



## Definición, diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria

### Definition, diagnosis and management of urinary incontinence



<sup>1</sup> **María Monserrath Correa Fuentes**

Área de Salud del Guarco, Cartago, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-4065-2762>

<sup>2</sup> **Melanie Fiorella Campos Ríos**

Área de Salud Alajuela oeste, Alajuela, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-5667-212X>

<sup>3</sup> **Guillermo Antonio Ceciliano Rojas**

Área de Salud de Cartago, Cartago, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-2415-9270>

Recibido  
18/05/2022

Corregido  
08/11/2022

Aceptado  
15/11/2022

#### RESUMEN

La incontinencia urinaria es definida como la pérdida involuntaria de orina. Puede ser clasificada como incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia mixta. Se puede distinguir una serie de factores asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha patología. Han propuesto diferentes manejos, desde tratamientos médicos conservadores hasta intervenciones quirúrgicas.

**PALABRAS CLAVE:** Incontinencia urinaria, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia, tratamiento conservador.

#### ABSTRACT

Urinary incontinence is defined as the involuntary loss of urine. It can be classified as stress urinary incontinence, urge urinary incontinence, and mixed incontinence. A series of factors associated with a suspected risk of the appearance of said pathology can be distinguished. Different managements have been proposed, from conservative medical treatments to surgical interventions.

**KEY WORDS:** Urinary incontinence, stress urinary incontinence, urge urinary incontinence, conservative treatment.

<sup>1</sup> Médica general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U. Latina). Cód. [MED17200](#). Correo: [monsecorrea15@hotmail.com](mailto:monsecorrea15@hotmail.com)

<sup>2</sup> Médica general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U. Latina). Cód. [MED17198](#). Correo: [meelcm@hotmail.com](mailto:meelcm@hotmail.com)

<sup>3</sup> Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (U. Latina). Cód. [MED16922](#). Correo: [dr.ceciliano06@gmail.com](mailto:dr.ceciliano06@gmail.com)



## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es una patología que se presenta en la vida diaria. Es causa frecuente de consulta médica. Dicha patología debe ser normalizada, ya que muchos de los pacientes que la padecen no consultan por temor o vergüenza.

La IU es definida por parte de la Sociedad Internacional de Continencia como la pérdida involuntaria de orina (1), la cual afecta a un porcentaje importante de la población, en su mayoría mujeres, ocasionando un impacto negativo en la calidad de vida de estas (2). Entre los principales factores de riesgo asociados a esta enfermedad se han encontrado la edad avanzada, paridad, obesidad, estreñimiento, menopausia, procedimientos quirúrgicos como la histerectomía, radiación pélvica y prolapso de órganos pélvicos (3,4).

Se identifican varios subtipos de IU, entre ellos están la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), definida como la pérdida involuntaria de orina asociada a esfuerzos físicos que provocan aumento de la presión abdominal (ejercicio, tos, estornudo, maniobra de Valsalva); la incontinencia urinaria de urgencia (IUU), definida como pérdida de orina precedida de urgencia miccional o el fuerte deseo de orinar que no se puede diferir; y la incontinencia urinaria mixta (IUM) dada por la combinación de la IUE y la IUU (5).

Lo que pretende este artículo es analizar las diferentes técnicas quirúrgicas actuales que ayudan al manejo de esta patología y así poder personalizarse en función de la frecuencia y gravedad de los síntomas el manejo de cada una de las pacientes.

## MÉTODO

La revisión bibliográfica se realizó con apoyo de artículos médicos de diferentes bases de datos, entre estas SciELO, PubMed y Elsevier, empleando frases como “incontinencia urinaria”, “diagnóstico de incontinencia urinaria”, “técnicas quirúrgicas para la incontinencia urinaria”, “tratamiento de la incontinencia urinaria” y “tipos de incontinencia urinaria”. Se incluyó un total de 19 artículos publicados entre los años 2018 y 2021, en idiomas español e inglés, de los cuales se examinó la información más relevante para la realización del presente artículo.

La continencia urinaria es el resultado de una función integrada y superpuesta entre los músculos del piso pélvico, la fascia y los nervios. La falta de uno o más de estos factores puede contribuir a la presencia y gravedad de la IUE (4).

Existen distintos tipos de IU, entre estos se encuentran la IUE, la IUU, y una mezcla de las dos, la IUM. La micción involuntaria es la característica principal, sin embargo, cada una presenta manifestaciones, abordaje y tratamiento respectivo (6). Asimismo, afecta un porcentaje importante de la población, sobre todo en la femenina, ocasionando un impacto negativo sobre su calidad de vida.

## EPIDEMIOLOGÍA

La IU presenta una mayor prevalencia en mujeres. Aproximadamente un 50% de las mujeres podría presentar IU en algún momento de su vida. Además, se espera que la prevalencia de la IU y los trastornos del piso pélvico aumenten en las próximas décadas, aumentando las consultas y afectando directamente a los sistemas de salud. En los varones se ha visto una prevalencia menor, sin embargo, puede afectar de un 1% hasta un 39% (1).

Es importante tomar en cuenta diferentes factores y antecedentes médicos de los pacientes que pueden influir en su IU. Entre ellos se encuentra la paridad, la obesidad, antecedentes quirúrgicos (histerectomía previa o cirugías pélvicas), enfermedad pulmonar, diabetes mellitus y admisión en hogares de ancianos o demencia (1).

Su prevalencia es difícil de estimar, ya que suele ser un problema infra referido a causa de los tabúes asociados a esta enfermedad, sentimientos de vergüenza, de rechazo, aislamiento social y en muchas ocasiones por creencias erróneas de que la IU es un proceso natural de la vida que va unido al envejecimiento. Diversos estudios establecen dos picos de incidencia de entre los 45 y 54 años y a partir de los 60, especialmente entre los 75 y los 84 años. En el primer grupo, la prevalencia podría acercarse al 30%, y en el segundo podría rondar el 40% de la población femenina de esa edad (3,7).

## FACTORES DE RIESGO

Se puede distinguir una serie de factores asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha patología, entre los cuales se identifican los siguientes:

- Sexo: más frecuente en mujeres (4).
- Genética: existe una predisposición genética para la IUE y la IUU (1).
- Edad: la prevalencia de IU se incrementa progresivamente con la edad, observándose un pico de frecuencia entre los 50-60 años, alrededor de la menopausia. Sin embargo, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de IU (8).
- Parto: el parto vía vaginal se asocia con lesión directa de los tejidos blandos pelvianos, así como con la denervación del piso pelviano, siendo causa etiológica

de IUE. El parto se asocia con IUM e IUE, pero no con IUU (8,9).

- Obesidad: existe una evidente relación entre el IMC y la IU, la cual supone una agresión por la sobrecarga de la masa muscular al periné y puede originar hipotonía del piso pélvico (3).
- Factores uro ginecológicos: colapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, cirugía uro ginecológica, cistitis y estreñimiento (3,10).

Entre los factores de riesgo más comunes en el hombre se identifican la edad avanzada, los síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones, deterioro funcional y cognitivo y trastornos neurológicos; sin embargo, la causa principal de la IU en varones suele ir asociada a intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, tras una prostatectomía (7,11).

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la IU es clínico de la tiene como objetivos, además de la identificación de la incontinencia, establecer la gravedad de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida.

Se recomienda la realización de un tamizaje al menos una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas > 40 años y en varones asintomáticos > 55 años, por parte del personal sanitario de atención primaria (AP). Se obtiene al medir el funcionamiento de la vejiga mientras se va llenando de líquido y en el momento de la micción.

Si existen factores de riesgo de la IU, se realizará anualmente, tanto en varones como en mujeres asintomáticas, a partir de las edades referidas con anterioridad (12).

## HALLAZGOS CLÍNICOS

El examen físico debe ser dirigido a descartar signos de sobrecarga de volumen,

buscar globo vesical, masas abdominales y realizar un examen ginecológico para evaluar estado estrogénico, prolapso y realizar la prueba de tos de esfuerzo, que consiste en hacer toser a la paciente en litotomía y evaluar presencia de escape que orienta a IUE. En pacientes seleccionados, se debe realizar examen neurológico (13).

Los exámenes complementarios necesarios son el uroanálisis para descartar causas secundarias, y urocultivo en caso de que la paciente presente síntomas de ITU.

La solicitud de residuo post miccional medido por ecografía está reservada para pacientes con IU con síntomas de vaciado o morbilidad asociada como diabetes de larga data, enfermedades neurológicas, antecedente de cirugía pélvica, radioterapia, prolapso, o retención urinaria. Como recomendación de experto, se puede solicitar glicemia y hemoglobina glicosilada para descartar diabetes descompensada como gatillante (13).

No existe una única explicación para el incremento de la IU en pacientes de edad avanzada. La función uretral y vesical pareciera deteriorarse con el paso de los años. Estudios con urodinamia evidencian aumento de la sensibilidad vesical, disminución de la presión uretral y disminución de la contractilidad vesical (2).

## TRATAMIENTO CONSERVADOR

El tratamiento conservador comprende intervenciones en el estilo de vida de la paciente y terapias físicas. En general, estos tratamientos son simples, de bajo costo, con baja posibilidad de efectos secundarios, y además no presentan interferencias sobre otros tratamientos futuros, si fueran necesarios. Este tratamiento ha de constituir la principal forma de manejo inicial de la IUE (14).

Los ejercicios de contracción de los músculos del suelo pélvico como los ejercicios de Kegel, han demostrado su eficacia en la reducción de la incontinencia de orina en mujeres de todas las edades y en el posparto. No obstante, existen pocos datos sobre el mantenimiento del efecto del tratamiento a medio y largo plazo (16).

Además, se recomienda disminuir el consumo de líquidos e irritantes de la vejiga como lo son el café, té, bebidas gaseosas, cafeína y el alcohol, e implementar un horario de micción cada 1-2 horas, y luego ir extendiendo ese plazo por 15 min (17).

## CIRUGÍA PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

Si el paciente presenta síntomas intensos de IUE o vejiga hiperactiva, la cirugía puede ofrecer una solución permanente, sin embargo, la cirugía no es el método elegido para todos. La cirugía puede ser una opción cuando se ha probado con medidas conservadoras y la IU continúa alterando la vida del paciente. Esta es más invasiva y tiene un riesgo más elevado de complicaciones que muchas otras terapias, pero también brinda una solución a largo plazo en casos graves.

Las opciones quirúrgicas dependen del tipo de IU que se presente. La mayoría de las opciones para la cirugía de IU tratan la incontinencia de esfuerzo. Sin embargo, existen alternativas quirúrgicas de bajo riesgo para otros problemas de vejiga, entre ellos, la vejiga hiperactiva, también denominada «incontinencia imperiosa» o «síndrome de frecuencia urinaria (12).

Los médicos podrán ofrecer a los pacientes con IU de esfuerzo y enfermedad neurológica concomitante que afecte la función del tracto urinario bajo (vejiga neurogénica), el tratamiento quirúrgico de la

IU de esfuerzo después que se haya realizado una evaluación apropiada y se haya dado una consejería adecuada (14).

## TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Existen varias opciones quirúrgicas para la IUE. La elección de la intervención deberá individualizarse en función de los síntomas de las pacientes, del grado de molestia que los síntomas causan a las pacientes, de sus metas y expectativas, así como de los riesgos y beneficios para una paciente determinada (14,18).

Entre las técnicas quirúrgicas se pueden encontrar:

1. Cabestrillo mesouretral (sintético)
2. Cabestrillo autólogo con fascia pubovaginal
3. Colposuspensión de Burch
4. Agentes espesantes (*bulking*)
5. Aumento del volumen ureteral

### Cabestrillo sintético mesouretral

El cabestrillo es una “hamaca” que se coloca debajo de la uretra y existen diferentes tipos: pubovaginales, retropúbicos en la unión uretrovesical, cabestrillos mediouretrales, transobturadores y minicabestrillos. Históricamente, se desarrollaron usando músculo o fascia autóloga de fascia lata o recto del abdomen, con efectividad adecuada; sin embargo, provocaban morbilidad significativa.

El MUS (*midurethral synthetic sling*) se puede caracterizar en los siguientes tipos: retropúbico (de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba), transobturador (adentro hacia afuera o de afuera hacia adentro), cabestrillo de incisión única (SIS, *single incision sling*) o cabestrillos ajustables (14).

- Cabestrillo sintético mesouretral retropúbico (RMUS, *retropubic mesourethral sling*): es posiblemente el

procedimiento contra la incontinencia más ampliamente estudiado. Se ha reportado que las tasas de éxito se encuentran entre el 51% y el 87%. Los cirujanos deben utilizar malla de propileno microporoso tipo 1 (14).

- Cabestrillo sintético mesouretral transobturador (TMUS, *transobturator midurethral synthetic sling*): el TMUS fue desarrollado en un esfuerzo por simplificar e incluso minimizar el perfil de complicaciones descrito con el abordaje retropúbico, con tasas de éxito que oscilan entre el 43% y el 92%. El estudio sobre los cabestrillos mesouretrales (*trial of mid-urethral slings*, TOMUS) comparó los resultados a corto plazo (uno y dos años) y a largo plazo (cinco años) con los RMUS y TMUS. Los análisis a corto plazo demostraron equivalencia estadística entre los dos procedimientos; sin embargo, se observaron ligeras ventajas en favor del RMUS con un seguimiento más prolongado (cinco años). Los abordajes transobturadores poseen técnicas tanto de afuera hacia adentro como de adentro hacia afuera (14).}
- Cabestrillo sintético de incisión única (SIS, *single incision synthetic sling*): en otro desarrollo hacia la simplificación del cabestrillo sintético, se introdujo el SIS como una cirugía menos invasiva y de menor morbilidad, con el potencial para mantener la eficacia del cabestrillo sintético. Sin embargo, no se dispone de datos a largo plazo (14\*).

### Cabestrillo de fascia pubovaginal autóloga (PVS, *autologous fascia pubovaginal sling*)

Se ha trabajado durante varios años con el PVS de fascia autóloga, el cual consiste en la colocación de la fascia lata o la fascia del

músculo recto, ambas autólogas, por debajo de la uretra para proporcionar apoyo. Estudios realizados en una sola sede han confirmado tasas de éxito entre un 87% y un 92% con un seguimiento entre 3 a 15 años (19,14).

### **Colposuspensión de Burch**

Se utiliza en pacientes con hipermovilidad uretral con IU de esfuerzo. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos (1).

### **Agentes espesantes (*Bulking agents*)**

El papel de los agentes espesantes se puede considerar mejor en las pacientes que desean evitar un manejo quirúrgico más invasivo o que están preocupadas por el tiempo de recuperación más prolongado después de la cirugía, o que experimentan una mejoría insuficiente después de un procedimiento previo contra la incontinencia. Se piensa que los agentes de carga son tratamientos viables para la IUE; sin embargo, existe poca información de largo plazo para estos (14).

### **Aumento del volumen uretral**

Se han utilizado agentes suburetrales que disminuyen la luz uretral con el propósito de causar un aumento estático de la resistencia en la salida uretral. Originalmente, se aplicó colágeno bovino y después otro tipo de agentes, cada uno con ventajas y desventajas; sin embargo, ninguno se considera de primera línea. Las tasas de éxito varían de 60% a corto plazo hasta 50%

a 1 año, por lo que el tratamiento debe repetirse de uno a dos años (7).

Los agentes pueden ser sintéticos o biológicos, pero no se han encontrado diferencias significativas entre estos. El aumento de volumen uretral se reserva para las pacientes que no son ideales absolutos para ninguna intervención quirúrgica o en quienes han fallado otras modalidades quirúrgicas (7).

## **SEGUIMIENTO POST CIRUGÍA**

Los médicos o sus representantes designados deberán comunicarse con las pacientes dentro del periodo postoperatorio temprano para determinar si estuvieran teniendo algún problema significativo con la micción, dolor, o algún otro evento que no haya sido anticipado. Si las pacientes estuvieran experimentando alguno de estos desenlaces, deberán ser evaluadas y examinadas (15).

- Deberá preguntarse a las pacientes acerca de la presencia de incontinencia residual, facilidad para miccionar o fuerza del chorro urinario, infección reciente del tracto urinario, dolor, función sexual y aparición o empeoramiento de los síntomas de vejiga hiperactiva.
- Deberá realizarse un examen físico, incluyendo una evaluación de todos los lugares de incisiones quirúrgicas para evaluar la cicatrización, sensibilidad, extrusión de la malla (en el caso de los cabestrillos sintéticos) y cualquier otra anomalía potencial.
- Deberá obtenerse un residuo post-miccional (14).
- El control se realizará por consultorio externo al séptimo día postoperatorio, salvo otra indicación médica.
- Para las mujeres que se han sometido a una cirugía de cabestrillo de malla

mediouretral retropúbico, la cita de seguimiento debe incluir un examen vaginal para verificar exposición o extrusión del cabestrillo de malla. Se debe realizar un examen vaginal para evaluar si la malla es palpable o expuesta.

- Localizar el dolor y su relación anatómica con la malla, considere realizar un tacto rectal si está indicado, para evaluar la presencia de perforación de la malla o fistula.
- Considere realizar una evaluación neurológica para evaluar la distribución del dolor, y si presenta alteración sensorial o disminución de la fuerza muscular.
- Se debe ofrecer una cita de seguimiento dentro de los 3 meses y al año a todas las mujeres que hayan tenido procedimiento quirúrgico para tratar la IUE (4).

## CONCLUSIONES

La IU es una patología con un alto impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen. Es de suma importancia la educación a la población, ya que puede facilitar la identificación de la sintomatología, logrando una consulta temprana a los centros de salud, y así un diagnóstico y abordaje prematuro. La existencia de múltiples opciones de tratamiento, tanto medidas conservadoras como quirúrgicas, da la posibilidad de brindar un mejor manejo de la patología, logrando mejora en la calidad de vida de las personas que padecen esta patología.

Se considera que el tratamiento conservador no garantiza una calidad de vida y priva al paciente del consumo de líquidos para controlar la enfermedad, razón por la cual se debe considerar la técnica quirúrgica siempre y cuando el paciente sea candidato.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de un cribado oportunista, al menos una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas >40 años y en varones asintomáticos > 55 años. Entre los procedimientos quirúrgicos se encuentran cabestrillo mesouretral (sintético), cabestrillo autólogo con fascia pubovaginal, colposuspensión de Burch, agentes espesantes (*bulking*) y aumento del volumen ureteral. Sin embargo, también se pueden usar tratamientos conservadores para el manejo de esta patología.

## REFERENCIAS

1. Amador KA, Díaz SR, Montenegro CV. Incontinencia urinaria: diagnóstico, manejo y tratamiento. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos [Internet]. 2021 [citado el 10 de mayo de 2022];5(2):15–23. Disponible a partir de: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/232/370>
2. Vallejos G, Rojas R, Valdevenito J, Fasce G, Castro D, Naser M, et al. Artículos de Revisión Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. Conicyt.cl. Enero 2019 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n2/0717-7526-rchog-84-02-0158.pdf>
3. Llajaruna Zumaeta E, Urbina Quispe K. Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. RCCI. [Internet]. Diciembre, 2021 [citado el 10 de mayo de 2022];11(3):12-21. Disponible a partir de: <https://intercienciamedica.com/wp-content/uploads/2022/03/incontinencia-urinaria-clinica-internacional.pdf>
4. Ayala-Quispe BV, Guerrero-Reyes G, Gutiérrez-González A, Do Hernández-Velázquez R, Moysen-Marín M, Barragán-Ochoa C. Complicaciones intraoperatorias y posoperatorias de las cintas. Rev Mex de UR ISSN: 2007-4085. [Internet]. Mayo-junio, 2019 [citado el 10 de mayo de 2022];79(3):1-14. Disponible a partir de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmu/v79n3/2007-4085-rmu-79-03-e05.pdf>
5. Mayo Clinic. Incontinencia urinaria - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. MayoClinic.org. 2019 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: [e920](https://www.mayoclinic.org/es-</a></li></ol></div><div data-bbox=)

- [es/diseases-conditions/urinary-incontinence/symptoms-causes/syc-20352808](#)
6. Loaiza Quirós KV, Parada Peña K. Incontinencia urinaria. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2021 [citado el 10 de mayo de 2022];6(5):e667. Disponible a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms215b.pdf>
  7. Campillo-Cañete MN, González-Tamajón RM, Berlango-Jiménez J, Crespo-Montero R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. Enferm nefrol [Internet]. 2021 [citado el 10 de mayo de 2022];24(1):25–37. Doi: <http://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021003>
  8. Santis-Moya F, Viguera S, Miranda V. Caracterización clínica de las disfunciones de piso pélvico en mujeres chilenas sintomáticas que consultan en un hospital universitario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado el 10 de mayo de 2022];85(6):578–83. Disponible a partir de: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000600578&lang=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600578&lang=es)
  9. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. Br Med J [Internet]. 1972 [citado el 17 de mayo de 2022];3(5829):717–8. Disponible a partir de: <https://www.nature.com/articles/nrdp201742>
  10. Oficina para la Salud de la Mujer. Incontinencia urinaria. OASH [Internet]. Abril, 2018 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: [https://espanol.womenshealth.gov/img/hhswomen\\_shealth/ES\\_5904.pdf](https://espanol.womenshealth.gov/img/hhswomen_shealth/ES_5904.pdf)
  11. Clemens, JQ. Urinary incontinence in men. UpToDate. [Internet] 2022 [citado el 06 de abril de 2022]. Disponible a partir de: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men>
  12. Mayo Clinic. Cirugía para la incontinencia urinaria en mujeres. Mayo Clinic. 2021 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urinary-incontinence/in-depth/urinary-incontinence-surgery/art-20046858>
  13. CI I-WI. Incontinencia urinaria en mujeres: estudio y manejo inicial en APS. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina [Internet]. 2021 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: <https://medicina.uc.cl/publicacion/incontinencia-urinaria-en-mujeres-estudio-y-manejo-inicial-en-aps/>
  14. Kobashi, K, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: guía de la asociación urológica americana [Internet]. 2019 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0Hfm46KB0soJ:https://www.auanet.org/documents/education/clinical-guidance/translated-guidelines/TRATAMIENTO%2520QUIRURGICO%2520DE%2520LA%2520INCONTINENCIA%2520URINARIA%2520DE%2520ESFUERZO%2520FEMENINA.pdf+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cr>
  15. Marín MC. Comparación sobre la eficacia de la técnica de Sling versus la Colposuspensión de Burch en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas. PRO VERITATEM [Internet]. 14 de noviembre de 2018 [citado el 10 de mayo de 2022];4(4):52–70. Disponible a partir de: <https://revistas.uia.ac.cr/index.php/proveritatem/article/view/92/144>
  16. Urvaylioğlu AE, Kutlutürkan S, Kılıç D. Effect of Kegel exercises on the prevention of urinary and fecal incontinence in patients with prostate cancer undergoing radiotherapy. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2021 [citado el 10 de mayo de 2021];51(101913):101913. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101913>
  17. Mayo Clinic. Control de la vejiga: estrategias en el estilo de vida que alivian los problemas. Mayo Clinic [Internet] 2021 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urinary-incontinence/in-depth/bladder-control-problem/art-20046597>
  18. Lukacz ES. Female urinary incontinence: Treatment. UpToDate. [Internet] 2022 [citado el 12 de mayo de 2022]. Disponible a partir de: <https://www.uptodate.com/contents/female-urinary-incontinence-treatment>
  19. Suárez-Cadena FC, García JC, Torres KL. Cabestrillos uretrales en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Medicas UIS. Setiembre-diciembre 2018 [citado el 10 de mayo de 2022];31(3):37–45. Disponible a partir de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0121-03192018000300037](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0121-03192018000300037)