



**25** CONGRESO  
**SEFAP • JEREZ**  
25-27 Mayo 2022

## Reflexiones sobre el abordaje del signo, síntoma, enfermedad, condición,... o lo que sea la Incontinencia de orina

Dra. M<sup>a</sup> Angeles Hortelano García  
EAP Chafarinas. Barcelona

25 años SEFAP

~ De la calidad terapéutica a la calidad asistencial ~





Pérdida involuntaria de la orina que puede acompañarse de afectación en la calidad de vida.



De  
esfuerzo  
IUE

Pérdidas cuando la presión intrabdominal supera a la resistencia uretral

De urgencia  
IUU o vejiga  
hiperactiva

Contracción inesperada del detrusor que el paciente no puede reprimir

Mixta  
IUM

Coexisten síntomas, causas y síntomas de las IUE y la IUI

Por  
rebosamiento

Retención de orina que ha distendido al máximo la vejiga, y producido un aumento de la presión intravesical

Funcional/  
transitoria

Causas transitorias, aumento de ingesta de líquidos, dificultad para desplazarse, alcohol o cafeína,...

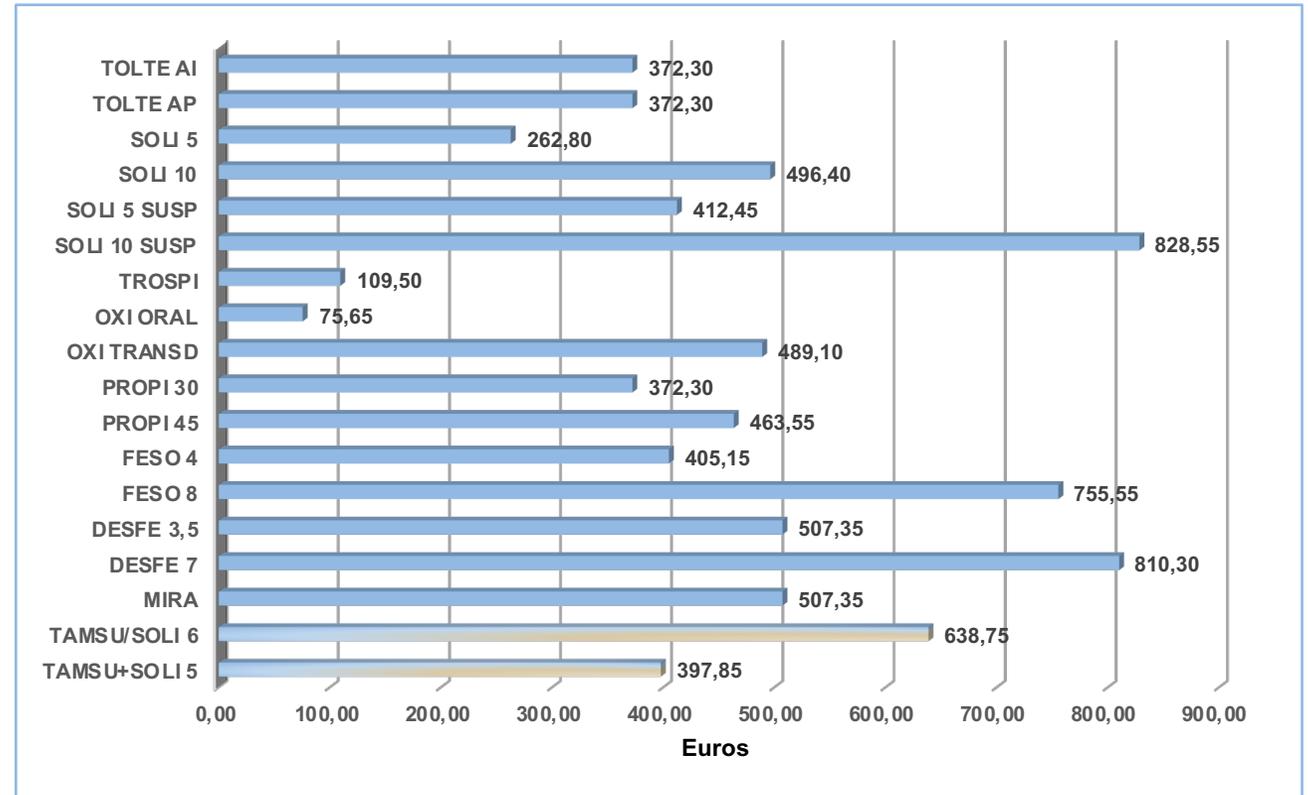


El 83,4% de los pacientes inician el tratamiento en monoterapia; 67,7% de éstos con anticolinérgicos y 32,3% con mirabegrón.

Un 45,2% de los hombres que inician tratamiento farmacológico con un fármaco relajante del detrusor tienen prescrito también fármacos indicados para el tratamiento de la HBP.

Un 4,5% de los pacientes ya recibían algún fármaco con actividad anticolinérgica (5,5% en mujeres vs. 3,2% en hombres).

Gasto en relajantes del detrusor → 20,9 M€ (aproximadamente un 1% del gasto en medicamentos en receta), de los cuales corresponden 12,3 M€ a anticolinérgicos y 6,1 M€ a mirabegrón el año 2019



**DESFE:** desfesoterodina; **FESO:** fesoterodina; **MIRA:** mirabegrón; **OXI:** oxibutinina; **PROPI:** propiverina; **SOLI:** solifenacina; **SUSP:** suspensió; **TAMSU:** tamsulosina; **TRANSD:** transdèrmica; **TAMSU:** tamsulosina; **TOLTE:** tolterodina

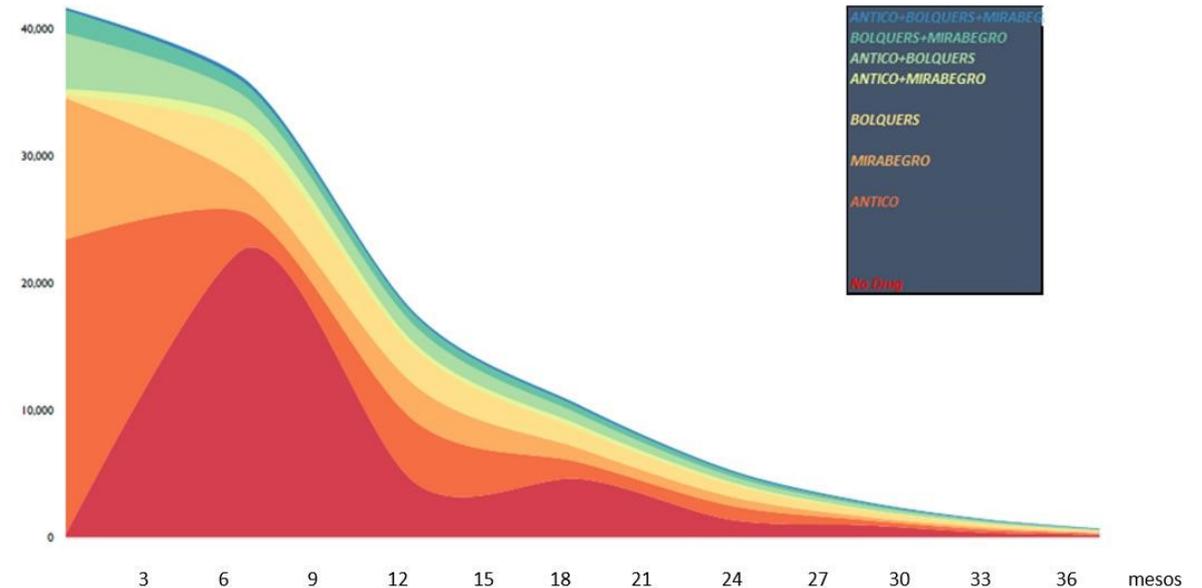
PVP + IVA – RDL 8/2010 en €, consultat al Catàleg de productes farmacèutics del CatSalut, agost 2020.



El 85,9% de los pacientes cambian de tratamiento al menos una vez.

La mediana de tiempo hasta el primer cambio es de 180,5 días y, además, se observa un aumento progresivo de abandonos del tratamiento farmacológico y un incremento de los pacientes a quienes se les prescriben absorbentes.

Con los datos disponibles se desconoce si los cambios, los abandonos del tratamiento y la falta de adherencia son debidos a una falta de eficacia o a posibles reacciones adversas.



Evolución de los tratamientos farmacológicos en la cohorte que inicia tratamiento entre los años 2015 y 2017





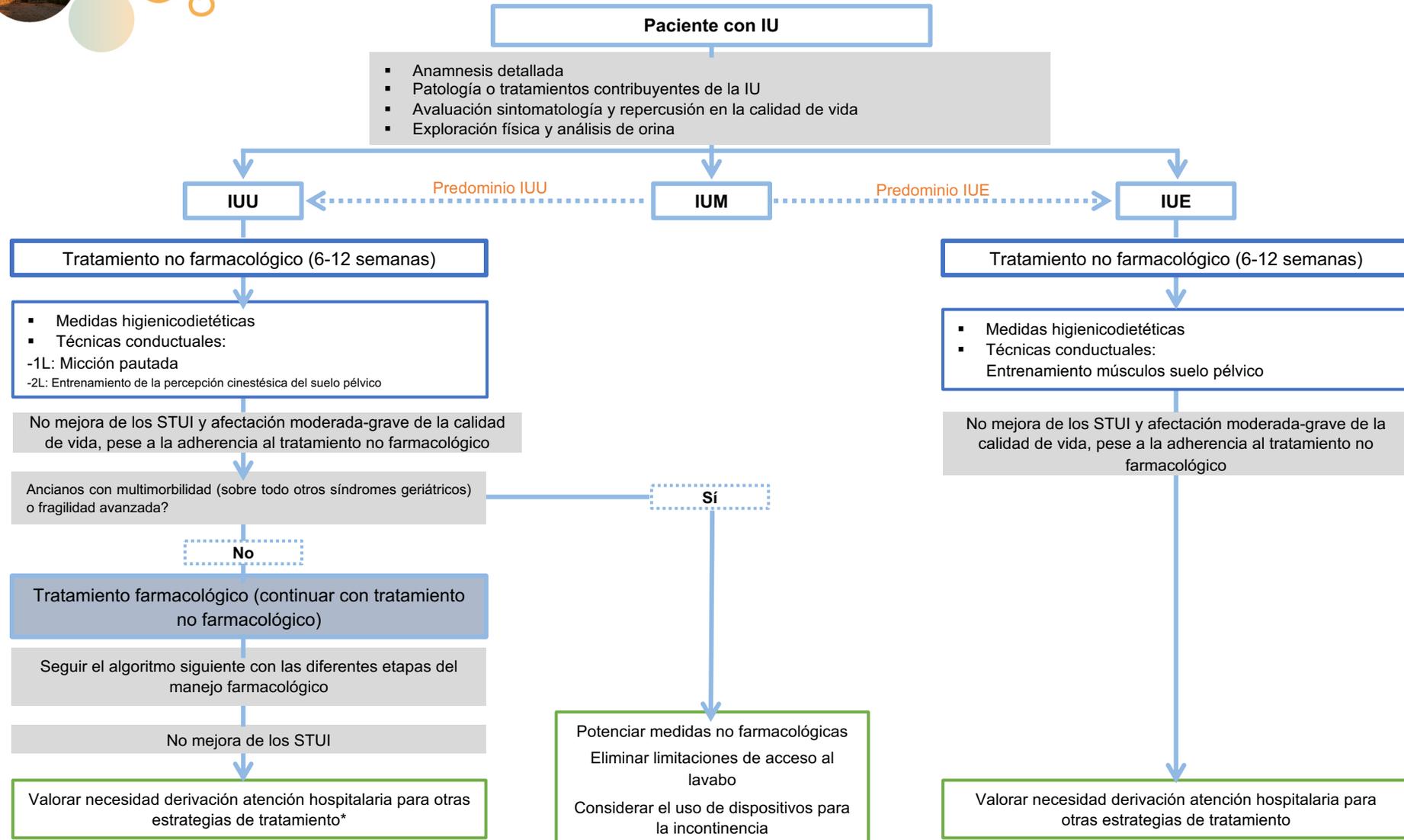
\*Médicos especialistas en farmacología clínica, ginecología, medicina familiar y comunitaria, medicina interna y urología. Farmacéuticos y farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria. Enfermeras y comadronas. Técnicos del Programa d'harmonització farmacoterapèutica (PHF) del CatSalut. Participación del Pla director sociosanitari (PDSS) del Departament de Salut.

**Evaluaciones previas del Programa de armonización farmacoterapéutica:**  
Fesoterodina y desfesoterodina, mirabegrón, propiverina y solifenacina/tamusulosina





# S/ Algoritmo de manejo general de la incontinencia urinaria



\*Incluye el tratamiento con toxina botulínica

IUU: Incontinencia urinaria de urgencia, IUM: Incontinencia urinaria mixta, IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Sintomas de llenado: incontinencia y urgencia urinaria, incremento de la frecuencia miccional, el incremento de la frecuencia miccional diurna y la nicturia.



## CUESTIONARIO ICIQ-SF

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

Nombre EAP: \_\_\_\_\_

CIP \_\_\_\_\_ Número de paciente \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: ...../...../.....

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

2. Usted es (señale cual): Mujer  Varón

3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque una)

Nunca 0

Una vez a la semana o menos 1

Dos o tres veces a la semana 2

Una vez al día 3

Varias veces al día 4

Continuamente 5

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

No se me escapa nada 0

Muy poca cantidad 2

Una cantidad moderada 4

Mucha cantidad 6



5. Estos escapes de orina que tiene ¿cuánto afectan su vida diaria?

Por favor marque un círculo, en la siguiente lista, un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada

Mucho

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

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

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

Muchas gracias por contestar estas preguntas



## Estrategias para problemas específicos

- **IU de esfuerzo o estrés:**
  - Enseñe ejercicios musculares del suelo pélvico (EMSP).
  - Proporcione asistencia para ir al baño y para el entrenamiento de la vejiga (EV), cuando sea necesario.
- **IU de urgencia y vejiga hiperactiva:**
  - Implementar el entrenamiento vesical (reentrenamiento).
  - Si el paciente está cognitivamente intacto y está motivado, brinde información sobre la inhibición de la urgencia.
  - Enseñe a los EMSP junto con el entrenamiento vesical.
- **UI de desbordamiento:**
  - Permita suficiente tiempo para vaciar.
  - Instruya a los pacientes sobre la micción doble (intentar vaciar la vejiga por segunda vez antes de salir del baño) y la maniobra de Credé (aplicar presión constante y sin fuerza desde el ombligo hacia la parte más baja del abdomen, pudiendo repetirse varias veces hasta desocupar la vejiga).
  - Si es necesario el cateterismo, se prefiere el tratamiento intermitente estéril sobre la cateterización permanente.
- **IU funcional:**
  - Proporcione servicios higiénicos individualizados y programados, o micciones programadas.
  - Proporcione una ingesta adecuada de líquidos.
  - Modificar el entorno para maximizar la independencia con la continencia.



## EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

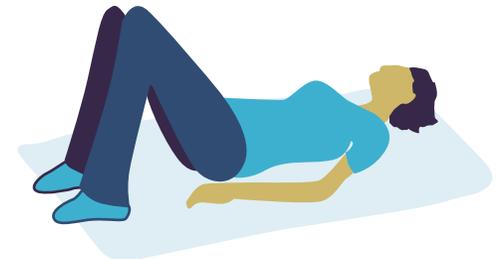
Consisten en contraer (cerrando la vagina y el ano como queriendo contener un gas) y relajar los músculos del suelo pélvico, en diferentes posturas y con diferente ritmo y pautas, evitando contraer al mismo tiempo los músculos glúteos, los abdominales y los aductores, manteniendo la respiración normal.

Los ejercicios se pueden y deben realizar en diferentes posturas, sentada/o, tumbada/o boca arriba, de pie, en **2-3 sesiones diarias** programadas e, incluso, algunos de ellos, durante el día al realizar algunas actividades cotidianas (paseando, en el ascensor, en el metro-autobús, viendo la televisión, cocinando...).

### EJERCICIOS DE KEGEL: CONTRACCIÓN/RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DEL SUELO PÉLVICO

1º Tumbada/o boca arriba, con los pies apoyados en el suelo y ligeramente separados, contraer los músculos del suelo pélvico durante 6 segundos y relajar, esperar 6 segundos de reposo y repetir el mismo ejercicio 10 veces.

2º En la misma posición anterior, contraer 2 segundos y relajar, esperar 6 segundos de reposo y repetir 10 veces el ejercicio.





**3º Sentada/o en una silla, con los pies apoyados en el suelo, rodillas ligeramente separadas, espalda levemente inclinada hacia adelante y brazos descansando sobre los muslos, contraer durante 6 segundos y relajar, esperar 6 segundos de reposo y repetir el mismo ejercicio 10 veces.**



**4º En la misma posición anterior, contraer los músculos 2 segundos y relajar, esperar 6 segundos de reposo y repetir 10 veces el ejercicio.**

**5º De pie, con las piernas un poco separadas, contraer durante 6 segundos y relajar, esperar 6 segundos de reposo y repetir el mismo**

**6º En la misma posición anterior, contraer 2 segundos y relajar, esperar 6 segundos de reposo y repetir 10 veces el ejercicio.**





## Diario miccional para el paciente XXXXXXXX (3 días- periodo de 24 horas)

Diario miccional (día 1,2 ó 3) Fecha:

Hora a la que se levanta:

Hora a la que se acuesta:

Hora	Volumen de micción (mL)	Grado de urgencia urinaria (0-4)	Pérdida de orina (urgencia o esfuerzo)	Cambio (ropa, pañal, compresa)	Bebida (mL)

Guía de atención a personas con incontinencia urinaria (Asociación Española de Urología; 2020). Autor: M. Á. Jiménez Cidre.

0: Sin urgencia

1: Urgencia leve (se puede retardar tanto como sea necesario sin miedo a perder orina)

2: Urgencia moderada (se puede retardar la micción un tiempo limitado sin miedo a perder orina)

3: Urgencia grave (no se puede retardar la micción y debe ir rápidamente al lavabo para no tener pérdidas de orina)

4: Incontinencia por urgencia: hay pérdida de orina antes de ir al lavabo

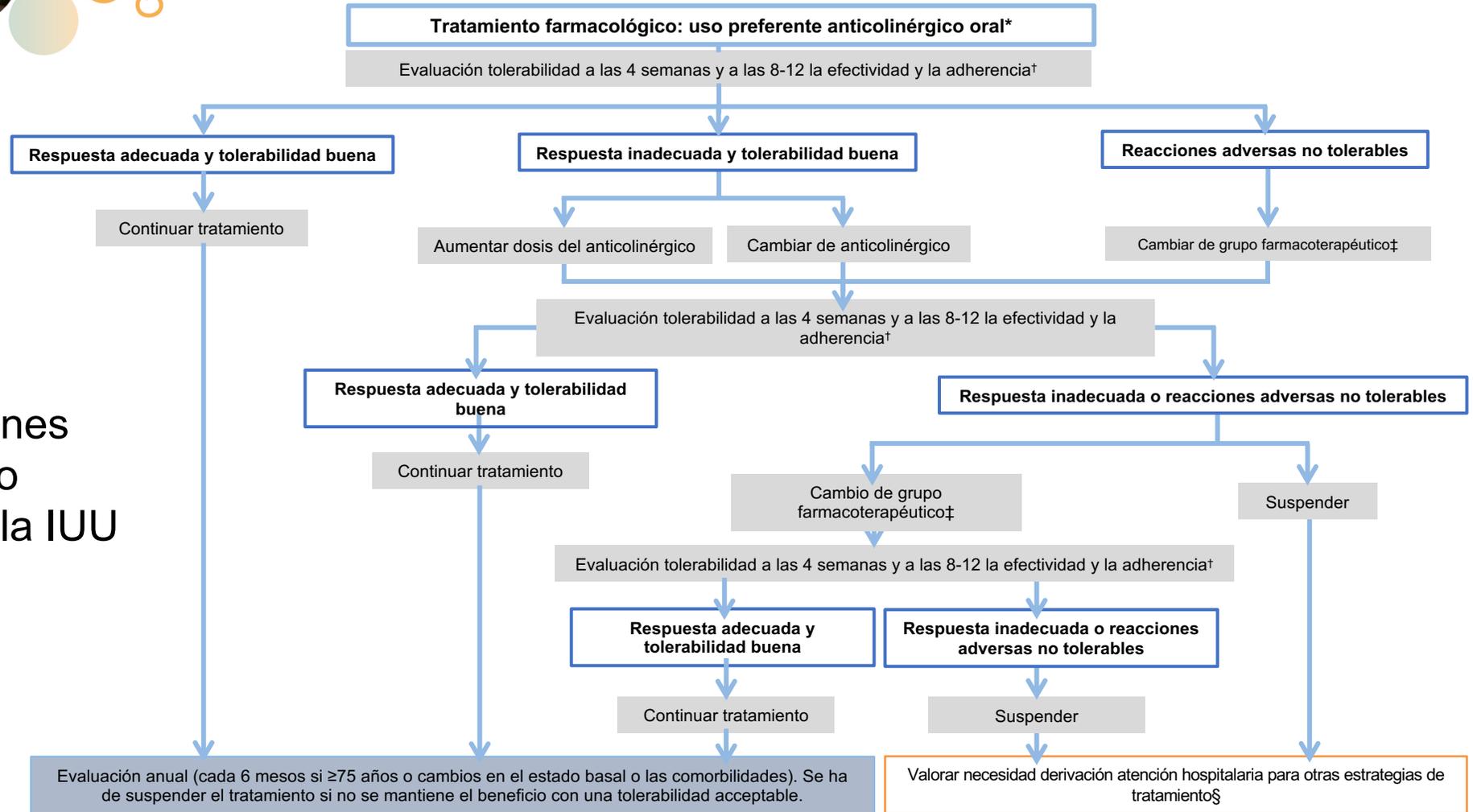


Diario miccional		Día 1	Día 2	Día 3	Media
Frecuencia miccional	Frecuencia miccional diurna (episodios/día)				
	Frecuencia miccional nocturna (episodios/día)				
	Frecuencia miccional / 24 horas (episodios/día)				
Volumen miccional	Volumen miccional máximo diurno (mL)				
	Volumen miccional máximo nocturno (mL)				
	Volumen miccional medio (mL)				
Urgencia y grado máximo	Urgencia (episodios/día)				
	Grado de urgencia (0-4)				
Incontinencia	IUU (episodios/día)				
	IUE (episodios/día)				
	Cambios (número/día)				
Diuresis	Ingesta 24 horas (mL)				
	Diuresis 24 horas (mL)				
	Diuresis nocturna (mL)				

**IUE:** incontinencia urinaria de esfuerzo; **IUU:** incontinencia urinaria de urgencia.



## S/ Recomendaciones para al tratamiento farmacológico de la IUU



\*Los tratamientos farmacológicos de uso preferente son la tolterodina y la solifenacina. Evitar la oxibutinina en ancianos. Antes de prescribir un anticolinérgico se ha de valorar la carga anticolinérgica <https://www.anticholinergicscscales.es> \*En pacientes en los cuales los anticolinérgicos no son adecuados (retención urinaria, síntomas obstructivos graves, glaucoma de ángulo cerrado no controlado, miastenia gravis, trastornos obstructivos o de la motilidad gastrointestinal graves, megacolon tóxico, colitis ulcerosa grave o estreñimiento pertinaz) se puede valorar mirabegrón.

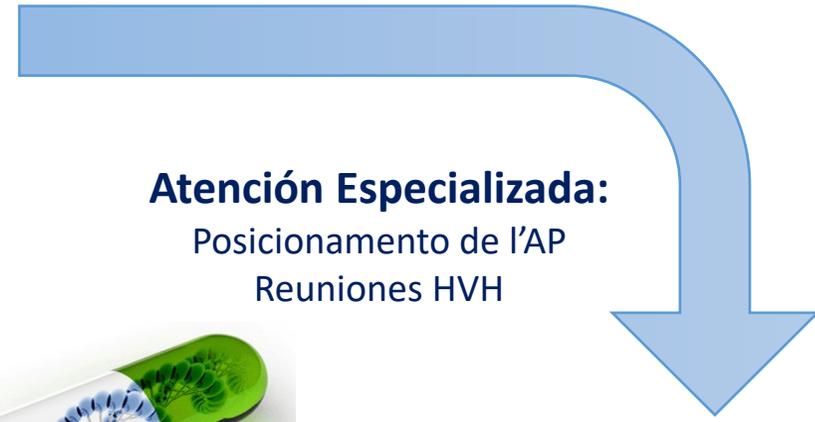
†Si la falta de adherencia es intencional por reacciones adversas no tolerables o por una eficacia baja, se debería reevaluar las expectativas del paciente y ajustarlas o discontinuar el tratamiento según el cas. Otros motivos de no adherencia, se han de valorar individualmente. ‡El único agonista β3 disponible es el mirabegrón.

§Incluye el tratamiento con toxina botulínica. ¶Respuesta adecuada: disminución ≥ 4 punts en el ICIQ-UI SF y mejora de los síntomas del tracto urinario que el paciente considere suficiente.

# ESTRATEGIA MATMA (Medicamentos con Alternativa Terapéutica Más Adecuada)



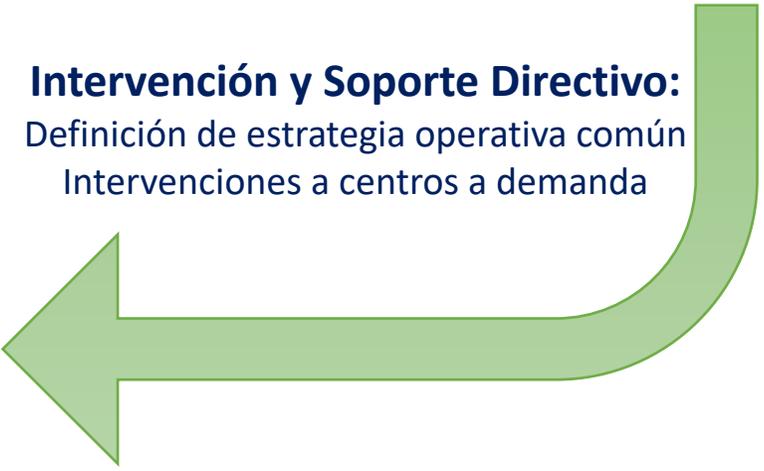
**Información a Profesionales:**  
Infografías informativas



**Atención Especializada:**  
Posicionamiento de l'AP  
Reuniones HVH



**Intervención Comunitària**  
Campanyes específiques locals  
Medios de comunicació o eines 2.0



**Intervención y Soporte Directivo:**  
Definición de estrategia operativa común  
Intervenciones a centros a demanda

## Mirabegró

### Promoció o solució?

- En cas d'incontinència urinària, les mesures higiènic-dietètiques són la primera línia de tractament.
- En incontinència urinària d'urgència, estan indicats els fàrmacs tot i que tenen una eficàcia limitada. Reavaluar periòdicament.
- Si cal tractament farmacològic, seguir les recomanacions del protocol d'incontinència urinària de l' AIS Nord.

Octubre de 2016

### EFICÀCIA

Síntomes basals dels pacients	Resultats assaigs amb mirabegró
<b>2/3</b> episodis d'incontinència al dia	Reducció en <b>0,40</b> episodis/dia
<b>11/12</b> miccions al dia	Reducció en <b>0,59</b> miccions/dia

L'eficàcia és modesta i clínicament irrellevant

### PRECAUCIONS

**HTA**

PAS ≥160 i/o PAD ≥110mm Hg

Contraindicat en pacients amb hipertensió arterial (HTA) greu no controlada

**PRESSIÓ ARTERIAL**

Cal controlar la PA a l'inici del tractament i suspendre'l si s'incrementa

**IR i IH**

No fer servir en IR i IH, atès que no es pot ajustar la dosi

### EFFECTES ADVERSOS

El mirabegró s'ha associat a:

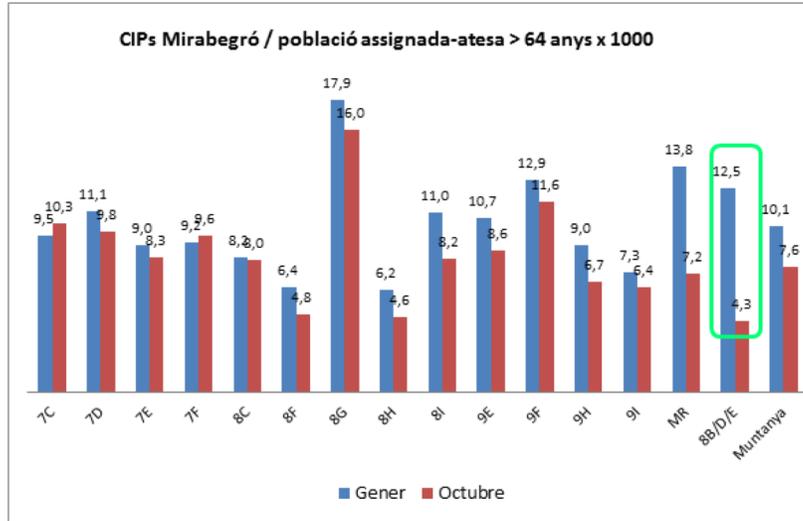
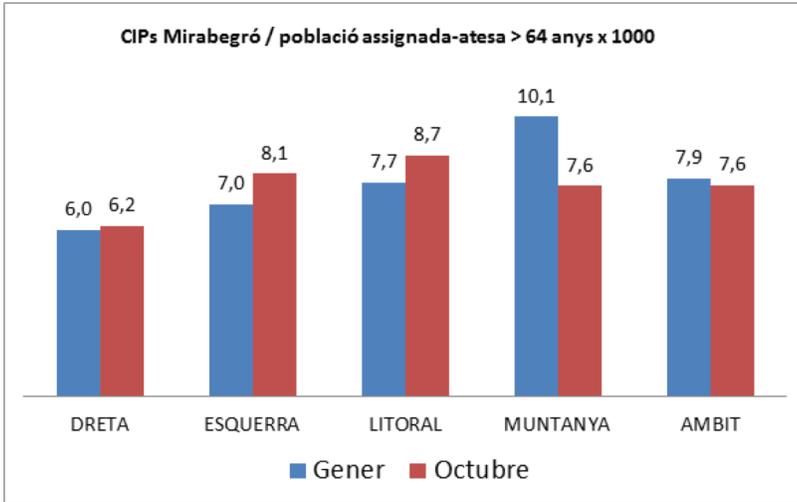
<ul style="list-style-type: none"> <li>Taquicàrdia</li> <li>Esdeveniments cardiovasculars</li> <li>Arítmia completa per fibril·lació auricular (ACxFA)</li> <li>Ictus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infeccions urinàries</li> <li>Infeccions vaginals</li> </ul>
--	---

### LLOC EN TERAPÈUTICA

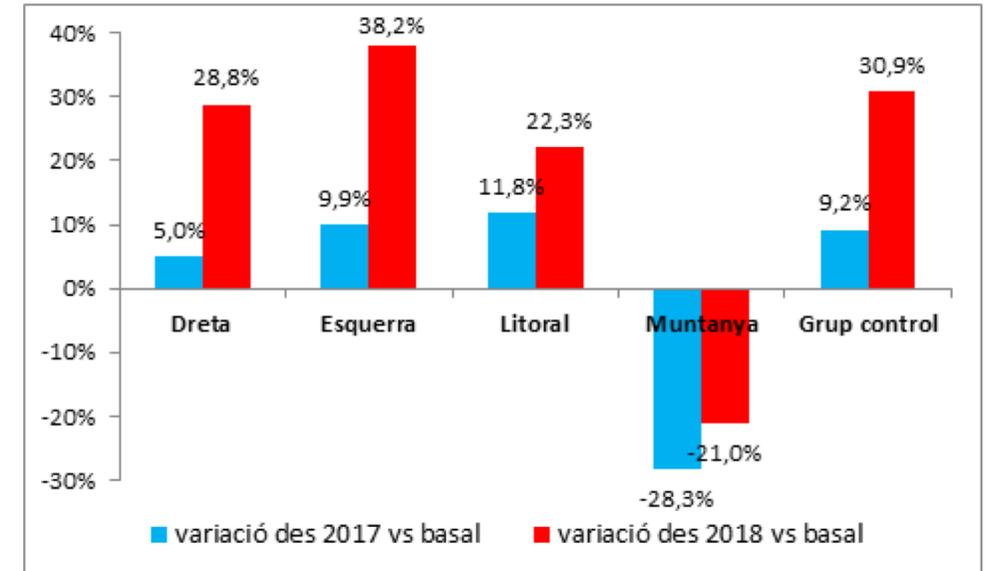
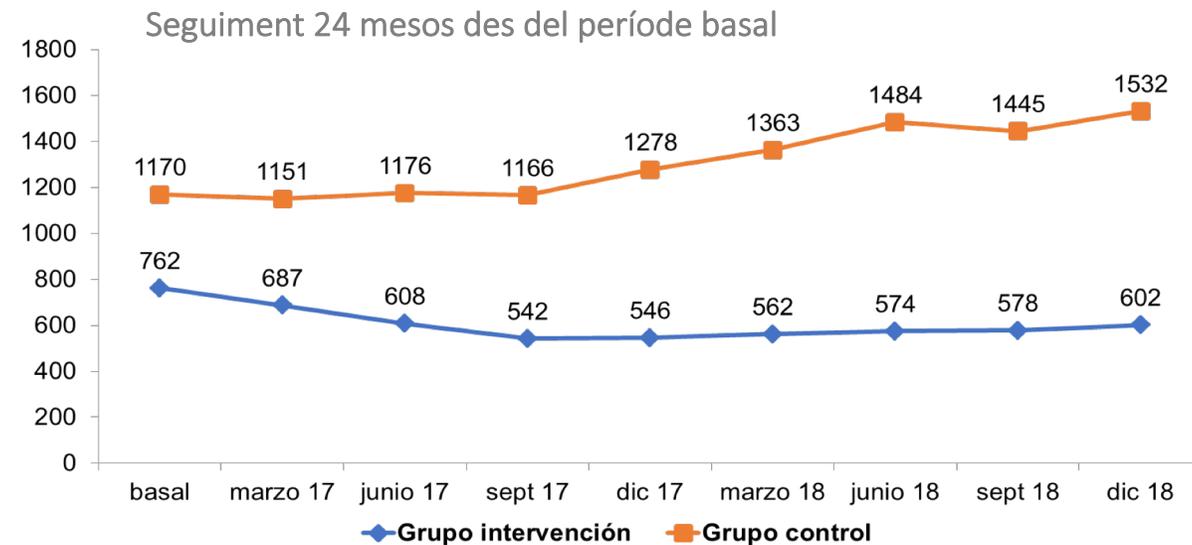
El mirabegró pot ser una alternativa quan:

<b>1</b> S'han provat dos anticolinèrgics i no són efectius	<b>2</b> Apareixen efectes adversos greus o intensos i de difícil control amb anticolinèrgics	<b>3</b> Els anticolinèrgics estan formalment contraindicats
--	--	---

**! "Aconsellem la revisió per la modesta eficàcia i els efectes adversos importants" !**



**Evaluar la efectividad de una intervención estructurada para optimizar y facilitar la revisión de los agonistas de los receptores B3 (mirabegrón)**





## Algunas consideraciones:

No se recomiendan los ejercicios abdominales hipopresivos como sustitución de un programa de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.

La guía de práctica clínica de la EAU indica que no hay una evidencia consistente de que el tratamiento farmacológico sea superior al tratamiento conservador.

Cuando se considera adecuado iniciar el tratamiento farmacológico, se recomienda utilizar un anticolinérgico por vía oral (preferentemente con tolterodina o solifenacina).

Se ha de evaluar la situación global del paciente, el beneficio obtenido con el tratamiento, el impacto de las reacciones adversas y sus preferencias, y considerar la discontinuación del tratamiento farmacológico si el paciente requiere la utilización habitual de dispositivos para la IU con el objetivo de disminuir los riesgos asociados a la polimedicación.

Se considera una respuesta adecuada la disminución de al menos cuatro puntos en el cuestionario ICIQ-UI SF, acompañada de una mejora de la sintomatología que el paciente considere suficiente.



Frente a una respuesta inadecuada a un fármaco anticolinérgico, y si no hay la opción de aumentar la dosis, se puede considerar cambiar de medicamento. Siempre que sea posible, se ha de considerar un segundo fármaco anticolinérgico antes de cambiar de grupo farmacoterapéutico.

No se recomienda el tratamiento combinado con un anticolinérgico y mirabegrón, ya que el beneficio respecto a la monoterapia es muy limitada y aumenta el riesgo de padecer reacciones adversas.

En pacientes en los cuales persisten los síntomas de llenado (al menos dos episodios de urgencia urinaria por día) en grado suficiente para afectar la calidad de vida pese al tratamiento con un bloqueante de adrenoreceptores  $\alpha_1$ , se puede considerar añadir al tratamiento un fármaco relajante del detrusor, pese a que la eficacia es limitada, y se recomienda añadirlo por separado para facilitar el manejo y la reevaluación periódica de la relación beneficio-riesgo de mantenerlo.



Persona capaz de llegar sola al lavabo y utilizarlo		Persona que no es capaz de llegar sola al lavabo y utilizarlo	Frecuencia y cantidad de las fugas					
Movilidad	Deterioro cognitivo	Soporte familiar	Incontinencia leve* (< 60 mL/día; absorbente cerrado, pero no amarat)		Incontinencia moderada** (60-1.500 mL/día; absorbente empapado)		Incontinencia grave*** (>1.500 mL/día; hay fugas y las sábanas pueden estar empapadas)	
Autónomo	No	-	Compresas (no financiado)		Anatómico / Anatómico elástico <sup>†</sup>		Anatómico / Anatómico elástico <sup>†</sup>	
			PD	Día: 2 unidades/día	P	Día: 3 unidades/día		
			PN	Noche: 1 unidad/día	P	Noche: 1 unidad/día		
Autónomo	Leve-moderado	Sí	Compresas (no financiado)		Anatómico / Anatómico elástico <sup>†</sup>		Anatómico / Anatómico elástico <sup>†</sup>	
			PD	Día: 2 unidades/día	P	Día: 3 unidades/día		
			PN	Noche: 1 unidad/día	P	Noche: 1 unidad/día		
Reducida	No	No	Anatómico / Anatómico elástico <sup>†</sup>		Anatómico / Anatómico elástico <sup>†</sup>		Anatómico / Anatómico elástico <sup>†</sup>	
			PDN	Día: 1-2 unidades/día	PD	Día: 3 unidades/día	P	Día: 3-4 unidades/día
					PN	Noche: 1 unidad/día	P	Noche: 1 unidad/día
Encamado	Grave	Sí	Anatómico elástico		Anatómico elástico		Anatómico elástico	
			PD	Día: 2 unidades/día	PD	Día: 3 unidades/día	P	Día: 4 unidades/día
			PN	Noche: 1 unidad/día	PN	Noche: 1 unidad/día	P	Noche/Súpernoche: 1 unidad/día

Adaptado de Recomanacions per a l'ús de bolquers en la incontinència urinària. Guies de Pràctica Clínica i material docent. Institut Català de la Salut (ICS). 2002.

PD: periodo diurno, PDN: periodo diurno y nocturno; PN: periodo nocturno.

\*Una o varias veces al mes; \*\*diario o varias veces a la semana; \*\*\*todas las micciones; †según las preferencias del paciente y/o el cuidador.



## Lo que debe evitarse

- No se ha de iniciar tratamiento para la IU sin evaluar previamente si existen causas subyacentes o fármacos que puedan explicar la sintomatología.
- No se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico si no se han instaurado las medidas no farmacológicas apropiadas y si no se ha comprobado la adherencia a éstas durante al menos 6-12 semanas.
- Se ha de evitar iniciar un tratamiento farmacológico si el paciente no tiene una afectación al menos moderada de la calidad de vida.
- No se ha de utilizar el tratamiento farmacológico para a la IUE o la IU asociada a la discapacidad.
- Dado el riesgo de yatrogenia, se ha de evitar el tratamiento farmacológico en personas mayores sin un diagnóstico situacional correcto y en aquellos con fragilidad avanzada o con multimorbilidad y necesidades de atención complejas, sobre todo si coexisten otros síndromes geriátricas.
- Se ha de evitar el tratamiento con fármacos relajantes del detrusor en hombres con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y residuo postmiccional elevado (>150-200 mL).
- Se ha de evitar utilizar fármacos anticolinérgicos en pacientes con carga anticolinérgica alta asociada al tratamiento o si cuando se añade el anticolinérgico urinario la carga pasa a ser alta.
- No se han de utilizar fármacos anticolinérgicos en pacientes con deterioro cognitivo ni en los tratados con inhibidores de la acetilcolinesterasa (actividad farmacológica antagónica que puede disminuir la eficacia del tratamiento para la demencia de Alzheimer).



- No se ha de utilizar la oxibutinina en ancianos.
  - No se ha de utilizar el mirabegrón en pacientes con hipertensión arterial no controlada.
  - No se ha de mantener el tratamiento farmacológico si no se obtiene un beneficio en la sintomatología relevante para el paciente.
  - No se ha de mantener un tratamiento anticolinérgico a largo termino en ancianos sin un seguimiento habitual del estado cognitivo (por ejemplo, cada 6 meses).
  - Se ha de evitar combinar de forma sistemática un anticolinérgico y el mirabegrón.
- 
- No se han de utilizar los absorbentes en sustitución del acompañamiento del paciente al lavabo en intervalos de tiempo periódicos, independientemente del ámbito asistencial o residencial en el cual se encuentre.
  - No se ha de utilizar una talla de absorbentes de orina más grande con la finalidad de obtener una mejor absorción, ya que, si no hay un buen ajuste, se favorecen los escapes.
  - No se han de utilizar absorbentes tipo “súpernoche” durante el periodo diurno para reducir el número de recambios diarios.
  - No se han de utilizar dos absorbentes a la vez, ya que aumenta el riesgo e escapes y de infección.
  - Se ha de evitar mantener el tratamiento farmacológico en pacientes en los cuales es necesario el uso habitual y frecuente de diversos absorbentes de orina al día.
  - No debe “apretarse” para orinar y no se ha de interrumpir el chorro de la orina una vez iniciada la micción.



## Información para pacientes y/o cuidadores

- Debe realizarse el diario miccional para cuantificar los síntomas urinarios ya que permite al sanitario valorar el tratamiento más adecuado y puede hacer el seguimiento de la efectividad de los tratamientos instaurados.
- Las medidas no farmacológicas son fundamentales en el tratamiento de la IU y se han de continuar aplicando aunque se empleen otros tratamientos.
- El efecto del tratamiento (no farmacológico y farmacológico) puede tardar hasta ocho-doce semanas en observarse, y si no se obtiene un beneficio relevante con el tratamiento, el sanitario puede considerar la retirada.
- Se ha de intentar ir al lavabo cada 2-3 horas ya que retener durante mucho tiempo la orina es contraproducente. Se pueden emplear recordatorios.
- Debe usted saber que el objetivo del tratamiento farmacológico es sintomático y no curativo, y que el beneficio esperado es limitado.
- El tratamiento farmacológico puede provocar reacciones adversas. Las más frecuentes son:
  - Anticolinérgicos: sequedad de boca i estreñimiento. También pueden aparecer visión borrosa, mareo, náuseas, dispepsia, confusión y desorientación.
  - Mirabegrón: infecciones del tracto urinario, taquicardia, náuseas, estreñimiento, diarrea, cefalea y mareo. Se ha de controlar periódicamente la presión arterial, sobre todo en pacientes hipertensos



- Lleve hábitos saludables. No fume e intente alcanzar su peso ideal.
- Hacer una correcta higiene íntima para evitar infecciones.
- Vestir con ropa cómoda y fácil de sacar y facilitar el acceso al lavabo.
- Beber suficiente líquido, ya que la orina concentrada actúa como irritante y tomar alimentos que faciliten el buen ritmo intestinal ya que el estreñimiento agrava la incontinencia.
- Evitar la cafeína, bebidas carbonatadas y el alcohol, especialmente si la incontinencia es de urgencia. Vigilar la ingesta de infusiones, sobre todo el poleo y la tila, ya que se han relacionado con un aumento de la IU.
- Para disminuir las visitas nocturnas al lavabo :
- Modere la ingesta de líquidos entre dos y cuatro horas antes de ir a dormir;  
Si toma una dosis de diuréticos, que sea por la mañana. Si se necesitan dos dosis, la última la tiene que tomar antes de las 6h de la tarde;  
Si tiene edemas en las piernas, ha de mantener las piernas en alto durante las últimas horas vespertinas para favorecer la diuresis natural.
- Si le han indicado ejercicios para potenciar la musculatura pélvica, sea constante en su realización.
- Solicite a su sanitario de referencia los enlaces de interés en Internet para pacientes y/o cuidadores

# Consejos para la incontinencia urinaria



25 años SEFAP

De la calidad terapéutica a la calidad asistencial

Reducir el consumo de tabaco.



Llevar una dieta equilibrada.



Realizar ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.



Utiliza prendas fáciles y cómodas.



Mantener una buena higiene e hidratación de la zona íntima.



No te aguantes las ganas de orinar.



Evita el estreñimiento.



Reducir el consumo de alcohol.



@boticonsejos

Evita el consumo de bebidas diuréticas.



Consumir más agua por la mañana que por la noche.



## Gracias por vuestra atención