos músculos entre episodios de tos repetidos.

Nascimento-Correia et al.⁽¹⁶⁾ mostraron que después del tratamiento, 9/15 (60%) de las mujeres se convirtieron en continentes urinarias y hubo una reducción significativa en la pérdida urinaria medida por la prueba de almohadilla de una hora ($p=0,053$) para el grupo de kinesiología (GK); sin embargo, el GC no presentó diferencias significativas en esta variable. Se observó un aumento notable de la perineometría de presión de los MSP solo para el GK ($p=0,0014$) y una mejoría significativa en la función muscular medida por el método PERFECT en este mismo grupo ($p<0,006$) después del tratamiento. También se apreció en la evaluación de la calidad de vida en dicho grupo, una reducción significativa de las puntuaciones en el impacto de la incontinencia ($p=0,034$), las limitaciones de las actividades

diarias ($p=0,025$), el sueño ($p=0,018$) y los dominios de gravedad ($p=0,004$) después del tratamiento.

En el estudio de Riley et al.⁽¹⁹⁾ la frecuencia media de referencia de los episodios de incontinencia para los 183 sujetos fue de 3,2/24 horas. Después del tratamiento, disminuyó a 1,0/24 horas ($p<0,001$). Además, en la prueba de la almohadilla, el peso medio de orina perdida por 24 horas se redujo de 36 gramos a 5 gramos ($p<0,001$).

En la intervención de Santos-Pereira et al.⁽²⁰⁾ hubo una disminución significativa de la fuga urinaria en el grupo de conos vaginales (CV) y en el grupo de EMSP comparando los valores al final del tratamiento, 3 y 12 meses postratamiento, con los valores basales. No hubo diferencias en cuanto a los resultados primarios entre el grupo CV y el grupo EMSP.

Tosun et al.⁽²¹⁾ afirmaron que después del período de estudio de 12 semanas, hubo un aumento estadísticamente significativo en el esquema PERFECT, la escala de Brink, la perineometría y los valores de ultrasonido entre los tres grupos. Se observó una disminución estadísticamente significativa en los valores de prueba de parada y de prueba de almohadilla de 1 hora entre los tres grupos. Además, destaca un aumento de fuerza muscular del 56,7% en G3.

Vinsnes et al.⁽²²⁾ observaron una reducción de fuga de orina en GI. La diferencia media de 3 meses posintervención entre los grupos según la cantidad de fugas fue de 191 g ($p= 0,03$). La pérdida de orina aumentó en los residentes que no recibieron la intervención experimental.

En cuanto a los resultados obtenidos en los estudios experimentales que analizan técnicas instrumentales, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾ mostraron una disminución significativa en la fuga urinaria tanto en GEES como en GEEI ($p=0,01$). También se apreció un aumento sustancial de la perineometría en ambos grupos y una mejoría significativa en la fuerza muscular en GEEI. En la evaluación de la calidad de vida, hubo una reducción notable de las puntuaciones en diferentes dominios, tales como el impacto de la IU, las limitaciones de las AVD, la limitación física, la emoción, el sueño y la disposición y gravedad en GEES ($p<0,02$) y GEEI ($p<0,04$).

Neville et al.⁽¹⁸⁾ mostró que más de la mitad ($n= 35$) de las mujeres participantes dieron a conocer que presentaban IUU y aproximadamente una cuarta parte ($n=15$) de las mujeres desconocían inicialmente las circunstancias que rodeaban sus síntomas de fuga de orina (IU insensible). Se observaron descensos estadísticamente significativos en los puntajes de ICIQ-UI y IIQ-7 entre el primer y segundo estudio. La diferencia media en las puntuaciones

de ICIQ-UI fue de 1,78 ($p=0,001$), lo que indicó una reducción en la gravedad de los síntomas y la incomodidad de la IU. La diferencia media en la puntuación de IIQ-7 fue de 9,35 ($p=0,003$), lo que indicó una disminución en el impacto negativo de los síntomas de la incontinencia en la calidad de vida relacionada con la salud.

Santos-Pereira et al.⁽³⁾ afirmaron que en su estudio hubo una disminución sustancial de fuga urinaria en el grupo de estimulación eléctrica superficial (EES) después del tratamiento ($p=0,017$). Se observaron diferencias significativas entre el grupo EES y GC en la evaluación después del tratamiento ($p<0,01$). Sin embargo, esto no sucedió con la presión muscular del SP. En la evaluación de la calidad de vida, se observó una reducción notable de la puntuación en el dominio de la gravedad para el grupo EES después del tratamiento ($p=0,017$).

Con respecto a la revisión sistemática incluida en este estudio (Santos-Pereira et al.⁽²³⁾), en los artículos que evalúan el EMSP se observó una disminución de la frecuencia de fugas e índice de masa corporal (IMC) y un aumento de la velocidad al caminar y de la fuerza de los aductores. Además, también se apreció con este entrenamiento un aumento de fuerza muscular y mejora de la calidad de vida. Por otra parte, la estimulación eléctrica intravaginal (EEI) disminuyó la frecuencia de fugas, pero no se encontraron diferencias en cuanto a la presión del SP, en el examen físico y en relación a la mejoría subjetiva. Con respecto a la estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial comparándola con EMSP de forma aislada, se apreció una mejoría de la sintomatología clínica en ambos grupos; a pesar de que se obtuvieron mejores resultados en el grupo que contó con dicha estimulación eléctrica en cuanto a los síntomas de urgencia, episodios nocturnos y calidad de vida. Por último, el tratamiento de la IU con estimulación estática magnética (EEM) no presentó diferencias significativas con respecto al grupo placebo.

NIVEL DE EVIDENCIA

Para evaluar el nivel de evidencia de los artículos que forman parte de este estudio se ha utilizado la propuesta del CEBM de Oxford, ya citada anteriormente en el apartado 5.6 (Niveles de evidencia y grados de recomendación).

De los 12 artículos que conforman este estudio, 10 presentan un nivel de evidencia 2b (por ser ensayos clínicos aleatorizados de baja calidad); 1 corresponde al nivel 2a (siendo una revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad); y los 3 artículos restantes tendrían un nivel de 4 (estudio de cohortes y casos y controles de baja calidad).

GRADO DE RECOMENDACIÓN

Para analizar el grado de recomendación de los artículos se ha utilizado también la propuesta del CEBM de Oxford.

De los 12 estudios que forman parte del estudio, 11 de ellos presentan un grado de recomendación B (estudios con nivel de evidencia 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1) y 3 artículos restantes presentan un grado C (estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3).

7. DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria es una disfunción que perjudica enormemente a la calidad de vida de las mujeres, involucrando factores sociales, emocionales y económicos. Afecta a adultos de todas las edades, con una prevalencia especialmente alta entre las mujeres de edad avanzada. El objetivo principal de la terapia para el manejo de dicha patología es reducir el número de episodios, prevenir complicaciones y, si es posible, restaurar la continencia.

Los resultados de esta revisión bibliográfica muestran que diferentes modalidades de intervenciones fisioterápicas parecen promover beneficios en la incontinencia de las mujeres de la tercera edad, sobre todo con respecto a la mejoría de la sintomatología clínica y de la calidad de vida.

A continuación, se discuten diferentes aspectos de los artículos analizados teniendo en cuenta tanto los objetivos del trabajo como las variables analizadas en el apartado de resultados.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN MUESTRAL Y DE LA IU

Los diversos artículos que forman este estudio no aportan muchas características de la población muestral. La mayor parte de ellos sólo muestran en los criterios de inclusión la edad mínima requerida para participar en el estudio y la edad media de las participantes, sin ofrecer otros datos demográficos de interés.

Por otra parte, tampoco presentan muchos detalles sobre la patología. En la tabla III, se diferencian todos los tipos de IU según la IUGA y la ICS. Sin embargo, estos artículos se centran solamente en IUE o en IUU y otros, como máximo, añaden la IUM.

Dada la gran variedad de factores que contribuyen a la aparición y al progreso de la IU, estratificaciones según subgrupos de edades, severidad de la patología, tiempo de aparición de la misma, entre otras, habrían aportado datos más completos sobre el alcance que puede tener el tratamiento de fisioterapia en estas pacientes. Para esto, son necesarias muestras mucho más amplias que las utilizadas en estos estudios.

SISTEMAS DE MEDICIÓN

Los sistemas de medición utilizados en este estudio fueron muy heterogéneos. La mayor parte de los artículos combinaron sistemas de medición objetivos con subjetivos.

Sin embargo, Tosun et al.⁽²¹⁾ y Vinsnes et al.⁽²²⁾ sólo utilizaron mediciones objetivas, mientras que Kargar et al.⁽¹³⁾, Leong et al.⁽¹⁴⁾, Neville et al.⁽¹⁸⁾ y Riley et al.⁽¹⁹⁾ utilizaron solamente cuestionarios como instrumentos de medida.

Los sistemas de medición objetivos más utilizados analizaron la cantidad y frecuencia de fugas de orina y la fuerza de los MSP. Para evaluar el primer aspecto mencionado, las características de la pérdida de orina, lo más utilizado fueron los test absorbentes (ya sea de 1 o 24 horas) con el fin de objetivar el grado de incontinencia. Dichos tests consisten en colocar una compresa previamente pesada al paciente y volver a pesarla tras un tiempo establecido, orientando el incremento de peso sobre la magnitud de la IU. Con respecto a la fuerza de los MSP, el perineómetro fue el dispositivo de elección para su evaluación. Es necesario un método objetivo, que debería de ser universal, para cuantificar la fuerza de los MSP con el fin de poder proporcionar una prescripción apropiada de ejercicios y otras terapias eficaces para la IU. Deegan EG et al.⁽²⁴⁾, realizaron una revisión sistemática en el año 2016 con el objetivo de analizar las metodologías clínicas disponibles para cuantificar la fuerza de los MSP en las mujeres con IU, abordando la validez de los métodos existentes, la frecuencia de uso y las limitaciones que presentan. Con respecto a la perineometría, concluye que es una de las herramientas más utilizadas para la medición de la fuerza de dichos músculos, a pesar de que estas mediciones sólo se toman durante las contracciones estáticas isométricas (a menudo sólo en la posición supina), y por lo tanto, las fuerzas de movimiento dinámico y funcional no se evalúan. Además, otras limitaciones que incluye son

la influencia de la presión intraabdominal y el uso de músculos accesorios en el cambio de presión, aunque la actividad de estos puede detectarse con una EMG.

Por otra parte, los cuestionarios se centraron en evaluar fundamentalmente la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento. Para abordar las repercusiones en la vida de las participantes 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 CDV métodos exactos y reproducibles de medida que aportan gran valor en su evaluación. Por esta razón, gran parte de los artículos evalúan la CDV de las pacientes utilizando el KHQ, que es un cuestionario autoadministrado, destinado específicamente a la evaluación de este factor en la mujer con IU mediante el análisis de las áreas física, social y mental.

El KHG fue validado al español por Badía Llach X et al.⁽²⁵⁾ y ha demostrado poseer los adecuados índices de validez y fiabilidad para poder valorar la CDV de las mujeres con diferentes tipos de esta patología. 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 se trata. En este último apartado, la paciente señalará aquella sintomatología que padece valorando la intensidad de su afectación como poca, moderada o mucha.

La gran heterogeneidad de sistemas de medición comentada anteriormente afecta en gran medida a la hora de poder comparar resultados. Sería necesario y de gran interés unificar criterios para utilizar un mismo sistema de medición que permita la comparación de resultados de distintos estudios en multicentros.

INTERVENCIONES FISIOTERÁPICAS

Este estudio combina diferentes modalidades terapéuticas. 10 de los artículos que lo forman analizan los efectos de intervenciones manuales (ejercicios de EMSP con o sin aplicación de técnicas manuales intracavitarias), 2 de ellos evalúan los resultados de diferentes técnicas instrumentales, otro combina técnicas manuales e instrumentales en la misma población muestral y un último artículo, la revisión sistemática de Santos-Pereira et al.⁽²³⁾ formada por 6 estudios que analizan diferentes tipos de terapias.

Como se mostró anteriormente, el EMSP fue la modalidad de elección para la mayoría de los estudios seleccionados. Numerosas publicaciones como la de Alves et al.⁽¹¹⁾, Kargar et al.⁽¹³⁾, Leong et al.⁽¹⁴⁾, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁶⁾ y Vinsnes et al.⁽²²⁾ han evaluado la efectividad de este tipo de tratamiento en comparación con la ausencia de fisioterapia en mujeres de avanzada edad con IU. Por otra parte, dos de ellos valoran las diferencias existentes entre realizar dicho entrenamiento con o sin biofeedback. Este es el caso de Galea et al.⁽¹²⁾ y Santos-Pereira et al.⁽²⁰⁾ que utilizan como retroalimentación el US abdominal y los conos vaginales respectivamente. Además, Leong et al.⁽¹⁴⁾, Riley et al.⁽¹⁹⁾ y Tosun et al.⁽²¹⁾ también incluyen la palpación vaginal como feedback para ayudar a las participantes a contraer adecuadamente los MSP.

En relación a este tema, según Galea et al.⁽¹²⁾, los factores críticos en el EMSP son la conciencia de dichos músculos y el conocimiento sobre la contracción correcta de los mismos. La retroalimentación es un componente esencial de la enseñanza de cualquier habilidad motora. Dado que se ha informado de que una gran proporción de mujeres realizan contracciones de MSP incorrectamente, puede haber un lugar para el uso de la biorretroalimentación como un medio para proporcionar una información más precisa al enseñar a las mujeres a contraer dichos músculos. Para ello, la mayoría de los estudios que forman esta revisión bibliográfica ofrecen sesiones de educación de la anatomía y función de los MSP previamente al tratamiento manual. Además, enseñan a las participantes a contraerlos de forma correcta ofreciéndoles un feedback visual (en el caso de la ecografía transabdominal), verbal o táctil (a través de la palpación vaginal).

Además, Madill et al.⁽¹⁵⁾, Riley et al.⁽¹⁹⁾ y Tosun et al.⁽²¹⁾ también evalúan los beneficios del EMSP en las participantes, pero sin compararlo con otro grupo de mujeres que no habían recibido el tratamiento. Mientras que Madill et al.⁽¹⁵⁾ y Tosun et al.⁽²¹⁾ se centraron en un programa de entrenamiento de 12 semanas sin continuar analizando la evolución de las pacientes a largo plazo; Riley et al.⁽¹⁹⁾ basaron su estudio en 5 visitas quincenales, siguiendo con el entrenamiento los seis meses posteriores y realizando una reevaluación en la que se consiguieron los mismos resultados que los obtenidos al terminar la intervención. Estos últimos concluyeron que los cambios se apreciaban en las dos primeras visitas y que, si esto no sucedía, difícilmente se alcanzaría una mejoría posteriormente. El seguimiento del tratamiento a largo plazo y la adherencia correspondiente al mismo por parte de las participantes es esencial para conocer si los resultados se optimizan o se mantienen.

El motivo de que la mayor parte de las intervenciones sean ejercicios activos y no técnicas instrumentales, podría ser que el EMSP ha ganado reconocimiento en estos últimos años en

el tratamiento de diferentes tipos de incontinencia. El mecanismo fisiológico de dicho entrenamiento consiste en mejorar cualidades físicas (fuerza y resistencia) y control de los MSP para así lograr una contracción más eficaz de esta musculatura. En la mayoría de los estudios que abordaron esta técnica hubo un claro aumento de la fuerza y resistencia muscular. Esta mejora se debe probablemente a un mejor reclutamiento de las unidades motoras (fruto del aprendizaje de contraer esta musculatura de forma exclusiva) más que a una hipertrofia del propio músculo.

Por otra parte, se evalúan terapias instrumentales. Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾ compararon los efectos terapéuticos que se consiguen tras aplicar a unos pacientes estimulación eléctrica superficial (EES), con otros que habían recibido estimulación eléctrica intravaginal (EEI), comparándolos con un tercer grupo que no había realizado ningún tipo de tratamiento. Siguiendo en esta línea, Santos Pereira et al.⁽³⁾ analizaron los resultados obtenidos tras aplicar EES, apreciando las diferencias existentes con otro grupo que no recibió ninguna terapia. Sin embargo, sólo un estudio que forma parte de la revisión sistemática de Santos-Pereira et al.⁽²³⁾ comparó la EEI con una intervención manual, como es el EMSP, con el objetivo de analizar cuál de estas terapias mostraba mayor número de beneficios en una muestra homogénea. Además, Neville et al.⁽¹⁸⁾ combinó EMSP, fisioterapia manual y EES en un grupo de 62 mujeres, sin comparar los efectos resultantes con un grupo control.

Por último, la revisión sistemática de Santos-Pereira et al.⁽²³⁾ incluida en este estudio está formada por seis artículos que analizan los beneficios de diferentes terapias. La mayor parte de ellos (en concreto 3 artículos), analizan los efectos del EMSP, comparándolos con un grupo que no recibe ningún tratamiento. Estos estudios difieren en gran medida con respecto a la duración del tratamiento (de 6 a 20 semanas), pero no en cuanto a la edad de las participantes (todas ellas tienen de edad media entre 70 y 80 años) y al tamaño de la población muestral (entre 50 y 80 participantes). Otro de ellos, ya mencionado anteriormente, compara la EEI con el EMSP y otro este mismo entrenamiento con la estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial. Un último artículo analiza los efectos de la aplicación de estimulación magnética extracorporal durante 12 semanas, en 50 mujeres de 69,7 años de edad media, comparándola con un grupo control.

Con respecto a la estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial, los efectos fisiológicos de esta terapia pueden explicarse por la presencia de fibras aferentes del nervio tibial posterior que se encuentran en la misma proyección sacra de la inervación de la vejiga. De este modo, la estimulación de las fibras aferentes de dicho nervio produciría una

neuromodulación en esta región, inhibiendo las fibras aferentes del músculo detrusor, reduciendo así la sensación de urgencia. Vandoninck et al.⁽²⁶⁾, trataron a mujeres con síntomas de IU durante 12 semanas usando este tipo de estimulación y encontraron que el 70% de las mujeres lograron una reducción en los episodios de pérdida urinaria. Los resultados obtenidos con esta técnica son alentadores, aunque los escasos estudios sobre este tema en la población anciana limitan las conclusiones.

En cuanto a la estimulación magnética extracorporal, está basada en el principio de que un cambio en el campo magnético puede inducir un flujo de electrones, lo que permitiría la despolarización y contracción de los MSP. Cuenta con ciertas ventajas ya que se lleva a cabo sin dolor y sin la necesidad de quitarse la ropa.

RESULTADOS CLÍNICOS TRAS LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA

Se puede apreciar en la gran mayoría de los estudios que el EMSP disminuye tanto la cantidad como la frecuencia de fuga de orina en todos los artículos que analizan este factor. Además, también mejora la calidad de vida de forma significativa y aumenta claramente la satisfacción con el tratamiento. A mayores de esto, como ya se ha comentado anteriormente, mejora la contracción y aumenta tanto la fuerza como la presión de los MSP significativamente.

Con respecto a la retroalimentación, todas las participantes que realizaron un EMSP con o sin feedback obtuvieron resultados positivos. En los estudios de Leong et al.⁽¹⁴⁾, Riley et al.⁽¹⁹⁾ y Tosun et al.⁽²¹⁾ que ayudaron a las participantes a contraer los MSP con la palpación vaginal, se apreció una mejoría significativa de la sintomatología clínica y gran adherencia y satisfacción con el tratamiento. Por otra parte, el artículo de Santos-Pereira et al.⁽²⁰⁾ mostró una disminución significativa de la fuga urinaria tanto al finalizar la intervención como tras 3 y 12 meses postratamiento. Sin embargo, no encontró diferencias entre el grupo que utilizó conos vaginales y el que realizó el EMSP contrayendo correctamente dichos músculos de forma aislada. Por último, otra publicación que utilizó biorretroalimentación fue el ensayo de Galea et al.⁽¹²⁾ en el que en el grupo de feedback visual se apreció una reducción significativa en los episodios de fuga postratamiento, a pesar de que no mostró grandes diferencias en cuanto a satisfacción y adherencia a la terapia entre ambos grupos. Por tanto, es necesario tener en cuenta que los diferentes tipos de retroalimentación son muy importantes para contraer de forma correcta los MSP y alcanzar los máximos beneficios que puede ofrecer el tratamiento.

El resultado del ensayo clínico de Vinsnes et al.⁽²²⁾ muestra, como el resto de estudios que evalúan esta intervención, que el EMSP ofrece mejorías en la IU. Sin embargo, estos efectos beneficiosos son menores que en otros estudios que analizan la misma terapia. Este hecho se puede corresponder con la edad de las participantes. Al tener la edad más avanzada que las mujeres del resto de estudios, las comorbilidades que se presentan en dichas edades pueden provocar que los beneficios sean menores. Además, un dato importante que ofrece esta publicación es que las mujeres que presentaban la misma patología y que no formaban parte de la intervención experimental empeoraron. Por tanto, a pesar de lo citado anteriormente, una mínima mejoría en la calidad de vida de estas pacientes puede suponer un avance hacia el alcance del máximo bienestar que pueda adquirir esa persona, por lo que pequeños cambios conseguidos son fundamentales en el estado de salud.

Por otra parte, con respecto a las técnicas instrumentales, tanto el estudio de Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾ como el de Santos-Pereira et al.⁽³⁾, que evalúan los efectos provocados por la EES, coinciden en que esta terapia causa una disminución de la pérdida de orina y aumenta la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento.

En cuanto a la EES, la reducción significativa en el dominio de la gravedad y la satisfacción lograda tras el tratamiento se podrían relacionar con la reducción de pérdidas de orina. Sin embargo, esta disminución no se asoció con un aumento significativo en la fuerza de los MSP. Se sabe que estos músculos son esenciales para la continencia urinaria, ya que su actividad fásica ayuda a ocluir el lumen uretral, proporcionando una superficie firme contra la cual se puede comprimir la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal.

La hipótesis planteada es que la estimulación eléctrica, aplicada por vía intravaginal o superficial, es capaz de aumentar el flujo sanguíneo a la uretra y a los MSP, restablecer las conexiones neuromusculares y mejorar la función de las fibras musculares. De este modo, podría haber una modificación de la activación de dichos músculos con el aumento del número de fibras musculares rápidas, mejorando el mecanismo de cierre uretral durante el incremento de la presión intraabdominal. Por lo tanto, es posible que en este caso la estimulación eléctrica haya reducido el tiempo de comienzo de la contracción de los MSP en respuesta al aumento de la presión intraabdominal, lo que podría explicar la reducción de pérdidas de orina en las mujeres tratadas. Sin embargo, es necesario un examen electromiográfico después del tratamiento para proporcionar esta información.

Como se había comentado anteriormente, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾ también analizaron los resultados que surgen tras aplicar EEI a mujeres de edad avanzada con IU. Además de percibir una disminución significativa de la pérdida de orina, aumento de la presión de MSP y mejora de la calidad de vida, resaltan el aumento significativo de la fuerza muscular gracias a este tratamiento.

Siguiendo en esta línea, Hermann et al.⁽²⁷⁾, realizaron una intervención con EEI en mujeres con IUE, con los mismos parámetros que en el estudio de Santos Pereira et al.⁽³⁾, y también mostraron una reducción en los episodios de las fugas de orina después de 8 semanas de tratamiento. Estos autores tampoco encontraron ningún incremento de la fuerza muscular de los MSP, lo que indica que esto puede no ser necesariamente un requisito previo para lograr la mejoría clínica de la IUE.

Con respecto a este tipo de estimulación, Schreiner L et al.⁽²⁸⁾ muestran en su revisión sistemática de 2013 que no existe un protocolo estándar para el tratamiento de mujeres con IU. Hay una combinación aparentemente infinita de formas de onda de tipo actual, frecuencias e intensidades. Algunos ensayos clínicos sugieren usar 50 Hz para la IUE, y 10-20 Hz para la IUU; y que en el caso de IUM debe ser tratada según el síntoma predominante. Aunque la EEI se utiliza en todo el mundo por los pocos efectos adversos (irritación o infección vaginal, dolor ocasional, infección urinaria), bajo costo y buena disponibilidad, no hay suficientes datos en ensayos clínicos aleatorizados y controlados para caracterizar la EEI como terapia eficaz para la IUE. Cuando se compara con otras terapias, incluso aquellas que son menos invasivas, como el EMSP, no parece proporcionar mayores beneficios (como se puede apreciar en uno de los artículos de la revisión sistemática de Santos-Pereira et al.⁽²³⁾). Por lo tanto, los datos disponibles no apoyan el uso de esta técnica en este grupo de pacientes. Sin embargo, para la IUU si consideramos los relativamente pocos efectos adversos, de bajo costo y una eficacia similar en comparación con la farmacoterapia, la EEI, parece ser un buen tratamiento alternativo para estos pacientes.

Con respecto a la revisión sistemática que forma parte de este estudio⁽²³⁾, la publicación que compara los efectos entre la EEI y EMSP, muestra disminución de las fugas urinarias, pero no ofrece diferencias significativas entre grupos en cuanto a la pérdida de orina, fuerza de MSP y satisfacción con el tratamiento. Por tanto, teniendo en cuenta la similitud de resultados obtenidos, las pacientes podrían decidir entre cualquiera de estos dos tratamientos cuya diferencia más llamativa sería la no necesidad de quitarse la ropa en el EMSP una vez que sepan contraer de forma correcta y aislada dichos músculos sin la necesidad de un feedback táctil, siendo este entrenamiento menos invasivo. Con respecto a

los artículos que evalúan los efectos del EMSP, destacan, como el resto de publicaciones que utilizan esta terapia, el aumento de fuerza muscular y la mejoría significativa en la calidad de vida. Por otra parte, en cuanto a la comparación entre la estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial y el EMSP, ambas terapias mejoran la sintomatología clínica, a pesar de que la estimulación eléctrica ofrece mayores mejorías de los síntomas de urgencia urinaria, episodios nocturnos y calidad de vida. Por último, no se aprecian diferencias entre el tratamiento con estimulación extracorporeal magnética y el grupo placebo.

Es necesario destacar que todas las terapias fisioterapéuticas utilizadas para tratar la IU en este estudio han mejorado la calidad de vida de las participantes. Este resultado es muy importante debido a que estas mujeres tienen afectado este factor sobre todo en dos aspectos: la limitación en su actividad física a la hora de realizar cualquier actividad de la vida diaria y el impacto causado por dicha patología en su vida, por las posibles implicaciones que esta ejerce sobre su imagen corporal (uso de empapadores, mala olor corporal, etc.). Además, hay que tener en cuenta que esta calidad de vida empeora conforme avanza la edad de las mismas, un mayor grado de incontinencia, mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria; por lo que es imprescindible abordar la patología lo más rápido posible y utilizar las medidas necesarias para controlarla, reducirla y, en ciertos casos, suprimirla.

NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

A pesar de que los resultados de estos estudios parecen mostrar claros efectos positivos en el tratamiento fisioterapéutico de la IU en este tipo de pacientes, su nivel de evidencia y grado de recomendación es bajo. Los tamaños muestrales son pequeños, no tienen ciegos o presentan con poco detalle el método de cegado, 4 de ellos no presentan grupo control (Madill et al.⁽¹⁵⁾, Neville et al.⁽¹⁸⁾, Riley et al.⁽¹⁹⁾ y Tosun et al.⁽²¹⁾) y la mayoría no muestran resultados a largo plazo (Alves et al.⁽¹¹⁾, Leong et al.⁽¹⁴⁾, Madill et al.⁽¹⁵⁾, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁶⁾, Nascimento-Correia et al.⁽¹⁷⁾, Neville et al.⁽¹⁸⁾, Santos-Pereira et al.⁽³⁾, Tosun et al.⁽²¹⁾, y Vinsnes et al.⁽²²⁾). Sin embargo, Galea et al.⁽¹²⁾, Kargar et al.⁽¹³⁾, Riley et al.⁽¹⁹⁾ y Santos-Pereira et al.⁽²⁰⁾ sí tienen una reevaluación para analizar los resultados 3, 2, 6 y 12 meses postintervención respectivamente.

8. CONCLUSIONES

Este estudio señala que, a pesar de los cambios estructurales existentes por la edad avanzada, tanto las técnicas manuales como instrumentales de fisioterapia pueden mejorar o reducir los síntomas provocados por dicha patología. A pesar de esto, queda claro que sería necesario unificar criterios para utilizar un mismo sistema de medición que permita la comparación de resultados de distintos estudios en multicentros. Sin embargo, a pesar de que la evidencia en la literatura no sea de los niveles más altos, hay estudios que muestran beneficios en este tipo de pacientes de la tercera edad.

9. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bajo Arenas J.M., Lailla Vicens J.M., Xercavins Montosa J. Fundamentos de Ginecología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
2. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2º edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
3. Santos Pereira V, Bonioli L, Nascimento-Correia G, Driusso P. Effects of surface electrical stimulation in older women with stress urinary incontinence: A randomized controlled pilot study. *Actas Urol Esp.* 2012;36 (8):491–6.
4. Ramírez Blanco I, Blanco Ratto L, Kauffmann Frau S. Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
5. L. Salvador-Carulla, A. Cano Sánchez, J.R. Cabo-Soler. Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
6. Abad Luna MC, Aldomar Boscá C, Alonso Gorrea M. Incontinencia urinaria: Conceptos actuales. 3º edición. Madrid: Indas S.A. Departamento científico; 1990.
7. MacLachlan L, Rovner E. New Treatments for Incontinence. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2015;22(4):279–88.
8. Riva JJ, Malik KM, Burnie SJ, Endicott AR, Busse JW. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *J Can Chiropr Assoc.* 2012;56.3(Sep):167–71.
9. Zotero [Internet]. Available from: <https://www.zotero.org/>
10. Centre for Evidence-Based Medicine [Internet]. Centre for Evidence-Based Medicine. 2017. Available from: <http://www.cebm.net/>
11. Alves F, Riccetto C, Adami D, Marques J, Pereira L, Palma P, et al. A pelvic floor muscle training program in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Maturitas.* 2015;81:300–5.
12. Galea M, Tisseverasinghe S, Sherburn M. A randomised controlled trial of transabdominal ultrasound biofeedback for pelvic floor muscle training in older women with urinary incontinence. *Aust N Z Cont J.* 2013;19(2):38–44.
13. Kargar M, Talebizadeh M, Mirzaei M. The Effect of Pelvic Muscle Exercises on Urinary Incontinency and Self-Esteem of Elderly Females With Stress Urinary Incontinency, 2013. *Glob J Health Sci.* 2015;7(2).
14. Leong BS, Mok N. Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2015;21(1):30–7.
15. Madill S, Pontbriand-Drolet S, Tang A, Dumoulin C. Effects of PFM Rehabilitation on PFM Function and Morphology in Older Women. *Neurourol Urodyn.* 2013;32:1086–95.

16. Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Tahara N, Driusso P. Effects of pelvic floor muscle training on quality of life of a group of women with urinary incontinence: Randomized controlled trial. *Actas Urol Esp.* 2012;36(4):216–21.
17. Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Hirakawa H, Driusso P. Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;173:113–8.
18. Neville C, Beneciuk J, Bichop M, Alappattu M. Analysis of Physical Therapy Intervention Outcomes for Urinary Incontinence in Women Older Than 65 Years in Outpatient Clinical Settings. *Top Geriatr Rehabil.* 2016;32(4):251–7.
19. Riley MA, Organist L. Streamlining Biofeedback For Urge Incontinence. *Urol Nurs.* 2014;34(1):19–26.
20. Santos-Pereira V, Vieira de Melo M, Nascimento-Correia G, Driusso P. Long-Term Effects of Pelvic Floor Muscle Training With Vaginal Cone in Post-Menopausal Women With Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial. *Neurourol Urodyn.* 2013;32:48–52.
21. Tosun O, Mutlu E, Tosun G, Ergenoglu A, Yeniel A, Malkoç M, et al. Do stages of menopause affect the outcomes of pelvic floor muscle training? *Menopause J North Am Menopause Soc.* 2014;22(2):175–84.
22. Vinsnes AG, Helbostad JL, Nyrønning S, Harkless GE, Granbo R, Seim A. Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clin Interv Aging.* 2012;7:45–50.
23. Santos-Pereira V, Escobar A, Driusso P. Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16(6):463–8.
24. Deegan EG, Stothers L, Kavanagh A, Macnab AJ. Quantification of pelvic floor muscle strength in female urinary incontinence: A systematic review and comparison of contemporary methodologies. *Neurourol Urodyn.* 2017;9999:1–13.
25. 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 Clínica.* 2000;114(17):647–52.
26. Vandoninck V, Van Balken MR, Finazzi Agró E, Petta F, Caltagirone C, Heesakkers JPF. Posterior tibial nerve stimulation in the treatment of urge incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2003;22(1):17–23.
27. Hermann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettinni CL, Marques A, Netto Jr NR. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Médica Bras.* 2003;49:401–5.
28. Schreiner L, Santos TG, Souza AB, Nygaard CC, Silva Filho IG. Electrical stimulation for urinary incontinence in women: a systematic review. *Int Braz J Urol.* 2013;39(4):454–64.

10. ANEXOS

ANEXO 1: Selección de artículos

Motivos de elegibilidad siguiendo los criterios de inclusión mencionados en el apartado 5.2 del estudio

- Motivo 1: Artículos que no relacionen el tratamiento fisioterapéutico con la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad.
- Motivo 2: Artículos que no estén publicados en inglés, español o portugués.
- Motivo 3: Artículos cuyas participantes no sean mujeres mayores de 60 años.
- Motivo 4: Artículos que no especifiquen la edad de las participantes.
- Motivo 5: Artículos no completos o indebidamente documentados.
- Motivo 6: Estudios que no fuesen revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, meta-análisis o estudios experimentales.

RESULTADOS PUBMED

	Título del estudio		Incluido/ Excluido	Motivo
1	Amundsen CL et al.	OnabotulinumtoxinA vs Sacral Neuromodulation on Refractory Urgency Urinary Incontinence in Women: A Randomized Clinical Trial.	Excluido	Motivo 1
2	Arkalgud Rangaswam y P et al.	Efficacy of Boswellia serrata L. and Cyperus scariosus L. plus pelvic floor muscle training in stress incontinence in women of reproductive age.	Excluido	Motivo 3
3	Baker J et al.	Comparison of mindfulness-based stress reduction versus yoga on urinary urge incontinence: a randomized pilot study. with 6-month and 1-year follow-up visits	Excluido	Motivo 3 (EM 58 años)
4	Barbato KA et al.	Web-Based Treatment for Women With Stress Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 45,5 años)
5	Barber MD et al.	Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial	Excluido	Motivo 1
6	Blaganje M et al.	Intrasphincteric autologous myoblast injections with electrical stimulation for stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-75 años)
7	Bø K et al.	Does it work in the long term?--A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 4
8	Booth J et al.	A feasibility study of transcutaneous posterior tibial nerve stimulation for bladder and bowel dysfunction in elderly adults in residential care.	Excluido	Motivo 1
9	Botelho S et al.	Abdominopelvic kinesiotherapy for pelvic floor muscle training: a tested proposal in different groups	Excluido	Motivo 1
10	Capobianco G et al.	Triple therapy with Lactobacilli acidophili, estriol plus pelvic floor rehabilitation for symptoms of urogenital aging in postmenopausal women.	Excluido	Motivo 1
11	Carrión Pérez F et al.	[Telerehabilitation to treat stress urinary incontinence. Pilot study].	Excluido	Motivo 3 (EM 49 años)
12	Castellani D et al.	Low-Dose Intravaginal Estriol and Pelvic Floor Rehabilitation in Post-Menopausal Stress Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 55 años)
13	Castille YJ et al.	Impact of a program of physiotherapy and health education on the outcome of obstetric fistula surgery.	Excluido	Motivo 1
14	Celiker Tosun O et al.	Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3
15	Chêne G et al.	Female urinary incontinence and intravaginal electrical stimulation: an observational prospective study	Excluido	Motivo 3
16	Eder SE	Evaluation of the EmbaGYN™ pelvic floor muscle stimulator in addition to Kegel exercises for the treatment of female stress urinary incontinence: a prospective, open-label, multicenter, single-arm study	Excluido	Motivo 3 (EM 48 años)
17	Fürst MC et al.	Long-term results of a clinical trial comparing isolated vaginal stimulation with combined treatment for women with stress incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 49,6 ± 10,60 años)
18	Gill BC et al.	Improvement of bowel dysfunction with sacral neuromodulation for refractory urge urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
19	Guo ZF et al.	Transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of patients with poststroke urinary incontinence.	Excluido	Motivo 1
20	Guralnick	InTone: a novel pelvic floor rehabilitation device for urinary incontinence.	Excluido	Motivo 3

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

	Author	Title	Status	Reason
	ML et al.			(EM 50 años)
21	Herderschee R et al.	Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: shortened version of a Cochrane systematic review	Excluido	Motivo 3
22	Hirakawa T et al.	Randomized controlled trial of pelvic floor muscle training with or without biofeedback for urinary incontinence	Excluido	Motivo 3
23	Huang AJ et al.	A group-based yoga therapy intervention for urinary incontinence in women: a pilot randomized trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 40 años)
24	Jacobs SA et al.	Randomized prospective crossover study of interstim lead wire placement with curved versus straight stylet	Excluido	Motivo 1
25	Kafri R et al.	Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence	Excluido	Motivo 3
26	Kafri R et al.	Randomized trial of a comparison of rehabilitation or drug therapy for urgency urinary incontinence: 1-year follow-up	Excluido	Motivo 3
27	Kang D et al.	Transurethral radiofrequency collagen denaturation for the treatment of women with urinary incontinence.	Excluido	Motivo 3 (EM 50 años)
28	Kargar JM et al.	The Effect of Pelvic Muscle Exercises on Urinary Incontinency and Self-Esteem of Elderly Females With Stress Urinary Incontinency, 2013	Incluido	
29	Kaya S et al.	Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3
30	Keyser L et al.	Analysis of a pilot program to implement physical therapy for women with gynecologic fistula in the Democratic Republic of Congo.	Excluido	Motivo 1
31	Labrie J et al.	Predicting who will undergo surgery after physiotherapy for female stress urinary incontinence.	Excluido	Motivo 1
32	Labrie J et al.	Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence.	Excluido	Motivo 1
33	Lee HN et al.	Pelvic floor muscle training using an extracorporeal biofeedback device for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 52,2 años)
34	Legendre G et al.	Impact of at-home self-rehabilitation of the perineum on pelvic floor function in patients with stress urinary incontinence: Results from a prospective study using three-dimensional ultrasound.	Excluido	Motivo 4
35	Leong BS et al.	Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong	Incluido	
36	Liebergall-Wischnitzer M et al.	Sexual function and quality of life of women with stress urinary incontinence: a randomized controlled trial comparing the Paula method (circular muscle exercises) to pelvic floor muscle training (PFMT) exercises	Excluido	Motivo 3
37	Lipp A et al.	Mechanical devices for urinary incontinence in women	Excluido	Motivo 4
38	Liu B et al.	Effect of electroacupuncture versus pelvic floor muscle training plus solifenacin for moderate and severe mixed urinary incontinence in women: a study protocol.	Excluido	Motivo 3 (Edad 35-75 años)
39	Liu Y et al.	Effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation at Two Frequencies on Urinary Incontinence in post stroke Patients: A Randomized Controlled Trial.	Excluido	Motivo 1
40	Liu Z et al.	The efficacy and safety of electroacupuncture for women with pure stress urinary incontinence: study protocol for a multicenter randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 40-75 años)
41	Luginbuehl H et al.	Continuous versus intermittent stochastic resonance whole body vibration and its effect on pelvic floor muscle activity	Excluido	Motivo 1
42	Luginbuehl H et al.	Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-70 años)
43	Manonai J et al.	Development of a pelvic floor muscle strength evaluation device	Excluido	Motivo 1
44	McClurg D et al.	Pelvic floor muscle training as an adjunct to prolapse surgery: a randomised feasibility study.	Excluido	Motivo 1
45	McLean L et al.	Pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence causes hypertrophy of the urethral sphincters and reduces bladder neck mobility during coughing	Excluido	Motivo 4
46	Moossdorff-Steinhauser HF et al.	Effects of percutaneous tibial nerve stimulation on adult patients with overactive bladder syndrome: a systematic review.	Excluido	Motivo 1
47	Nascimento-Correia G et al.	[Effects of pelvic floor muscle training on quality of life of a group of women with urinary incontinence: randomized controlled trial]	Incluido	
48	Nascimento-Correia et al.	Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial	Incluido	
49	Noblett K et al.	Results of a prospective, multicenter study evaluating quality of life, safety, and efficacy of sacral neuromodulation at twelve months in subjects with symptoms of overactive bladder	Excluido	Motivo 1, motivo 3 (EM 57 años)
50	Nyström E et al.	ICIQ symptom and quality of life instruments measure clinically relevant improvements in women with stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 49,24 años)
51	Oblasser C et al.	Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol	Excluido	Motivo 1
52	Oldham J et al.	Evaluation of a new disposable "tampon like" electrostimulation technology (Pelviva®) for the treatment of urinary incontinence in women: a 12-week single blind randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-65 años)
53	Ong TA et al.	Using the Vibrance Kegel Device With Pelvic Floor Muscle Exercise for Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Pilot Study	Excluido	Motivo 3 (Edad >18años)
54	Paquette IM et al.	Quantifying patient improvement following sacral neuromodulation: is it time for a new scoring system for fecal incontinence?	Excluido	Motivo 1
55	Perissinotto	Transcutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of lower urinary tract symptoms and its impact on health-related quality	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

56	MC et al. Peters KM et al.	of life in patients with Parkinson disease: a randomized controlled trial Percutaneous tibial nerve stimulation for the long-term treatment of overactive bladder: 3-year results of the STEP study.	Excluido	Motivo 1
57	Peters KM et al.	Sustained therapeutic effects of percutaneous tibial nerve stimulation: 24-month results of the STEP study	Excluido	Motivo 1
58	Porta-Roda O et al.	Effect of vaginal spheres and pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence: a randomized, controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 35-60 años)
59	Preyer O et al.	Percutaneous tibial nerve stimulation versus tolterodine for overactive bladder in women: a randomised controlled trial	Excluido	Motivo 1
60	Price DM et al.	Prospective Randomized Crossover Trial Comparing Continuous and Cyclic Stimulation in InterStim Therapy	Excluido	Motivo 4
61	Reilly ET et al.	Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises.	Excluido	Motivo 1
62	Rett MT et al.	Short-term physical therapy treatment for female urinary incontinence: a quality of life evaluation	Excluido	Motivo 3 (EM 53.1 ± 2.2 años)
63	Riley MA et al.	Streamlining biofeedback for urge incontinence	Incluido	
64	Roongsrisan grat S et al.	Rectal balloon training as an adjunctive method for pelvic floor muscle training in conservative management of stress urinary incontinence: a pilot study	Excluido	Motivo 3 (EM 49 años)
65	Rutledge TL et al.	A pilot randomized control trial to evaluate pelvic floor muscle training for urinary incontinence among gynecologic cancer survivors.	Excluido	Motivo 3 (EM 57 años)
66	Sacomori C et al.	Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: a secondary analysis	Excluido	Motivo 3
67	Sacomori C et al.	Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial	Excluido	Motivo 3 (EM 50 años)
68	Sánchez Sánchez B et al.	Responsiveness of the Spanish Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaires Short Forms PFDI-20 and PFIQ-7) in women with pelvic floor disorders	Excluido	Motivo 1
69	Santos Pereira et al.	Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review.	Incluido	
70	Santos Pereira VS et al.	[Effects of surface electrical stimulation in older women with stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study]	Incluido	
71	Santos Pereira VS et al.	Long-term effects of pelvic floor muscle training with vaginal cone in post-menopausal women with urinary incontinence: a randomized controlled trial.	Incluido	
72	Shin DC et al.	Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in female stroke patients: a randomized, controlled and blinded trial	Excluido	Motivo 4
73	Siegel S et al.	Results of a prospective, randomized, multicenter study evaluating sacral neuromodulation with InterStim therapy compared to standard medical therapy at 6-months in subjects with mild symptoms of overactive bladder.	Excluido	Motivo 1
74	Sjöström M et al.	Internet-based treatment of stress urinary incontinence: 1- and 2-year results of a randomized controlled trial with a focus on pelvic floor muscle training	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-70 años)
75	Sjöström M et al.	Internet-based treatment of stress urinary incontinence: a randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-70 años)
76	Smits MA et al.	Sacral neuromodulation in patients with idiopathic overactive bladder after initial botulinum toxin therapy.	Excluido	Motivo 1
77	Solberg M et al.	A pilot study on the use of acupuncture or pelvic floor muscle training for mixed urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
78	Song HJ et al.	Self-administered foot reflexology for the management of chronic health conditions: a systematic review	Excluido	Motivo 1
79	Sran M et al.	Physical therapy for urinary incontinence in postmenopausal women with osteoporosis or low bone density: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad >55 años)
80	Su T et al.	The efficacy of electroacupuncture for the treatment of simple female stress urinary incontinence - comparison with pelvic floor muscle training: study protocol for a multicenter randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 40-75 años)
81	Tak EC et al.	Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? a multicenter randomized clinical trial	Excluido	Motivo 1
82	Terlikowski R et al.	Transvaginal electrical stimulation with surface-EMG biofeedback in managing stress urinary incontinence in women of premenopausal age: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial	Excluido	Motivo 4
83	Teunissen DT et al.	Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. An observational study	Excluido	Motivo 1
84	Tosun ÖÇ et al.	Do stages of menopause affect the outcomes of pelvic floor muscle training?	Incluido	
85	Vecchioli-Scaldazza C et al.	Solifenacin succinate versus percutaneous tibial nerve stimulation in women with overactive bladder syndrome: results of a randomized controlled crossover study.	Excluido	Motivo
86	Vella M et al.	Does self-motivation improve success rates of pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence in a secondary care setting?	Excluido	Motivo 3 (EM 50.5 años)
87	Vural M et al.	Vaginal cone therapy in patients with stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 48,7 años)
88	Xu H et al.	A Pilot Randomized Placebo Controlled Trial of Electroacupuncture for Women with Pure Stress Urinary Incontinence.	Excluido	Motivo 3 (Edad 40-75 años)

89	Yüce T et al.	A prospective randomized trial comparing the use of tolterodine or weighted vaginal cones in women with overactive bladder syndrome	Excluido	Motivo 1
----	---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------

RESULTADOS BIBLIOTECA COCHRANE PLUS

1	ACW	Preventing urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises: A randomized controlled trial: Editorial comment	Excluido	Motivo 1
2	Akbayrak T et al.	Extracorporeal Magnetic Innervation (ExMI): Assessment of clinical efficacy on stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (Edad 45-55 años)
3	Alves FK et al.	A pelvic floor muscle training program in postmenopausal women: A randomized controlled trial.	Incluido	
4	Bø K et al.	There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review	Excluido	Motivo 4
5	Borello-France D et al.	Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors	Excluido	Motivo 3 (EM 49,5 años)
6	Carboni C	Female sexual dysfunction. A physiotherapy treatment case study	Excluido	Motivo 1
7	Correia GN et al.	Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: Randomized controlled trial.	Incluido	
8	Costantini E et al.	Managing female urinary incontinence: a regional prospective analysis of cost-utility ratios (CURS) and effectiveness	Excluido	Motivo 1
9	Dieperink KB et al.	The effects of multidisciplinary rehabilitation: RePCa-a randomised study among primary prostate cancer patients	Excluido	Motivo 1
10	Dubbelman Y et al.	Quantification of changes in detrusor function and pressure-flow parameters after radical prostatectomy: relation to postoperative continence status and the impact of intensity of pelvic floor muscle exercises	Excluido	Motivo 1
11	Dubbelman YD et al.	Urodynamic quantification of decrease in sphincter function after radical prostatectomy: relation to postoperative continence status and the effect of intensive pelvic floor muscle exercises	Excluido	Motivo 1
12	Dumoulin C et al.	Group Physiotherapy Compared to Individual Physiotherapy to Treat Urinary Incontinence in Aging Women: A Randomized Control Trial	Excluido	Motivo 5
13	Dumoulin C et al.	Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence: 7-year follow-up	Excluido	Motivo 1
14	Ferreira S et al.	Reeducation of pelvic floor muscles in volleyball athletes	Excluido	Motivo 1
15	Fritel X et al.	Preventing Urinary Incontinence with Supervised Prenatal Pelvic Floor Exercises: A Randomized Controlled Trial	Excluido	Motivo 1
16	Frost A et al.	The Efficacy of Written and Verbal Pelvic Floor Exercise Discharge Instructions in Reducing Urinary Incontinence Among Postpartum Patients	Excluido	Motivo 3
17	Gaspard L et al.	[Pelvic floor muscles training, electrical stimulation, bladder training and lifestyle interventions to manage lower urinary tract dysfunction in multiple sclerosis: a systematic review]	Excluido	Motivo 1
18	Ghaderi F et al.	Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: A Review Article	Excluido	Motivo 3
19	Greer JA et al.	Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review	Excluido	Motivo 3
20	Hagen S et al.	A multicentre randomised controlled trial of a pelvic floor muscle training intervention for the prevention of pelvic organ prolapse	Excluido	Motivo 1
21	International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction	37th Annual IUGA Meeting	Excluido	Motivo 1
22	Jha S et al.	IPSU study: Impact of Physiotherapy on Sexual function in women with Stress Urinary Incontinence (SUI) and a comparison of electrical stimulation versus standard physiotherapy: a randomised controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-60 años)
23	Jha S et al.	IPSU study: Impact of Physiotherapy on Sexual function in women with Stress Urinary Incontinence (SUI) and a comparison of electrical stimulation versus standard physiotherapy: a randomised controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-60 años)
24	Jordre B et al.	Comparing Resisted Hip Rotation With Pelvic Floor Muscle Training in Women With Stress Urinary Incontinence: A Pilot Study	Excluido	Motivo 6
25	Kamel DM et al.	Effect of abdominal versus pelvic floor muscle exercises in obese Egyptian women with mild stress urinary incontinence: A randomised controlled trial	Excluido	Motivo 1
26	Kaya S et al.	Pelvic floor muscle training added to bladder training versus bladder training alone for female urinary incontinence: A randomized controlled trial.	Excluido	Motivo 3 (Edad >18 años)
27	Kaya S et al.	Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3
28	Kaya S et al.	The effectiveness of vaginal cones in the treatment of stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (Edad 40-51 años)
29	Kim EY et al.	Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training	Excluido	Motivo 3
30	Konstantinid	Does the type of physiotherapy affect the quality of life and clinical outcomes in female urinary incontinence? A comparative	Excluido	Motivo 6

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

	ou E et al.	study of two physiotherapy schemes.		
31	Konstantinidou E et al.	Does the type of physiotherapy affect the quality of life and clinical outcomes in female urinary incontinence? A comparative study of two physiotherapy schemes.	Excluido	Motivo 6
32	Konstantinidou E et al.	Is there a role for training of the transversus abdominis muscles in the physiotherapy schemes applied in the treatment of female urinary incontinence? (Abstract number 445)	Excluido	Motivo 3
33	Labrie J et al.	Predicting who will undergo surgery after physiotherapy for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
34	Labrie J et al.	Surgery or physiotherapy for urinary stress incontinence; What is the preferred treatment in women?	Excluido	Motivo 1
35	Labrie J et al.	Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
36	Lausen B et al.	Modified Pilates as an adjunct to standard physiotherapy care for urinary incontinence: a pilot study	Excluido	Motivo 3 (Edad >18años)
37	Leksukulchai O et al.	Effect of pelvic floor muscle training (PFMT) during pregnancy on bladder neck descend and delivery.	Excluido	Motivo 3
38	Leong BS et al.	Effectiveness of a new standardised Urinary continence Physiotherapy programme for Community-Dwelling older women in Hong Kong.	Incluido	
39	Lopes P et al.	Multicentric prospective randomized and controlled study assessing effectiveness of intravaginal electrostimulation at home compared to usual care in female patients with urinary incontinence and prior perineal reeducation	Excluido	Motivo 4
40	Lopès P et al.	[Multicentric prospective randomized study evaluating the interest of intravaginal electro-stimulation at home for urinary incontinence after prior perineal reeducation. Interim analysis].	Excluido	Motivo 4
41	Lopes P et al.	Multicentric prospective randomized study evaluating the interest of intravaginal electro-stimulation at home for urinary incontinence after prior perineal reeducation. Interim analysis	Excluido	Motivo 4
42	Luginbuehl H et al.	Continuous versus intermittent stochastic resonance whole body vibration and its effect on pelvic floor muscle activity.	Excluido	Motivo 3
43	Luginbuehl H et al.	Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: Study protocol for a randomized controlled trial.	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-70 años)
44	Luginbuehl H et al.	Pelvic floor muscle activation and strength components influencing female urinary continence and stress incontinence: a systematic review	Excluido	Motivo 3
45	Marques SA et al.	Effect of pelvic floor and hip muscle strengthening in the treatment of stress urinary incontinence: Randomized blind clinical trial.	Excluido	Motivo 3 (EM 50.09+/-8.35)
46	McLean L et al.	Pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence causes hypertrophy of the urethral sphincters and reduces bladder neck mobility during coughing.	Excluido	Motivo 4
47	McLean L et al.	Women with less severe stress urinary incontinence symptoms are most likely to show a complete cure on a standardized pad test after performing a 12 week exercise program.	Excluido	Motivo 3 (Edad >18 años)
48	MT Ahmed et al.	Effect of pelvic floor electrical stimulation and biofeedback on the recovery of urinary continence after radical prostatectomy.	Excluido	Motivo 1
49	Nelson PR et al.	Preliminary Study on Balance Performance and Fall Status in Older Women With Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 6
50	Porta O et al.	Adherence to pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence: Secondary analysis of a randomized trial assessing the effect of vaginal spheres.	Excluido	Motivo 3 (Edad 35-60 años)
51	Prudencio C et al.	Comparison of three physiotherapy methods for treatment of stress urinary incontinence: impact in quality of life and muscle function (Abstract number 280)	Excluido	Motivo 4
52	Radlinger L et al.	Stress Urinary Incontinence Physiotherapy (SUIP) - A Randomized Controlled Trial With 6-Months Follow-up	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-70 años)
53	Rajkowska-Labon E et al.	Efficacy of physiotherapy for urinary incontinence following prostate cancer surgery	Excluido	Motivo 1
54	Robertson B et al.	Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Excluido	Motivo 3
55	Sacomotori C et al.	Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: A secondary analysis	Excluido	Motivo 3
56	Sacomotori C et al.	Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial	Excluido	Motivo 3 (EM 50 años)
57	Salamon CG et al.	Sexual function before and 1 year after laparoscopic sacrocolpopexy	Excluido	Motivo 1
58	Santos-Pereira V et al.	Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review	Incluido	
59	Santos-Pereira V et al.	Long-term effects of pelvic floor muscle training with vaginal cone in post-menopausal women with urinary incontinence: a randomized controlled trial.	Incluido	
60	Sran M et al.	Physical therapy for urinary incontinence in postmenopausal women with osteoporosis or low bone density: A randomized controlled trial.	Excluido	Motivo 3 (Edad 55 años)
61	Tajiri K et al.	An Approach to Assessment of Female Urinary Incontinence Risk Using the Thickness of the Transverse Abdominal Muscle	Excluido	Motivo 3
62	Tajiri K et al.	Effects of co-contraction of both transverse abdominal muscle and pelvic floor muscle exercises for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (EM 52,1 años)
63	Tosun OC et al.	Do stages of menopause affect the outcomes of pelvic floor muscle training?	Incluido	

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

64	Vinsnes AG et al.	Effect of physical training on urinary incontinence: A randomized parallel group trial in nursing homes	Incluido	
65	Vinsnes AG et al.	Effect of physical training on urinary incontinence: A randomized parallel group trial in nursing homes.	Incluido	
66	Voorham J et al.	The effect of EMG biofeedback assisted pelvic floor muscle therapy with the maple on symptoms of the overactive bladder syndrome in women after nine weeks of treatment: A randomised trial.	Excluido	Motivo 3 (EM 56,13 años)
67	Wiegersma M et al.	Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: Randomised controlled trial in primary care.	Excluido	Motivo 1
68	Yaksi E et al.	Role of neuromodulation in physical therapy-resistant urge urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 52,6 +10 años)

RESULTADOS PEDro

1	Abdulaziz K et al.	Role of pelvic floor muscle therapy in obese perimenopausal females with stress incontinence: a randomized control trial	Excluido	Motivo 1
2	Bernards ATM et al.	Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update	Excluido	Motivo 4
3	Block V et al.	Do physical therapy interventions affect urinary incontinence and quality of life in people with multiple sclerosis? An evidence-based review [with consumer summary]	Excluido	Motivo 1
4	C. A. Brown et al.	Does neuromuscular electrical stimulation increase pelvic floor muscle strength in women with urinary incontinence with an ineffective pelvic floor contraction?	Excluido	Motivo 4
5	Deffieux X et al.	Mécanismes d'action de la rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme	Excluido	Motivo 1. Motivo 2.
6	Dumoulin C et al.	Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence	Excluido	Motivo 6
7	Dumoulin C et al.	Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence: 7-year follow-up	Excluido	Motivo 1
8	Fritel X et al.	Preventing urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 1
9	Galea MP et al.	A randomised controlled trial of transabdominal ultrasound biofeedback for pelvic floor muscle training in older women with urinary incontinence	Incluido	
10	Gaspard L et al.	Troubles du bas appareil urinaire chez des patients atteints de la sclerose en plaques et kinesitherapie pelvi-perineale: revue systematique	Excluido	Motivo 1
11	Ghaderi F et al.	Effects of Stabilization Exercises Focusing on Pelvic Floor Muscles on Low Back Pain and Urinary Incontinence in Women	Excluido	Motivo 3 (Edad entre 45-60 años)
12	Greer JA et al.	Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review	Excluido	Motivo 4
13	Labrie J et al.	Chirurgie de fysiotherapie voor stressincontinentie: wat is de behandeling van eerste keuze bij vrouwen? (Surgery or physiotherapy for urinary stress incontinence: what is the preferred treatment in women?) [Dutch]	Excluido	Motivo 1
14	Labrie J et al.	Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
15	Leong BS et al.	Effectiveness of a new standardised urinary continence physiotherapy programme for community-dwelling older women in Hong Kong [with consumer summary]	Incluido	
16	Lopes J et al.	Abordagem fisioterapeutica da hiperatividade detrusora na esclerose multipla: revisao de literatura	Excluido	Motivo 1
17	Lopes P et al.	Étude prospective multicentrique randomisée évaluant l'intérêt de l'électrostimulation intravaginale à domicile après rééducation périnéale pour incontinence urinaire. Analyse intermédiaire	Excluido	Motivo 4
18	Lopes P et al.	Etude prospective multicentrique randomisée évaluant l'interet de l'electrostimulation intravaginale a domicile apres reeducation perineale pour incontinence urinaire (Multicentric prospective randomized and controlled study assessing effectiveness of intravaginal electrostimulation at home compared to usual care in female patients with urinary incontinence and prior perineal reeducation) [French]	Excluido	Motivo 4
19	McLean L et al.	Pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence causes hypertrophy of the urethral sphincters and reduces bladder neck mobility during coughing	Excluido	Motivo 4
20	Palacios Lopez A et al.	Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y posparto: una revision sistematica	Excluido	Motivo 1
21	Pinheiro BF et al.	Fisioterapia para consciencia perineal: uma comparacao entre as cinesioterapias com toque digital e com auxilio do biofeedback (Physiotherapy for perineal consciousness: a comparison between pelvic floor muscle training alone and with biofeedback) [Portuguese]	Excluido	Motivo 3 (Edad 50-66 años)
22	Sacomori C et al.	Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial [with consumer summary]	Excluido	Motivo 3 (EM 50 años)
23	Solberg M et al.	A pilot study on the use of acupuncture or pelvic floor muscle training for mixed urinary incontinence	Excluido	Motivo 6

RESULTADOS WOS

1	Alappattu M et al.	Clinical Characteristics of Patients With Cancer Referred for Outpatient Physical Therapy	Excluido	Motivo 1
2	Alappattu M et al.	Urinary incontinence symptoms and impact on quality of life in patients seeking outpatient physical therapy services	Excluido	Motivo 1
3	Albrecht K et al.	"How-To" Guide to Pelvic Floor Muscle Dysfunction	Excluido	Motivo 1
4	Allen K et al.	Group Versus Individual Physical Therapy for Veterans With Knee Osteoarthritis: Randomized Clinical Trial	Excluido	Motivo 1
5	American Urogynecologic Soc; American Coll Obstet &	Committee Opinion: OnabotulinumtoxinA and the Bladder	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

	Gynecologi			
6	Anand M et al.	Vesicosacrofistulization After Robotically Assisted Laparoscopic Sacrocolpopexy	Excluido	Motivo 1
7	Areskoug-Josefsson K et al.	Physiotherapy as a promoter of sexual health	Excluido	Motivo 1
8	Arnold P et al.	Marfan syndrome and symptomatic sacral cyst: Report of two cases	Excluido	Motivo 1
9	Azuri J et al.	Outcomes of different protocols of pelvic floor physical therapy and anti-cholinergics in women with wet over-active bladder: A 4-year follow-up	Excluido	Motivo 1
10	Baessler K et al.	Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016)	Excluido	Motivo 1
11	Baracho S et al.	Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparous women after vaginal delivery	Excluido	Motivo 1
12	Berghmans L et al.	Dutch evidence statement for pelvic physical therapy in patients with anal incontinence	Excluido	Motivo 1
13	Bernards A et al.	Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update	Excluido	Motivo 4
14	Bo K et al.	An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction	Excluido	Motivo 1
15	Bo K et al.	An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction	Excluido	Motivo 1
16	Bo K et al.	Does it work in the long term?-A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 4
17	Bochenska K et al.	Fecal Incontinence: Epidemiology, Impact, and Treatment	Excluido	Motivo 1
18	Bortolami A et al.	Relationship Between Female Pelvic Floor Dysfunction and Sexual Dysfunction: An Observational Study	Excluido	Motivo 1
19	Braekken I et al.	Can Pelvic Floor Muscle Training Improve Sexual Function in Women with Pelvic Organ Prolapse? A Randomized Controlled Trial	Excluido	Motivo 1
20	Brook G et al.	Obstetric fistula: the use of urethral plugs for the management of persistent urinary incontinence following successful repair	Excluido	Motivo 1
21	Bugge C et al.	Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a multiprofessional survey of practice	Excluido	Motivo 1
22	Burge A et al.	Prevalence and impact of urinary incontinence in men with cystic fibrosis	Excluido	Motivo 1
23	Burgio K et al.	Update on Behavioral and Physical Therapies for Incontinence and Overactive Bladder: The Role of Pelvic Floor Muscle Training	Excluido	Motivo 4. Motivo 6.
24	Button B et al.	Physiotherapy for cystic fibrosis in Australia and New Zealand: A clinical practice guideline	Excluido	Motivo 1
25	Cartwright R et al.	What was hot at the ICS meeting Glasgow, Scotland, 2011	Excluido	Motivo 1
26	Castille Y et al.	Impact of a program of physiotherapy and health education on the outcome of obstetric fistula surgery	Excluido	Motivo 1
27	Castille Y et al.	One-year follow-up of women who participated in a physiotherapy and health education program before and after obstetric fistula surgery	Excluido	Motivo 1
28	Cavkaytar S et al.	Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (Edad >18 años)
29	Chamochumbi C et al.	Comparison of active and passive forces of the pelvic floor muscles in women with and without stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
30	Colhoun A et al.	Long-Term Outcomes After Repair of Transurethral Perforation of Midurethral Sling	Excluido	Motivo 1
31	Comm Gynecologic Practice; Amer Urogynecologic Soc	Management of Mesh and Graft Complications in Gynecologic Surgery	Excluido	Motivo 1
32	Correia N et al.	Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 50 años)
33	Da Roza T et al.	Oxford Grading Scale vs manometer for assessment of pelvic floor strength in nulliparous sports students	Excluido	Motivo 1
34	Dehinbo T et al.	A clinical audit of female urinary incontinence at a urogynaecology clinic of a tertiary hospital in Durban, South Africa	Excluido	Motivo 3 (EM 50,9 años)
35	Dijkstra-Eshuis J et al.	Effect of Preoperative Pelvic Floor Muscle Therapy With Biofeedback Versus Standard Care on Stress Urinary Incontinence and Quality of Life in Men Undergoing Laparoscopic Radical Prostatectomy: A Randomised Control Trial	Excluido	Motivo 1
36	Diniz Z et al.	Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study	Excluido	Motivo 1
37	Dubbelman Y et al.	Urodynamic quantification of decrease in sphincter function after radical prostatectomy: Relation to postoperative continence status and the effect of intensive pelvic floor muscle exercises	Excluido	Motivo 1
38	Dumoulin C et al.	Conservative Management for Female Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse Review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence	Excluido	Motivo 6
39	Dumoulin C et al.	Pelvic Floor Muscle Training Versus no Treatment, or Inactive Control Treatments, for Urinary Incontinence in Women: A Short Version Cochrane Systematic Review With Meta-Analysis	Excluido	Motivo 4
40	Dumoulin C et al.	Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women	Excluido	Motivo 4
41	Dumoulin C et al.	Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence: 7-year follow-up	Excluido	Motivo 1
42	Ferreira J et al.	Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review	Excluido	Motivo 4
43	Ferreira S et al.	Reeducation of pelvic floor muscles in volleyball athletes	Excluido	Motivo 1
44	Figueiredo V et al.	Associations between low back pain, urinary incontinence, and abdominal muscle recruitment as assessed via ultrasonography in the elderly	Excluido	Motivo 1
45	Fitz F et al.	Impact of pelvic floor muscle training on the quality of life in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 52,2 años)
46	Flury N et al.	Crosstalk considerations in studies evaluating pelvic floor muscles using surface electromyography in women: a scoping review	Excluido	Motivo 1
47	Frawley J et al.	Complementary and Conventional Health-care Utilization Among Young Australian Women With Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 3 (Edad entre 28-33 años)
48	Fritel X et al.	Preventing Urinary Incontinence With Supervised Prenatal Pelvic Floor Exercises A Randomized Controlled Trial	Excluido	Motivo 1
49	Ghaderi F et al.	Effects of Stabilization Exercises Focusing on Pelvic Floor Muscles on Low Back Pain and Urinary Incontinence in Women	Excluido	Motivo 3 (Edad 45-60 años)
50	Ghaderi F et al.	Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: A Review Article	Excluido	Motivo 4
51	Greer J et al.	Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review	Excluido	Motivo 4
52	Groshaus H et al.	Use of Clinical Decision Support to Improve the Quality of Care Provided to Older Hospitalized Patients	Excluido	Motivo 1
53	Hagen S et al.	Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

54	Halski T et al.	Evaluation of Bioelectrical Activity of Pelvic Floor Muscles and Synergistic Muscles Depending on Orientation of Pelvis in Menopausal Women with Symptoms of Stress Urinary Incontinence: A Preliminary Observational Study	Excluido	Motivo 1
55	Haylen B et al.	Severe adolescent female stress urinary incontinence (SAFSU): case report and literature review	Excluido	Motivo 1
56	Hill A	Multimodal Physical Therapy Intervention for Urinary Incontinence and Overactive Bladder in the Older Adult: A Case Report	Excluido	Motivo 6
57	Hirschhorn A et al.	Barriers and enablers to the provision and receipt of preoperative pelvic floor muscle training for men having radical prostatectomy: a qualitative study	Excluido	Motivo 1
58	Hoen LA et al.	Breaking the vicious circle: Onabotulinum toxin A in children with therapy-refractory dysfunctional voiding	Excluido	Motivo 1
59	Hung H et al.	Exercise Adherence to Pelvic Floor Muscle Strengthening Is Not a Significant Predictor of Symptom Reduction for Women With Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 1
60	Hyland G et al.	Women's experiences of doing long-term pelvic floor muscle exercises for the treatment of pelvic organ prolapse symptoms	Excluido	Motivo 1
61	Johannessen, H et al.	Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial	Excluido	Motivo 1
62	Jundt K et al.	The Investigation and Treatment of Female Pelvic Floor Dysfunction	Excluido	Motivo 1. Motivo 4
63	Kafri R et al.	Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence	Excluido	Motivo 3
64	Kasawara K et al.	Behavioral Therapy and Pelvic Floor Muscle Training in the Treatment of Infantile Insensible Urinary Incontinence: a Case Report	Excluido	Motivo 1
65	Khan Z et al.	Effect of depression and anxiety on the success of pelvic floor muscle training for pelvic floor dysfunction	Excluido	Motivo 1
66	Khoder W et al.	Early incontinence after radical prostatectomy: A community based retrospective analysis in 911 men and implications for preoperative counseling	Excluido	Motivo 1
67	Kim S et al.	Why are some women with pelvic floor dysfunction unable to contract their pelvic floor muscles?	Excluido	Motivo 1
68	Knorst M et al.	Physical therapy intervention in women with urinary incontinence associated with pelvic organ prolapse	Excluido	Motivo 1
69	Knorst M et al.	The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 55,1 años)
70	Korzeniewska-Eksterowicz A et al.	Urinary incontinence in adolescent females with cystic fibrosis in Poland	Excluido	Motivo 1
71	Kruger J et al.	Comparison between transperineal ultrasound and digital detection of levator ani trauma. Can we improve the odds?	Excluido	Motivo 1
72	Kuo L et al.	Improvement of Fecal Incontinence and Quality of Life by Electrical Stimulation and Biofeedback for Patients With Low Rectal Cancer After Intersphincteric Resection	Excluido	Motivo 1
73	Labrie J et al.	Predicting who will undergo surgery after physiotherapy for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
74	Labrie J et al.	Surgery versus Physiotherapy for Stress Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 1
75	Lakeman M et al.	Peri-operative physiotherapy to prevent recurrent symptoms and treatment following prolapse surgery: supported by evidence or not?	Excluido	Motivo 1
76	Lehmann et al.	Standardized pelvic floor exercises improve stress urinary incontinence in women with intrinsic sphincter deficiency	Excluido	Motivo 4
77	Leong BS et al.	Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong	Incluido	
78	Li C et al.	The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis	Excluido	Motivo 1
79	Lin K et al.	Pelvic floor muscle training for bowel dysfunction following colorectal cancer surgery: A systematic review	Excluido	Motivo 1
80	Lindgren A et al.	Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment	Excluido	Motivo 1
81	Lindh A et al.	Non-face-to-face treatment of stress urinary incontinence: predictors of success after 1 year	Excluido	Motivo 3 (EM 50,3 años)
82	Luginbuehl et al.	Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-70 años)
83	Luginbuehl H et al.	Pelvic floor muscle activation and strength components influencing female urinary continence and stress incontinence: A systematic review	Excluido	Motivo 3
84	Lunn J et al.	Twenty two cases of canine neural angiostrongylosis in eastern Australia (2002-2005) and a review of the literature	Excluido	Motivo 1
85	Madigan E et al.	Predictors of functional capacity changes in a US population of Medicare home health care (HHC) patients with heart failure (HF)	Excluido	Motivo 1
86	Magalhaes R et al.	Can Abdominal Hypopressive Technique Change Levator Hiatus Area?: A 3-Dimensional Ultrasound Study	Excluido	Motivo 1
87	Manley L et al.	Evaluation of pelvic floor muscle strength before and after robotic-assisted radical prostatectomy and early outcomes on urinary continence	Excluido	Motivo 1
88	Martinho N et al.	Intra and inter-rater reliability study of pelvic floor muscle dynamometric measurements	Excluido	Motivo 1
89	Martinho N et al.	The effects of training by virtual reality or gym ball on pelvic floor muscle strength in postmenopausal women: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 1
90	McArthur C et al.	Who Receives Rehabilitation in Canadian Long-Term Care Facilities? A Cross-Sectional Study	Excluido	Motivo 1
91	McClurg D et al.	Pelvic floor muscle training as an adjunct to prolapse surgery: a randomised feasibility study	Excluido	Motivo 1
92	McClurg D et al.	Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training-2011 ics state-of-the-science seminar research paper i of iv	Excluido	Motivo 1
93	McLean L et al.	Pelvic Floor Muscle Training in Women With Stress Urinary Incontinence Causes Hypertrophy of the Urethral Sphincters and Reduces Bladder Neck Mobility During Coughing	Excluido	Motivo 4
94	McIlwaine M et al.	Physiotherapy and cystic fibrosis: what is the evidence base?	Excluido	Motivo 1
95	Mercier J et al.	Pelvic floor muscles training to reduce symptoms and signs of vulvovaginal atrophy: a case study	Excluido	Motivo 1
96	Mohr S et al.	Bulking agents: an analysis of 500 cases and review of the literature	Excluido	Motivo 1
97	Morkved S et al.	Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review	Excluido	Motivo 1
98	Mungovan S et al.	Relationships between perioperative physical activity and urinary incontinence after radical prostatectomy: an observational study	Excluido	Motivo 1
99	Nascimento-Correia, G et al.	Effects of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life of a Group of Women With Urinary Incontinence: Randomized Controlled Trial	Incluido	
100	Neville C et al.	Analysis of Physical Therapy Intervention Outcomes for Urinary Incontinence in Women Older Than 65 Years in Outpatient Clinical Settings	Incluido	
101	Nilssen S et al.	Does physiotherapist-guided pelvic floor muscle training increase the quality of life in patients after radical prostatectomy? A randomized clinical study	Excluido	Motivo 1
102	Nygaard C et al.	Impact of menopausal status on the outcome of pelvic floor physiotherapy in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (Edad >55 años)
103	Oakley S et al.	Impact of Pelvic Floor Physical Therapy on Quality of Life and Function After Obstetric Anal Sphincter Injury: A Randomized Controlled Trial	Excluido	Motivo 1
104	Oblasser C et al.	Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women post partum: A	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

		quantitative systematic review		
105	Olivera C et al.	Nonantimuscarinic treatment for overactive bladder: a systematic review	Excluido	Motivo 1
106	Ozengin N et al.	The comparison of EMG-biofeedback and extracorporeal magnetic innervation treatments in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3
107	Paiva, L et al.	Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis	Excluido	Motivo 3
108	Patel M et al.	Preoperative pelvic floor physiotherapy improves continence after radical retropubic prostatectomy	Excluido	Motivo 1
109	Pauls R et al.	Pelvic Floor Physical Therapy: Impact on Quality of Life 6 Months After Vaginal Reconstructive Surgery	Excluido	Motivo 1
110	Pedriali F et al.	Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial	Excluido	Motivo 1
111	Pelaez M et al.	Pelvic Floor Muscle Training Included in a Pregnancy Exercise Program Is Effective in Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial	Excluido	Motivo 1
112	Pereira V et al.	Relationship among vaginal palpation, vaginal squeeze pressure, electromyographic and ultrasonographic variables of female pelvic floor muscles	Excluido	Motivo 1
113	Perez-Lopez F et al.	Management of pudendal neuralgia	Excluido	Motivo 1
114	Ptaszkowski K et al.	Assessment of bioelectrical activity of synergistic muscles during pelvic floor muscles activation in postmenopausal women with and without stress urinary incontinence: a preliminary observational study	Excluido	Motivo 1
115	Rajkowska-Labon E et al.	Efficacy of Physiotherapy for Urinary Incontinence following Prostate Cancer Surgery	Excluido	Motivo 1
116	Reichman G et al.	Urinary incontinence in patients with cystic fibrosis	Excluido	Motivo 1
117	Rett M et al.	Short-Term Physical Therapy Treatment for Female Urinary Incontinence: A Quality of Life Evaluation	Excluido	Motivo 3 (EM 53,1 años)
118	Ribeiro J et al.	Inter-rater reliability study of the Peritron (TM) perineometer in pregnant women	Excluido	Motivo 1
119	Robertson B et al.	Outcomes With Individual Versus Group Physical Therapy for Treating Urinary Incontinence and Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Excluido	Motivo 1
120	Sacomori C et al.	Predictors of Improvement in Sexual Function of Women with Urinary Incontinence After Treatment with Pelvic Floor Exercises: A Secondary Analysis	Excluido	Motivo 3
121	Sacomori C et al.	Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial	Excluido	Motivo 3 (EM 50 años)
122	Sacomori C et al.	The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises	Excluido	Motivo 1
123	Sangsawang B et al.	Effect of pelvic floor muscle exercise programme on stress urinary incontinence among pregnant women	Excluido	Motivo 1
124	Santos- Pereira V et al.	Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review	Incluido	
125	Santos- Pereira V et al.	Effects of Surface Electrical Stimulation in Older Women With Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Pilot Study	Incluido	
126	Segal S et al.	Efficacy of pelvic floor therapy in treating urinary incontinence among female copd patients	Excluido	Motivo 1
127	Silva Ferreira A et al.	Impact of a Pelvic Floor Training Program Among Women with Multiple Sclerosis A Controlled Clinical Trial	Excluido	Motivo 1
128	Singh N et al.	Pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: Does it work?	Excluido	Motivo 4
129	Solberg M et al.	A pilot study on the use of acupuncture or pelvic floor muscle training for mixed urinary incontinence	Excluido	Motivo 6
130	Soljanik I et al.	Functional interactions between the fossa ischioanalis, levator ani and gluteus maximus muscles of the female pelvic floor: a prospective study in nulliparous women	Excluido	Motivo 1
131	Sountoulides P et al.	Conservative management of post-radical prostatectomy incontinence	Excluido	Motivo 1
132	Spears G et al.	Redesign of an Electronic Clinical Reminder to Prevent Falls in Older Adults	Excluido	Motivo 1
133	Sran M et al.	Physical therapy for urinary incontinence in postmenopausal women with osteoporosis or low bone density: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 1
134	Tak E et al.	Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? a multicenter randomized clinical trial	Excluido	Motivo 1
135	Thekkinkattil M et al.	EFFICACY OF PELVIC FLOOR THERAPY IN TREATING URINARY INCONTINENCE AMONG FEMALE COPD PATIENTS	Excluido	Motivo 1
136	Thom M et al.	Management of lower urinary tract dysfunction: A stepwise approach	Excluido	Motivo 1
137	Truzzi JC et al.	Overactive bladder-18 years - Part I	Excluido	Motivo 1
138	Van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML et al.	Bladder and bowel dysfunctions in 1748 children referred to pelvic physiotherapy: clinical characteristics and locomotor problems in primary, secondary, and tertiary healthcare settings	Excluido	Motivo 1
139	Von Bargen E et al.	Cost Utility of the Treatment of Stress Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 1
140	Wang Y et al.	Characteristics of Patients Seeking Outpatient Rehabilitation for Pelvic-Floor Dysfunction	Excluido	Motivo 1
141	Wang Y et al.	Psychometric Properties and Practicability of the Self-Report Urinary Incontinence Questionnaire in Patients With Pelvic-Floor Dysfunction Seeking Outpatient Rehabilitation	Excluido	Motivo 1
142	Wang Y et al.	The Self-Report Fecal Incontinence and Constipation Questionnaire in Patients With Pelvic-Floor Dysfunction Seeking Outpatient Rehabilitation	Excluido	Motivo 1
143	Wille S et al.	Is there an urban-rural-gradient in patients with urinary incontinence?	Excluido	Motivo 1
144	Wolz-Beck M et al.	Physiotherapy and behavior therapy for the treatment of overactive bladder syndrome: a prospective cohort study	Excluido	Motivo 1
145	Wu S et al.	Outcome after conservative management for mixed urinary incontinence	Excluido	Motivo 4
146	Zhang F et al.	Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic organ prolapse? A systematic review of randomized controlled trials	Excluido	Motivo 1
147	Zhao Y et al.	Bulking agents - an analysis of 500 cases and review of the literature	Excluido	Motivo 1
148	Zubieta M et al.	Influence of voluntary pelvic floor muscle contraction and pelvic floor muscle training on urethral closure pressures: a systematic literature review	Excluido	Motivo 1

RESULTADOS SCOPUS

1	Alappattu M et al.	Urinary incontinence symptoms and impact on quality of life in patients seeking outpatient physical therapy services	Excluido	Motivo 1, Motivo 3 (EM 49,8 años)
2	Alemdarolu E et al.	In-hospital predictors of falls in community-dwelling individuals after stroke in the first 6 months after a baseline evaluation: A prospective cohort study	Excluido	Motivo 1
3	An SY et al.	Effect of belly dancing on urinary incontinence-related muscles and vaginal pressure in middle-aged women	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

4	Arnold P et al.	Marfan syndrome and symptomatic sacral cyst: Report of two cases	Excluido	Motivo 1
5	Arroyo Fernández R et al.	Improvement of continence rate with pelvic floor muscle training post-prostatectomy: A meta-analysis of randomized controlled trials	Excluido	Motivo 1
6	Atherton MJ et al.	Complications associated with tissue anchor migration after vaginal surgery using the tissue fixation system - A case series	Excluido	Motivo 1
7	Ayeleke RO	Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women	Excluido	Motivo 3
8	Ayeleke RO	Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women	Excluido	Motivo 3
9	Azuri J et al.	Outcomes of different protocols of pelvic floor physical therapy and anti-cholinergics in women with wet over-active bladder: A 4-year follow-up	Excluido	Motivo 1
10	Baeßler K et al.	Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016)	Excluido	Motivo 1
11	Bandukwala NQ et al.	Mixed Urinary Incontinence: What First?	Excluido	Motivo 1
12	Baracho S et al.	Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparous women after vaginal delivery	Excluido	Motivo 1
13	Barbato KA	Web-Based Treatment for Women With Stress Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 4
14	Barrera A et al.	Effectiveness of percutaneous versus transcutaneous tibial nerve stimulation in patients with overactive bladder syndrome	Excluido	Motivo 1
15	Bedaiwi MA et al	Prevalence of myofascial chronic pelvic pain and the effectiveness of pelvic floor physical therapy	Excluido	Motivo 1
16	Beilecke K et al.	Impact of retropubic vs. Transobturator slings for urinary incontinence on myofascial structures of the pelvic floor, adductor and abdominal muscles	Excluido	Motivo 1. Motivo 3 (edad >18 años)
17	Berlezi EM et al.	Individualized exercise program for urinary incontinence performed in the home space	Excluido	Motivo 3 (Edad 50-65 años)
18	Bernardo-Filho M et al.	The relevance of the procedures related to the physiotherapy in the interventions in patients with prostate cancer: Short review with practice approach	Excluido	Motivo 1
19	Bernards A et al.	Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update	Excluido	Motivo 4
20	Block V et al.	Do physical therapy interventions affect urinary incontinence and quality of life in people with multiple sclerosis? An evidence-based review [with consumer summary]	Excluido	Motivo 1
21	Bo K et al.	Does it work in the long term?-A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 4
22	Bø K et al.	There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review	Excluido	Motivo 1
23	Borello-France D et al.	Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors	Excluido	Motivo 3 (EM 49,5 años)
24	Bortolami A et al.	Relationship Between Female Pelvic Floor Dysfunction and Sexual Dysfunction: An Observational Study	Excluido	Motivo 1
25	Brincat C et al.	Experiences during the first four years of a postpartum perineal clinic in the USA	Excluido	Motivo 1
26	Brook G et al.	Obstetric fistula: the use of urethral plugs for the management of persistent urinary incontinence following successful repair	Excluido	Motivo 1
27	Bugge C et al.	Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a multiprofessional survey of practice	Excluido	Motivo 1
28	Burge A et al.	Prevalence and impact of urinary incontinence in men with cystic fibrosis	Excluido	Motivo 1
29	Burgio K et al.	Update on Behavioral and Physical Therapies for Incontinence and Overactive Bladder: The Role of Pelvic Floor Muscle Training	Excluido	Motivo 4. Motivo 6
30	Button B et al.	Physiotherapy for cystic fibrosis in Australia and New Zealand: A clinical practice guideline	Excluido	Motivo 1
31	Cameron AP et al.	Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part two: Treatment	Excluido	Motivo 3 (Edad 37-79 años)
32	Cartwright R et al.	What was hot at the ICS meeting Glasgow, Scotland, 2011	Excluido	Motivo 1
33	Castille YJ et al.	Impact of a program of physiotherapy and health education on the outcome of obstetric fistula surgery.	Excluido	Motivo 1
34	Castille Y et al.	One-year follow-up of women who participated in a physiotherapy and health education program before and after obstetric fistula surgery	Excluido	Motivo 1
35	Castro, RA et al.	Female urinary incontinence: Effective treatment strategies	Excluido	Motivo 4
36	Chamocho C et al.	Comparison of active and passive forces of the pelvic floor muscles in women with and without stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
37	Check JH et al.	Complete resolution of frozen shoulder syndrome in a woman treated with dextroamphetamine sulfate for chronic urinary urgency	Excluido	Motivo 1
38	Chen J et al.	Urinary disorders and female sexual function	Excluido	Motivo 1
39	Colhoun A et al.	Long-Term Outcomes After Repair of Transurethral Perforation of Midurethral Sling	Excluido	Motivo 1
40	Colón-Emeric CS et al.	Functional decline in older adults	Excluido	Motivo 1
41	Cornu JN et al.	A pragmatic approach to the characterization and effective treatment of male patients with postprostatectomy incontinence	Excluido	Motivo 1
42	Correia N et al.	Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 50 años)
43	Costantini E et al.	Managing female urinary incontinence: a regional prospective analysis of cost-utility ratios (CURS) and effectiveness	Excluido	Motivo 1
44	Cox L et al.	Evaluating progress on longstanding issues.	Excluido	Motivo 1
45	Da Roza T et al.	Oxford Grading Scale vs manometer for assessment of pelvic floor strength in nulliparous sports students	Excluido	Motivo 1
46	Da Roza T et al.	Pelvic floor muscles behavior in practitioners of high and low impact sports	Excluido	Motivo 1
47	Da Roza T et al.	Urinary incontinence in sport women: From risk factors to treatment - a review	Excluido	Motivo 1
48	De Santana e Santos NA et al.	Assessment of physical therapy strategies for recovery of urinary continence after prostatectomy	Excluido	Motivo 1
49	Dehinbo TDT et al.	A clinical audit of female urinary incontinence at a urogynaecology clinic of a tertiary hospital in Durban, South Africa	Excluido	Motivo 1
50	Dessie SG et al.	Do obstetrical providers counsel women about postpartum pelvic floor dysfunction?	Excluido	Motivo 1
51	Dijkstra-Eshuis J et al.	Effect of Preoperative Pelvic Floor Muscle Therapy With Biofeedback Versus Standard Care on Stress Urinary Incontinence and Quality of Life in Men Undergoing Laparoscopic Radical Prostatectomy: A Randomised Control Trial	Excluido	Motivo 1
52	Duarte TB et al.	Treatment of orgasmic urinary incontinence with physical therapy and weight loss	Excluido	Motivo 1
53	Dubbelman Y et al.	Quantification of changes in detrusor function and pressure-flow parameters after radical prostatectomy: relation to postoperative continence status and the impact of intensity of pelvic floor muscle exercises	Excluido	Motivo 1
54	Dubbelman YD et al.	Urodynamic quantification of decrease in sphincter function after radical prostatectomy: relation to postoperative continence status and the effect of intensive pelvic floor muscle exercises	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

55	Duckett J et al.	Pain after suburethral sling insertion for urinary stress incontinence	Excluido	Motivo 1
56	Dumoulin C et al.	Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence	Excluido	Motivo 6
57	Dumoulin C et al.	Pelvic Floor Muscle Training Versus no Treatment, or Inactive Control Treatments, for Urinary Incontinence in Women: A Short Version Cochrane Systematic Review With Meta-Analysis	Excluido	Motivo 4
58	Dumoulin C et al.	Pelvic Floor Muscle Training Versus no Treatment, or Inactive Control Treatments, for Urinary Incontinence in Women: A Short Version Cochrane Systematic Review With Meta-Analysis	Excluido	Motivo 4
59	Dumoulin C et al.	Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence: 7-year follow-up	Excluido	Motivo 1
60	Eder SE	Evaluation of the EmbaGYN™ pelvic floor muscle stimulator in addition to Kegel exercises for the treatment of female stress urinary incontinence: a prospective, open-label, multicenter, single-arm study	Excluido	Motivo 3 (EM 48 años)
61	Elkattah R et al.	Percutaneous tibial nerve stimulation as an off-label treatment of clitoral pain	Excluido	Motivo 1
62	Elliot V et al.	Virtual reality rehabilitation as a treatment approach for older women with mixed urinary incontinence: A feasibility study	Excluido	Motivo 6
63	Elser DM	Stress urinary incontinence and overactive bladder syndrome: current options and new targets for management.	Excluido	Motivo 4
64	Faubion SS et al.	Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction	Excluido	Motivo 1
65	Ferreira M et al.	Impact of exercise programs in woman's quality of life with stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
66	Ferreira S et al.	Impact of a Pelvic Floor Training Program among Women with Multiple Sclerosis: A Controlled Clinical Trial	Excluido	Motivo 1
67	Ferreira S et al.	Reeducation of pelvic floor muscles in volleyball athletes	Excluido	Motivo 1
68	Figueiredo V et al.	Associations between low back pain, urinary incontinence, and abdominal muscle recruitment as assessed via ultrasonography in the elderly	Excluido	Motivo 1
69	Fish D et al.	Functional consequences of colorectal cancer management	Excluido	Motivo 1
70	Fitz F et al.	Impact of pelvic floor muscle training on the quality of life in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 52,2 años)
71	Flury N et al.	Crosstalk considerations in studies evaluating pelvic floor muscles using surface electromyography in women: a scoping review	Excluido	Motivo 1
72	Fria AMP et al.	Urinary dysfunction in patient with multiple esclerose	Excluido	Motivo 1
73	Fritel X et al.	Incontinence: Stress urinary incontinence treatment - Surgery first?	Excluido	Motivo 4
74	Fritel X et al.	Preventing urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 1
75	Fürst MC et al.	Long-term results of a clinical trial comparing isolated vaginal stimulation with combined treatment for women with stress incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 49,6 ± 10,60 años)
76	García-Astudillo E et al.	Incontinence: Frequency and associated factors [Incontinencia urinaria: Frecuencia y factores asociados]	Excluido	Motivo 1
77	Ghaderi F et al.	Effects of Stabilization Exercises Focusing on Pelvic Floor Muscles on Low Back Pain and Urinary Incontinence in Women	Excluido	Motivo 3 (Edad 45-60 años)
78	Ghaderi F et al.	Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: A Review Article	Excluido	Motivo 4
79	Ghori SA et al.	Delayed Cauda Equina syndrome due to a migratory bullet	Excluido	Motivo 1
80	Goessaert AS et al.	Long-term followup of children with nocturnal enuresis: Increased frequency of nocturia in adulthood	Excluido	Motivo 1
81	Gopinath D et al.	Multidisciplinary team meetings in urogynaecology	Excluido	Motivo 1
82	Greer JA et al.	Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review	Excluido	Motivo 4
83	Gungor Ugurlucan F et al.	Comparison of home-based and outpatient clinic-based intravaginal electrical stimulation for the treatment of urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
84	Hawthorne G et al.	Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates	Excluido	Motivo 1
85	Haylen B et al.	Severe adolescent female stress urinary incontinence (SAFSUI): case report and literature review	Excluido	Motivo 1
86	Hill A	Multimodal physical therapy intervention for urinary incontinence and overactive bladder in the older adult: A case report	Excluido	Motivo 6
87	Hoen LA et al.	Breaking the vicious circle: Onabotulinum toxin A in children with therapy-refractory dysfunctional voiding	Excluido	Motivo 1
88	Hoen LA et al.	Breaking the vicious circle: Onabotulinum toxin A in children with therapy-refractory dysfunctional voiding	Excluido	Motivo 1
89	Hwang R et al.	Home-based telerehabilitation is not inferior to a centre-based program in patients with chronic heart failure: a randomised trial	Excluido	Motivo 1
90	Jerez-Roig J et al.	Pelvic floor physiotherapy in a case of neuromyelitis optica	Excluido	Motivo 1
91	Kaddumukasa M et al.	Neuromyelitis optica in a Ugandan woman: A case report	Excluido	Motivo 1
92	Kafri R et al.	Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence	Excluido	Motivo 3
93	Kasawara K et al.	Behavioral Therapy and Pelvic Floor Muscle Training in the Treatment of Infantile Insensible Urinary Incontinence: a Case Report	Excluido	No se adapta al tema de estudio
94	Katayama S et al.	Hypofractionated IMRT of the prostate bed after radical prostatectomy: Acute toxicity in the PRIAMOS-1 trial	Excluido	Motivo 1
95	Kaufman MR	Management of Stress Urinary Incontinence in the Neobladder Patient	Excluido	Motivo 1
96	Keller J et al.	Predictors of dyadic planning: Perspectives of prostate cancer survivors and their partners	Excluido	Motivo 1
97	Keyser L et al.	Analysis of a pilot program to implement physical therapy for women with gynecologic fistula in the Democratic Republic of Congo.	Excluido	No se adapta al tema de estudio
98	Khanuengkitkong S et al.	Delayed vaginal and urethral mesh exposure: 10 years after TVT surgery	Excluido	Motivo 1
99	Khoder W et al.	Early incontinence after radical prostatectomy: A community based retrospective analysis in 911 men and implications for preoperative counseling	Excluido	Motivo 1
100	Kim EY et al.	Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training	Excluido	Motivo 3
101	Kim S et al.	Why are some women with pelvic floor dysfunction unable to contract their pelvic floor muscles?	Excluido	Motivo 1
102	Knorst M et al.	Physical therapy intervention in women with urinary incontinence associated with pelvic organ prolapse	Excluido	Motivo 1
103	Knorst M et al.	The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 55,1 años)
104	Knorst M et al.	The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 55,1 años)
105	Kogan MI et al.	Epidemiology and impact of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: Results of the EPIC survey in Russia, Czech Republic, and Turkey	Excluido	Motivo 1
106	Korczyn AD	Vascular parkinsonism-characteristics, pathogenesis and treatment	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

107	Korzeniewska-Eksterowicz A et al.	Urinary incontinence in adolescent females with cystic fibrosis in Poland	Excluido	Motivo 1
108	Kretschmer A et al.	Evaluation and Management of Postprostatectomy Incontinence: A Systematic Review of Current Literature	Excluido	Motivo 1
109	Kruger J et al.	Comparison between transperineal ultrasound and digital detection of levator ani trauma. Can we improve the odds?	Excluido	Motivo 1
110	Labrie J et al.	Predicting who will undergo surgery after physiotherapy for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
111	Labrie J et al.	Predicting who will undergo surgery after physiotherapy for female stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
112	Labrie J et al.	Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence.	Excluido	Motivo 1
113	Lavelle ES et al.	Stress Urinary Incontinence. Comparative Efficacy Trials.	Excluido	Motivo 4
114	Legendre G et al.	Impact of at-home self-rehabilitation of the perineum on pelvic floor function in patients with stress urinary incontinence: Results from a prospective study using three-dimensional ultrasound	Excluido	Motivo 4
115	Lehmann et al.	Standardized pelvic floor exercises improve stress urinary incontinence in women with intrinsic sphincter deficiency	Excluido	Motivo 4
116	Leksukulchai O et al.	Effect of pelvic floor muscle training (PFMT) during pregnancy on bladder neck descend and delivery.	Excluido	Motivo 3
117	Leong BS et al.	Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong	Incluido	
118	Lin K et al.	Pelvic floor muscle training for bowel dysfunction following colorectal cancer surgery: A systematic review	Excluido	Motivo 1
119	Lopes J et al.	Abordagem fisioterapêutica da hiperatividade detrusora na esclerose múltipla: revisão de literatura (Physical therapeutic approach on detrusor overactivity in multiple sclerosis: literature review) [Portuguese]	Excluido	Motivo 1
120	Lowther A et al.	Managing incontinence: A 2-visit approach	Excluido	Motivo 1
121	Lucas MG et al.	EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence	Excluido	Motivo 4
122	Luginbuehl H et al.	Continuous versus intermittent stochastic resonance whole body vibration and its effect on pelvic floor muscle activity	Excluido	Motivo 1
123	Luginbuehl et al.	Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (Edad 18-70 años)
124	Luginbuehl H et al.	Pelvic floor muscle activation and strength components influencing female urinary continence and stress incontinence: A systematic review	Excluido	Motivo 3
125	Lunn J et al.	Twenty two cases of canine neural angiostrongylosis in eastern Australia (2002-2005) and a review of the literature	Excluido	Motivo 1
126	MacLachlan LS et al.	New Treatments for Incontinence	Excluido	Motivo 4
127	Madigan E et al.	Predictors of functional capacity changes in a US population of Medicare home health care (HHC) patients with heart failure (HF)	Excluido	Motivo 1
128	Madill SJ et al.	Effects of PFM rehabilitation on PFM function and morphology in older women	Incluido	Motivo 1
129	Manley L et al.	Evaluation of pelvic floor muscle strength before and after robotic-assisted radical prostatectomy and early outcomes on urinary continence	Excluido	Motivo 1
130	Marcus-Braun N et al.	Persistent pelvic pain following transvaginal mesh surgery: A cause for mesh removal	Excluido	Motivo 1
131	Marques J et al.	Pelvic floor muscle training program increases muscular contractility during first pregnancy and postpartum: Electromyographic study	Excluido	Motivo 3
132	Martínez Torres JC et al.	Characterization of middle-aged women suffering from urinary incontinence and their response to rehabilitation treatment	Excluido	Motivo 3
133	Martínez Iorres JC et al.	Protocol for female urinary incontinence improvement in the Getafe's University Hospital's pelvic floor physiotherapy unit: Evidence of its efficacy	Excluido	Motivo 3 (EM 58 años)
134	McClurg D et al.	A multi-professional UK wide survey of undergraduate continence education	Excluido	Motivo 1
135	McLean L et al.	Pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence causes hypertrophy of the urethral sphincters and reduces bladder neck mobility during coughing	Excluido	Motivo 4
136	McIlwaine M et al.	Physiotherapy and cystic fibrosis: what is the evidence base?	Excluido	Motivo 1
137	Metcalfe MR et al.	The Non-surgical Options for SUI—Is Any One Optimal?	Excluido	Motivo 4
138	Mohammadi M et al.	Noninvasive urinary incontinence control device	Excluido	Motivo 1
139	Mohr S et al.	Bulking agents: an analysis of 500 cases and review of the literature	Excluido	Motivo 1
140	Morkved S et al.	Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review	Excluido	Motivo 1
141	Moroni Rm et al.	Conservative treatment of stress urinary incontinence: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials [Tratamento conservador da incontinência urinária: Revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados]	Excluido	Motivo 3 (Edad >18 años)
142	Mungovan S et al.	Relationships between perioperative physical activity and urinary incontinence after radical prostatectomy: an observational study	Excluido	Motivo 1
143	Mungovan S et al.	What makes men leak? An investigation of objective and self-report measures of urinary incontinence early after radical prostatectomy	Excluido	Motivo 1
144	Nascimento-Correia G et al.	[Effects of pelvic floor muscle training on quality of life of a group of women with urinary incontinence: randomized controlled trial]	Incluido	
145	Nascimento SL et al.	Physical exercise during pregnancy: A systematic review	Excluido	Motivo 1
146	Neels H et al.	Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women	Excluido	Motivo 1
147	Neville C et al.	Analysis of Physical Therapy Intervention Outcomes for Urinary Incontinence in Women Older Than 65 Years in Outpatient Clinical Settings	Incluido	
148	Newman DK et al.	An evidence-based strategy for the conservative management of the male patient with incontinence	Excluido	Motivo 1
149	Nilssen S et al.	Does physiotherapist-guided pelvic floor muscle training increase the quality of life in patients after radical prostatectomy? A randomized clinical study	Excluido	Motivo 1
150	Nossier AA et al.	Behavioral training in the treatment of urinary incontinence post-prostatectomy	Excluido	Motivo 1
151	Olivera C et al.	Nonantimuscarinic treatment for overactive bladder: a systematic review	Excluido	Motivo 1
152	Onandia Garate N et al.	MANAGEMENT OF VAGINAL CONES IN THE TREATMENT OF PELVIC FLOOR REHABILITATION	Excluido	Motivo 1
153	Opara J et al.	Physiotherapy in stress urinary incontinence in females: Part III. Electrical stimulation in Stress Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 3
154	Osman NI et al.	The management of overactive bladder syndrome: A review of the European Association of Urology Guidelines	Excluido	Motivo 1
155	Özdemir ÖÇ et al.	The effect of parity on pelvic floor muscle strength and quality of life in women with urinary incontinence: A cross sectional study	Excluido	Motivo 1
156	Ozengin N et al.	The comparison of EMG-biofeedback and extracorporeal magnetic innervation treatments in women with urinary incontinence	Excluido	Motivo 3
157	Paiva, L et al.	Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis	Excluido	Motivo 3
158	Palisaar JR et al.	Predictors of short-term recovery of urinary continence after radical prostatectomy	Excluido	Motivo 1
159	Pastore EA	Continence coach: Pelvic floor pain syndrome in chronic pelvic pain revisited: A case study	Excluido	Motivo 1
160	Patel M et al.	Preoperative pelvic floor physiotherapy improves continence after radical retropubic prostatectomy	Excluido	Motivo 1
161	Pedriali F et al.	Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial	Excluido	Motivo 1
162	Pelaez M et al.	Pelvic Floor Muscle Training Included in a Pregnancy Exercise Program Is Effective in Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial	Excluido	Motivo 1
163	Petit PDM et al.	Implantable neuromodulation for urinary urge incontinence and fecal incontinence. A urogynecology perspective	Excluido	Motivo 1

Eficacia del tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria en mujeres de la tercera edad

164	Phillips BC et al.	Spinal cord avulsion in the pediatric population: Case study and review	Excluido	Motivo 1
165	Prudencio CB et al.	Evolution of female urinary continence after physical therapy and associated factors	Excluido	Motivo 3 (EM 57,8 años)
166	Ptak M et al.	Woman urinary incontinence - Diagnostic and conservative treatment making by physiotherapist [Nietrzymanie moczu u kobiet - Diagnostyka i leczenie zachowawcze w gabinecie fizjoterapeutycznym]	Excluido	Motivo 4
167	Rajkowska-Labon E et al.	Efficacy of physiotherapy for urinary incontinence following prostate cancer surgery	Excluido	Motivo 1
168	Reichman G et al.	Urinary incontinence in patients with cystic fibrosis	Excluido	Motivo 1
169	Rett MT et al.	Short-term physical therapy treatment for female urinary incontinence: a quality of life evaluation	Excluido	Motivo 3 (EM 53.1 ± 2.2 años)
170	Richardson ML	A cost-effectiveness analysis of conservative versus surgical management for the initial treatment of stress urinary incontinence	Excluido	Motivo 1
171	Robertson B et al.	Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Excluido	Motivo 3
172	Rogo-Gupta L	Challenges in the Treatment of Overactive Bladder in the Octogenarian Female	Excluido	Motivo 1
173	Sacomori C et al.	Predictors of Improvement in Sexual Function of Women with Urinary Incontinence After Treatment with Pelvic Floor Exercises: A Secondary Analysis	Excluido	Motivo 3
174	Sacomori C et al.	Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial	Excluido	Motivo 3 (EM 50 años)
175	Salamon CG et al.	Sexual function before and 1 year after laparoscopic sacrocolpopexy	Excluido	Motivo 1
176	Sánchez BS et al.	Responsiveness of the Spanish Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaires Short Forms (PFDI-20 and PFIQ-7) in women with pelvic floor disorders	Excluido	Motivo 1
177	Sánchez EMM	Spanish version of the Broome pelvic muscle self-efficacy scale: Validity and reliability	Excluido	Motivo 1
178	Santos-Pereira V et al.	Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review	Incluido	
179	Santos-Pereira V et al.	Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review.	Incluido	
180	Santos-Pereira V et al.	[Effects of surface electrical stimulation in older women with stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study]	Incluido	
181	Segal S et al.	Efficacy of FemiScan Pelvic Floor Therapy for the Treatment of Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 3 (EM 54,4 años)
182	Sengupta N et al.	Urogynecological risk assessment in postmenopausal women	Excluido	Motivo 1
183	Shah SM et al.	Treatment options for intrinsic sphincter deficiency	Excluido	Motivo 1
184	Shippey S et al.	Pubic symphysis diastasis with urinary incontinence: Collaborative surgical management	Excluido	Motivo 1
185	Singh N et al.	Pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: Does it work?	Excluido	Motivo 4
186	Sirls LT et al.	The effect of urodynamic testing on clinical diagnosis, treatment plan and outcomes in women undergoing stress urinary incontinence surgery	Excluido	Motivo 1
187	Smithling KR et al.	Innovations in incontinence: Diagnosis and treatment of overactive bladder	Excluido	Motivo 4
188	Solberg M et al.	A pilot study on the use of acupuncture or pelvic floor muscle training for mixed urinary incontinence	Excluido	Motivo 6
189	Sountoulides P et al.	Conservative management of post-radical prostatectomy incontinence	Excluido	Motivo 1
190	Stav K et al.	Self-induced plantar-flexion objectively reduces wave amplitude of detrusor overactivity and subjectively improve urinary urgency: A pilot study	Excluido	Motivo 1
191	Szymczak M et al.	Therapeutic conduct in postmenopausal women with different forms of urinary incontinence	Excluido	Motivo 6
192	Tajiri K et al.	Effects of co-contraction of both transverse abdominal muscle and pelvic floor muscle exercises for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (EM 52,1 años)
193	Talasz H et al.	Proof of concept: Differential effects of Valsalva and straining maneuvers on the pelvic floor	Excluido	Motivo 1
194	Thivakaran T et al.	Chlorpyrifos-induced delayed myelopathy and pure motor neuropathy: A case report	Excluido	Motivo 1
195	Thom M et al.	Management of lower urinary tract dysfunction: A stepwise approach	Excluido	Motivo 1
196	Tosun OC et al.	Assessment of the effect of pelvic floor exercises on pelvic floor muscle strength using ultrasonography in patients with urinary incontinence: A prospective randomized controlled trial	Excluido	Motivo 3 (EM 51,7 años)
197	Truzzi JC et al.	Overactive bladder - 18 years - Part I	Excluido	Motivo 1
198	Tse V et al.	Conjoint Urological Society of Australia and New Zealand (USANZ) and Urogynaecological Society of Australasia (UGSA) Guidelines on the management of adult non-neurogenic overactive bladder	Excluido	Motivo 1
199	Ubukata H et al.	Reliability of measuring pelvic floor elevation with a diagnostic ultrasonic imaging device	Excluido	Motivo 1
200	Van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML et al.	Bladder and bowel dysfunctions in 1748 children referred to pelvic physiotherapy: clinical characteristics and locomotor problems in primary, secondary, and tertiary healthcare settings	Excluido	Motivo 1
201	Van Gool JD et al.	Multi-center randomized controlled trial of cognitive treatment, placebo, oxybutynin, bladder training, and pelvic floor training in children with functional urinary incontinence	Excluido	Motivo 3
202	Varella LRD et al.	Assessment of lower urinary tract symptoms in different stages of menopause	Excluido	Motivo 1
203	Vella M et al.	Does self-motivation improve success rates of pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence in a secondary care setting?	Excluido	Motivo 3 (EM 50,5 años)
204	Vinsnes AG et al.	Effect of physical training on urinary incontinence: A randomized parallel group trial in nursing homes	Incluido	
205	Von Bargen E et al.	Cost Utility of the Treatment of Stress Urinary Incontinence	Excluido	Motivo 1
206	Vrijens DMJ et al.	Patient-reported outcome after treatment of urinary incontinence in a multidisciplinary pelvic care clinic	Excluido	Motivo 3 (EM 57,9 años)
207	Wang YC et al.	Psychometric properties and practicability of the self-report Urinary Incontinence Questionnaire in patients with pelvic-floor dysfunction seeking outpatient rehabilitation	Excluido	Motivo 1
208	White N et al.	Overactive Bladder	Excluido	Motivo 1
209	Whiteside JL	Making sense of urodynamic studies for women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a urogynecology perspective.	Excluido	Motivo 1
210	Wille S et al.	Is there an urban-rural-gradient in patients with urinary incontinence?	Excluido	Motivo 1
211	Wu S et al.	Outcome after conservative management for mixed urinary incontinence	Excluido	Motivo 4
212	Zetlitz E et al.	A New Reconstructive Technique for Posterior Vaginal Wall Defects, a Case Report	Excluido	Motivo 1
213	Zhao Y et al.	Bulking agents - An analysis of 500 cases and review of the literature	Excluido	Motivo 1

- **3 a:** Determina la frecuencia de los síntomas.
- **4 a:** Determina la nicturia
- **5 a:** Determina la urgencia
- **6 a:** La incontinencia de urgencia

Todas ellas seguidas de la pregunta **b**, que es una escala analógica visual (EVA) sobre la molestia de los síntomas (del 1 a 10). No todas las preguntas b están incluidas en la puntuación, pero ayudan a entender lo mucho que el síntoma específico le molesta a la paciente, cuantificando la calidad de vida.

ICIQ-VS

Vaginal symptoms:

- 1a: Are you aware of dragging pain in your abdomen?
- 1b: How much does this bother you?
- 2a: Are you aware of soreness in your vagina?
- 2b: How much does this bother you?
- 3a: Do you feel that you have reduced sensation or feeling in or around your vagina?
- 3b: How much does this bother you?
- 4: Do you currently have pessary or ring inside your vagina for treatment of prolapse?
- 5a: Do you feel that something is dropping down inside your lower abdomen or vagina?
- 5b: How much does this bother you?
- 6a: Do you feel that your vagina is too loose or lax?
- 6b: How much does this bother you?
- 7a: Are you aware of a lump or bulge coming down in your vagina?
- 7b: How much does this bother you?
- 8a: Do you feel a lump or bulge coming out of your vagina altogether, so that you can feel it or see it on the outside?
- 8b: How much does this bother you?
- 9a: Do you have to insert a finger into your vagina to help empty your bladder?
- 9b: How much of a problem is this for you?
- 10a: Do you have to insert a finger into your vagina to help empty your bowels?
- 10b: How much of a problem is this for you?
- 11a: Do you have pain or discomfort because of a dry vagina?
- 11b: How much does this bother you?
- 12a: Do you feel that your vagina is too dry?
- 12b: How much does this bother you?
- 13a: Do you feel that your vagina is too tight?
- 13b: How much does this bother you?
- 14: (Filter question) Do you have periods?
- 15a: Do you have difficulty keeping tampons in your vagina?
- 15b: How much does this bother you?

Sexual matters:

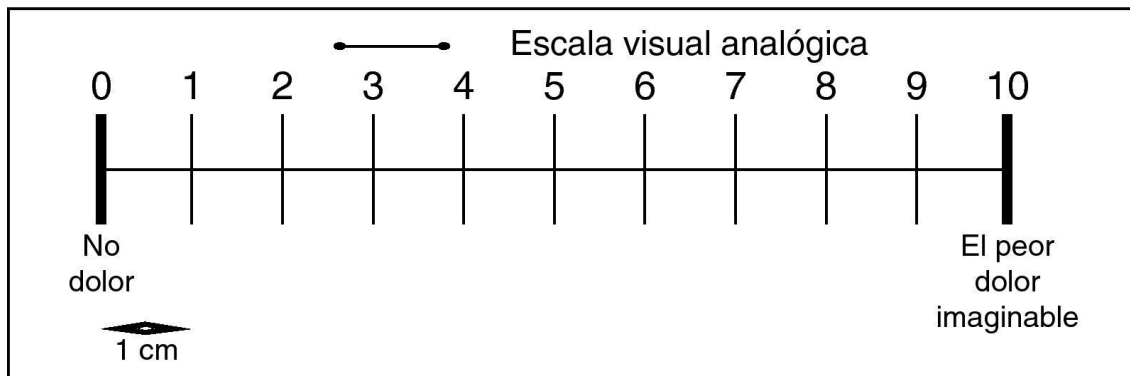
- 16a: Do you think that it is dangerous to have sexual intercourse because of your vaginal symptoms?
- 16b: How much does this bother you?
- 17a: Do you think it is imposible to have sexual intercourse because of your vaginal symptoms?
- 17b: How much does this bother you?
- 18: How much do you think that your sex life has been spoilt by vaginal symptoms?
- 19(Filter question): Do you have sex life at present?

- 20a: Do you have pain when you have sexual intercourse?
- 20b: How much does this bother you?
- 21a: Do you leak urine during or after sexual intercourse?
- 21b: How much does this bother you?
- 22a: Do worries about your vagina interfere with your sex life?
- 22b: How much does this bother you?
- 23a: Do you feel that relationship with your partner is affected by vaginal symptoms?
- 23b: How much does this bother you?
- 24a: Do you avoid sexual intercourse because of vaginal symptoms?
- 24b: How much does this bother you?
- 25a: Do you feel that your partner avoids sexual intercourse with you because of your vaginal symptoms?
- 25b: How much does this bother you?
- 26a: Do you avoid sexual intercourse because you think it will make your vaginal symptoms worse?
- 26b: How much does this bother you?

Quality of life

- 27: Overall, how much do vaginal symptoms interfere with your everyday life?

EVA



KHQ

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

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

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

RELACIONES PERSONALES

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

- No procede • No, en absoluto Un poco • Moderadamente • Mucho

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

- No procede • No, en absoluto Un poco • Moderadamente • Mucho

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

- No procede • No, en absoluto Un poco • Moderadamente • Mucho

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

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

¿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

¿Hasta qué punto le afectan?

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, ejemplo: toser, estornudar, correr

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.

QUID: The Questionnaire for female Urinary Incontinence Diagnosis

	None of the time	Rarely	Once in awhile	Often	Most of the time	All of the time
Do you leak urine (even small drops), wet yourself, or wet your pads or undergarments...						
1. when you cough or sneeze ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. when you bend down or lift something up ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. when you walk quickly, jog or exercise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. while you are undressing in order to use the toilet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you get such a strong and uncomfortable need to urinate that you leak urine (even small drops) or wet yourself before reaching the toilet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Do you have to rush to the bathroom because you get a sudden, strong need to urinate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“ROSENBERG’S SELF-ESTEEM EVALUATION”: Escala de autoestima de Rosemberg

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Interpretación: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- **De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- **De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- **Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

IIQ-7

IIQ-7: Indique si las pérdidas de orina le han afectado en los siguientes ámbitos:

1. Capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar).
 2. Actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio.
 3. Actividades de ocio (cine, conciertos, etc)
 4. Capacidad para viajar en coche o en autobús a más de 30 minutos de su hogar.
 5. Participación en actividades sociales fuera de su hogar.
 6. Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc).
 7. Le provoca frustración.
- <<Nada>>, <<poco>>, <<moderadamente>>, <<mucho>>

UDI-6

UDI-6: Indique si tiene los siguientes problemas y, si es así, cuánto le molestan:

1. La necesidad de orinar frecuentemente.
 2. Pérdidas de orina unidas a una sensación de urgencia (necesidad urgente de ir al WC).
 3. Pérdidas de orina cuando realiza una actividad física, estornuda o tose.
 4. Pérdida de orina en pequeñas cantidades (es decir, gotas).
 5. Dificultad para vaciar su vejiga.
 6. Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital.
- <<Nada>>, <<poco>>, <<moderadamente>>, <<mucho>>