



Humanización del manejo del paciente con **incontinencia urinaria**

Autora: Dra. Pilar Manterola

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Astillero. Cantabria. Coordinadora del GT de Bioética y Humanidades-Medicina Legal de SEMERGEN. Presidenta del Comité Organizador.

Título original

Humanización del manejo del paciente con incontinencia urinaria

© 2024. SEMERGEN

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o por cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa del propietario del copyright.



hello@akirahealthcare.net

www.akirahealthcare.net

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.



Humanización del manejo del paciente con incontinencia urinaria

Dra. Pilar Manterola

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Astillero. Cantabria. Coordinadora del GT de Bioética y Humanidades-Medicina Legal de SEMERGEN. Presidenta del Comité Organizador.

El Día Internacional de la Incontinencia Urinaria (IU) es el 14 de marzo. La IU no es una enfermedad letal, pero sí está infradiagnosticada y no suele tratarse debido a los tabúes que sobre ella existen, lo que contribuye a un deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen.

Comunicación, información y respeto son los tres pilares fundamentales para mejorar la situación actual con los pacientes que padecen IU.

Definición e importancia de la humanización en la atención sanitaria

«Veo humanos, pero no veo humanidad» (Antoine de Saint-Exupéry, *El Principito*).

La salud no es mera biología, como ya manifestó la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), sino vida de calidad. Partimos de un estadio inicial —lo humano— a un estadio final —lo humanizado— y entre ambos hay un tránsito vital decisivo denominado *humanizar*.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la au-

sencia de afecciones o enfermedades”, según la definición de la OMS. Conforme a la OMS, “la humanización en salud significa mucho más que ser cordial y agradable. Implica minimizar la tendencia de tratar al enfermo como si fuera un objeto, una simple enfermedad o unos síntomas concretos. Por encima de todo, el cuidado humanizado requiere considerar a los pacientes como personas”.

Según el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española (RAE), *humanizar* significa «hacer humano, familiar y afable a alguien o algo». En concreto, el concepto de “humanizar” incluye la relación con el otro, compartir una comunidad y el contacto empático, amable. El término

humanizar procede de la voz “humano”, del latín *humanus* (de finales del siglo XII), que, tras pasar por varios conceptos, en 1990 el *Diccionario de uso del español* de María Moliner recogió *humanizar*, que ha sustituido a *humanar*: (*hacerse* más humano, menos cruel o menos severo)¹.

La humanización es un problema ético de alta frecuencia, aunque, a veces, de baja intensidad. Hay que establecer una relación entre quien posee conocimientos médicos y quien sufre la enfermedad y se siente frágil y, con frecuencia, angustiado. Se pasa por el reconocimiento de la dignidad humana, del mundo personal e íntimo, el mundo de los sentimientos².

En el concepto *humanización* se integran la asistencia sanitaria con una adecuada información y formación a la ciudadanía, con el fin de capacitarla para participar en la toma efectiva de decisiones que afectan a la salud³.

Se puede y se debe dar valor a la humanización, que está relacionada con la calidad de vida. La asistencia sanitaria no es únicamente un conjunto de procedimientos y protocolos que hay que aplicar con la mejor evidencia científica; se ha de tener en cuenta a la persona y su entorno, con una visión holística que incluya la esfera biológica, psicológica, social y espiritual de cada paciente.

Humanizar es una cuestión de actitud: necesita partir del liderazgo de los profesionales para transformar la asistencia eficiente en una asistencia sanitaria basada en el valor, con la participación de los pacientes y la ciudadanía,

fomentando su alfabetización sanitaria para obtener mejores resultados en salud.

1. Aspectos destacables en la humanización⁴:
2. Atención centrada en la persona
3. Calidad de trato personal
4. Información adecuada y suficiente
5. Comunicación comprensible
6. Confianza y seguridad
7. Continuidad de la atención
8. Accesibilidad externa e interna
9. Confort de las instalaciones

Humanizar la relación asistencial consiste en utilizar la técnica para vencer las vicisitudes de la vida, con los valores y actitudes, genuinamente humanos, acordes con la dignidad humana, sin olvidar lo determinante que es la empatía en todo este proceso.

Barreras y desafíos en la humanización de la atención a pacientes con incontinencia urinaria

«¿Para qué debo escuchar a mi corazón? Porque no conseguirás jamás mantenerlo callado. Y aunque finjas no escuchar lo que te dice, estará dentro de tu pecho repitiendo siempre lo que piensa sobre la vida y el mundo» (Paulo Coelho, *El Alquimista*).

La IU presenta una elevada prevalencia oculta, porque los pacientes no lo cuentan a sus médicos y porque estos no preguntan sobre el tema.



Vamos a describir⁵ las principales barreras percibidas:

1. Búsqueda de ayuda médica:
 - No causan dificultad en su día a día.
 - Falta información/formación sobre las pérdidas de orina y sus causas.
 - Sienten vergüenza para preguntar al ginecólogo o especialista.
 - El facultativo no les pregunta sobre el tema.
 - Las mujeres mayores refieren que, por su edad, se han visto ignoradas, relegadas o abandonadas en la consulta del ginecólogo.
2. Autocuidado:
 - No se cuidan lo suficiente.
 - Priorizan los cuidados a terceros y el trabajo.
 - Falta de tiempo para ellas.
3. Realización de ejercicios del suelo pélvico:
 - No los realizan por falta de tiempo y cansancio.
 - Pereza y falta de voluntad o constancia.
 - Coste económico elevado en los centros privados de rehabilitación.

De estas barreras podemos considerar varios aspectos:

1. La baja percepción de su problema de salud es un comportamiento que actúa como barrera, ya que impide buscar ayuda para solucionarlo.

2. El no tener conocimientos sobre la IU (alfabetización en salud) tiene consecuencias clínicas en su salud y en la toma de decisiones en sus cuidados.
3. La fragilidad y timidez, unidas al sentimiento de vergüenza de algunos pacientes, son otra barrera para poder consultar sobre el problema de salud.
4. El poco interés de los profesionales médicos por la IU cuando sus pacientes consultan otros problemas de salud.
5. La actitud de algunos médicos hacia las mujeres mayores por no mostrar interés en su atención genera en ellas una sensación de abandono por parte de los primeros.
6. La falta de escucha es otra causa de insatisfacción sanitaria.
7. La falta de confianza en el profesional sanitario contribuye a no realizar los tratamientos prescritos.
8. La dejación de los cuidados por falta de tiempo y por cansancio, aunque sea por decisión propia, constituye otra piedra más en el camino.
9. La pereza y la falta de voluntad y constancia para realizar un tratamiento también constituyen una barrera.
10. El coste económico elevado de los centros privados de rehabilitación del suelo pélvico supone un freno en estos pacientes.

Es necesario instaurar directrices en la atención primaria (AP) de salud dirigidas a la medi-

cina de familia, ginecología, obstetricia, enfermería, etc. para incluir en la anamnesis de los pacientes la valoración de pérdidas de orina, así como la creación de grupos de soporte y apoyo que ayuden a empoderar y motivar a estos pacientes a cambiar los cuidados de su salud.

Factores que obstaculizan la humanización

«El miedo es algo innato en todos nosotros. Pero lo que hacemos con ese miedo es lo que nos define» (Stephen King).

Humanizar tiene que ver con un proceso del individuo y de la colectividad, mediante la relación interpersonal. En este proceso global no se puede olvidar el ámbito de las instituciones, donde profesionales y destinatarios van a realizar su actividad.

De ello depende hacer que una persona se sienta digna o indigna⁶. No es lo mismo poder entrar por uno mismo, que tener que pedir ayuda; entrar en un centro con luz, limpio y recogido, con pasillos amplios y buen olor, que entrar en un centro sucio, cerrado y desordenado; la sensación de maltrato y desprecio por parte del sistema aflora al ver que este no se preocupa por el bienestar de sus usuarios.

Vamos a realizar un breve resumen de los factores de deshumanización:

- La injusticia en la diferencia del poder de acceso a la sanidad en los diferentes países del mundo.
- Los sistemas de poder autoritarios.
- La incultura y el desarrollo tecnológico: la universalización de los servicios de salud y su tecnificación hacen que estos se terminen organizando como una empresa, buscando el remedio solo a través de la ciencia instrumental.
- La despersonalización: se hace del enfermo una máquina corporal averiada, y del profesional de la salud, un mecánico, lo que favorece la progresiva separación de esta relación.
- La burocratización de los sistemas sanitarios hace que se desarrolle en estos un trabajo "en cadena", donde el usuario es un objeto más en este ensamblaje.
- La corrupción: en el sentido de que algunos sectores pueden utilizar ciertos servicios para sus propios fines.
- El dolor y el sufrimiento; la presencia de dolor evitable en el mundo es otro punto destacable, ya que gran parte de la humanidad no posee un acceso fácil a las medidas de control del mismo.
- La falta de formación en el desarrollo de habilidades técnicas por parte de los profesionales es un pilar importante que hay que destacar; una formación humana, con competencias interpersonales adquiridas (habilidades sociales, de comunicación, de acercamiento a los demás), permitiría interactuar con otras personas de manera efectiva. Son



lo que denominamos “competencias interpersonales”.

- Cuidar es una tarea humana, y a través de ella se manifiestan diferentes realidades, como son la existencia, la libertad, la intimidad y la autenticidad. En esta secuencia de los cuidados, se generan conflictos por la deshumanización, y, para saber manejarlos, es importante disponer de una buena formación específica, así como poner en valor la escucha.

Estigma social y emocional asociado

«Cada día, cuando te despiertes, piensa: “hoy me siento afortunado de estar vivo, tengo una preciosa vida humana, no voy a desperdiciarla”» (Dalai Lama).

La IU tiene muchos falsos mitos alrededor de su historia⁷; uno de ellos es pensar que es una patología que afecta exclusivamente a las mujeres. Tiene una prevalencia media del 24 % en mujeres y del 7 % en hombres.

La incontinencia limita la autonomía y reduce la autoestima; solo un 28,4 % de las personas que la padecen consultan con los especialistas y solo el 16,7 % recibe tratamiento.

Como ya hemos señalado anteriormente, se debe a una falta de información, porque la in-

continencia urinaria es un problema médico con solución.

Es necesario acabar con el estigma social que rodea a esta enfermedad y permitir al especialista ayudar a cada paciente con el tratamiento más adecuado.

Se ven afectadas la autoestima y todas las esferas de la vida de la persona que padece la IU, incluido su ambiente laboral y relacional íntimo. Tiene un gran impacto emocional porque supone un cambio en los hábitos de vida de la persona afectada: algo tan cotidiano como ir al cine o hacer un viaje supone un hándicap para estos enfermos. También se ven afectadas las relaciones sexuales, bien por evitación o miedo, ya que pueden sufrir pérdidas en esos momentos tan íntimos.

A continuación, se enumeran de forma somera los aspectos psicológicos y emocionales de la IU⁸:

1. Negación: quitar importancia, disimular o esconder, no querer hablar del tema
En resumen, la persona no acepta su problema. Se debe conversar con ella en un ambiente amigable y seguro; decirle que no le pasa nada malo y explicar que hay alternativas para seguir con su vida de forma más cómoda.
2. Ira: frustración (dirigida hacia sí mismo o hacia los demás); más frecuente en pacientes con un deterioro cognitivo o demencia leve-moderada. Se debe acompañar a los pacientes con tranquilidad.
3. Tristeza: culpa, vergüenza, pérdida de autoestima y de confianza en uno mis-

mo; sentimiento de pérdida de la propia dignidad. La paciencia y una buena actitud es lo más importante a la hora de tratar a estos pacientes.

4. Miedo: es una situación nueva que no sabemos cómo controlar y aparece el miedo como instinto primitivo. El miedo a desprender olor o a perder orina en cualquier momento da paso a sentimientos de inseguridad y ansiedad, lo que lleva a conductas de evitación y aislamiento. Asimismo, puede dejar de hacer las actividades que realizaba y limitar sus relaciones sociales al obligarse a limitar las salidas de su domicilio.
5. Ansiedad y depresión: hay relación entre esta patología y factores mentales; la baja autoestima, la impotencia, la inseguridad, la vergüenza y la frustración llevan al desarrollo de comportamientos inadecuados. Se aconseja buscar ayuda profesional.

No debemos olvidar que la crisis desatada por la COVID-19 también afectó a las personas con IU, siendo la más perjudicada la población frágil o de mayor edad, a quienes mediante consulta telemática se les prestó apoyo emocional y consejos en medidas higiénico-dietéticas.

A continuación, se valora la perspectiva de género⁹ en la afectación emocional de la IU en dos puntos:

1. Autopercepción de la calidad de vida: en ambos sexos la afectación es elevada, las mujeres se preocupan más por evitar que su entorno conozca su situa-

ción y los hombres más por su masculinidad y pérdida de rol.

2. Afectación emocional: aquí varían los sentimientos negativos de vergüenza, tristeza, miedo, preocupación, ira o rabia, frustración, sentimientos de vejez y ansiedad. En ambos sexos, el sentimiento que más se produce es la vergüenza; la tristeza aparece en ambos, pero es algo más elevada en la mujer, donde puede derivar a trastornos depresivos. La ansiedad es exclusiva de las mujeres y la rabia o ira es más frecuente en los hombres.

Es necesario destacar la importancia de la atención primaria a la hora de valorar el estado emocional y afectivo de nuestros pacientes. Hay señales a las que debemos prestar atención:

1. Cambios de ánimo como irritabilidad, frustración, inestabilidad emocional y tristeza excesiva.
2. No querer salir o socializar, cambios en la alimentación, cambios en la higiene, etc.
3. No querer hacer nada, pasar horas en la cama o en el sofá.

Como podemos apreciar, el impacto psicológico de la IU es inevitable, pero se puede mitigar si se busca información y se pide ayuda a los profesionales, si se fomenta la comunicación en el núcleo familiar y si se procura mantener un ambiente de respeto, considerando las identidades culturales y religiosas de cada persona.



Estrategias para la humanización en la atención a pacientes con IU

«El hombre no es solo el producto de sus circunstancias; también es el producto de sus decisiones» (Viktor Frankl).

Planes de humanización

No hay un plan específico para los pacientes con IU, pero sí hay varias comunidades, como Madrid, Islas Baleares, Andalucía, Aragón, Asturias, etc., que poseen planes de humanización de la asistencia sanitaria; de hecho, Madrid está inmersa en su segundo plan 2022-2025.¹⁰

La base es común en todos ellos, con diferencias, pero con coincidencias elementales:

- Atención centrada en la persona: acoger, escuchar, atender y facilitar. Dar una atención personalizada, potenciar la alfabetización en la salud y la autonomía efectiva del paciente, considerar a la ciudadanía y a los pacientes como partícipes en la organización sanitaria e implantación de recursos telemáticos y telemedicina para su aplicación en la humanización.
- Considerar las infraestructuras, los entornos y los espacios: accesibilidad física, cognitiva y comunicativa, información y señalización en los centros, adaptar los espacios a las necesidades de las personas.
- Profesionales como agentes de humanización: sensibilizar y formar a los profesio-

sionales en humanización, reconocer su labor, promover su cuidado y desarrollar equipos saludables de trabajo.

- Liderazgo y organización humanizada: fomentar una cultura de la humanización y promover la comunicación, potenciando una organización humanizada.

Todo lo anterior es extrapolable a nuestros pacientes con IU, a generar un plan de humanización adaptado a ellos.

Marco legal de los planes de humanización en España¹¹

- La Constitución española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad universaliza el derecho a la protección de la salud.
- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Los respectivos códigos deontológicos.

Cabe destacar las principales leyes (hay muchas más) teniendo en cuenta también los de-

cretos y leyes de ámbito autonómico. Todo ello constituye el marco legal base de los planes de humanización.

El papel de las sociedades científicas como apoyo a los pacientes con IU

Según la OMS, la IU se considera una enfermedad, por la repercusión que tiene sobre la calidad de vida de las personas, su frecuencia y su afectación psicosocial ¹².

Representa al menos el 2 % de todo el presupuesto sanitario.

A nivel mundial, la organización más relevante especializada en IU es la International Continence Society (ICS), que en 2002 define la IU como «cualquier pérdida involuntaria de orina».

Por otro lado, el Instituto Urológico de Bristol ha tratado de poner en práctica técnicas basadas en la buena comunicación entre especialistas, médicos y pacientes que han demostrado ser muy eficaces.

Asimismo, la Asociación Española de Urología elaboró en 2019 el Decálogo de la incontinencia urinaria en colaboración con tres sociedades más y, en 2018, con 11 sociedades implicadas. El documento se tituló Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Más tarde, en 2012, se publicó la primera guía práctica, Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria, con la participación de cuatro sociedades científicas,

cuyo fin era sensibilizar al personal médico de AP y ayudarle en el proceso de diagnóstico y derivación de estos pacientes.

Las sociedades actúan como punto de unión entre los diferentes sectores sociales implicados en la IU, colaboran con las autoridades sanitarias y la Administración, trabajan conjuntamente para eliminar las barreras existentes, incentivan campañas sobre la concienciación de la IU y promueven campañas educativas y de información sobre la IU. En definitiva, trabajan para ofrecer un enfoque multidisciplinar, integral y coordinado a las personas con IU.

Buenas prácticas y recomendaciones

«La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas» (Sigmund Freud).

Medidas higiénico-dietéticas¹³

Entre otras, destacan distribuir la ingesta de líquidos adecuadamente, evitar bebidas que aumenten la formación de orina, tomar alimentos con fibra para evitar el estreñimiento, perder peso, dejar de fumar, ir al baño con una frecuencia programada, llevar un diario, no aguantar las ganas de ir al baño, no realizar sobreesfuerzos físicos y ser constante en



la realización de los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico. Además, no debe olvidarse la prevención de infecciones del tracto urinario, la maceración en zonas de riesgo y las caídas.

Medidas emocionales

La importancia de la comunicación médico-paciente

La relación médico-paciente¹⁴ ha cambiado en los últimos años, pasando de una actitud paternalista por parte del médico a un empoderamiento de la persona tratada, gracias a la accesibilidad de la información médica existente. El tema de la IU es de difícil manejo por el sentimiento de vergüenza que genera en las personas que la padecen y la relación de confianza es fundamental para generar un ambiente cómodo donde cada paciente se sienta en un ambiente seguro para preguntar lo que le preocupa.

Una buena comunicación médico-paciente ayuda a generar confianza, complicidad, respeto y seguridad, lo que facilita la orientación diagnóstica, la mejoría terapéutica y una mayor adherencia al tratamiento. Debe ser un diálogo, una conversación bidireccional sustentada en la confianza.

La comunicación, la escucha y la palabra deben entenderse como armas terapéuticas. La clave de una buena comunicación es adaptar el mensaje a las capacidades de cada persona.

Hablamos de una “medicina basada en la afectividad” cuando nos referimos a aquella en la que el médico pone en práctica sus habilidades en el campo de la comunicación: escuchar, ser asertivo, saber manejar la incertidumbre, usar un lenguaje accesible, etc.

La forma en la que el profesional transmite la información a su paciente puede influir positiva o negativamente en el proceso de concienciación y aceptación de una enfermedad.

En este punto toma importancia la “humanización del sistema sanitario”, donde toman relevancia el escuchar y entender a los pacientes y el comprenderlos y consolarlos, y nos han de recordar que, en la base de toda comunicación, está una buena escucha activa.

También hay que destacar el hecho de combinar el lenguaje verbal con el no verbal de forma apropiada; interpretar gestos, posturas o miradas para valorar los estados de ánimo o sentimientos de cada paciente es de suma importancia en esta relación, ya que el lenguaje no verbal supone el 65 % de una comunicación cara a cara, frente al 35 % del lenguaje verbal.

La comunicación de la familia/cuidadores con la persona afectada

No debemos culpabilizar a la persona afectada¹⁵. Se recomienda afrontar la situación y hablar con sinceridad y transparencia del tema, aumentar la autoestima y felicitarle por sus logros, y procurar que manifieste sus sentimientos, percepciones y miedos.

Debemos favorecer su autonomía para que realice actividades a su ritmo. Asimismo, debemos promover su autoimagen y autoestima: fomentar relaciones sociales mediante salidas y paseos que los motiven.

Es importante estar atento a cambios del comportamiento; dado que la depresión empeora la IU, debemos pedir ayuda especializada si se mantiene en el tiempo.

Bibliografía

1. García Férrez J, Alarcos FJ. *10 Palabras clave en Humanizar la salud. Estella (Navarra):* Verbo Divino; 2002.
2. Bermejo JC. *Qué es humanizar la salud: Por una asistencia sanitaria más humana.* 2.ª ed. Madrid: San Pablo; 2003.
3. Cornago Sánchez A. *Comprender al enfermo: Para una relación humana en el mundo de la salud.* Maliaño (Cantabria): Sal Terrae; 2014.
4. Gutiérrez Fernández R. *La humanización de (en) la Atención Primaria.* *Rev Clín Med Fam [Internet]. 2 de enero de 2017 [citado 27 de abril de 2024];10(1):29-38.*
5. Lamoglia Puig M, Juvinyà Canal D, Godall Castell M, Pérez I, Rifà Ros R, Rodríguez Monforte M, et al. *Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria.* *Enfuro.* 2015 [citado 27 de abril de 2024];(128): 16-21.
6. Bermejo JC, Villacieros Durban M. *Humanización y acción.* *Rev Iberoam Bioét [Internet].* 2018 [citado 27 de abril de 2024];(8):01-16. doi: 10.14422/rib.i08.42018.005.
7. *Los expertos coinciden en que hay que acabar con el estigma de la incontinencia urinaria difundiendo información veraz entre la población.* *Pharma Market [Internet].* 14 de marzo 2022 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.phmk.es/i-d/los-expertos-coinciden-en-que-hay-que-acabar-con-el-estigma-de-la-incontinencia-urinaria-difundiendo-informacion-veraz-entre-la-poblacion>.
8. *Aspectos psicológicos y emocionales de la incontinencia.* TENA [Internet]. 22 de diciembre de 2020 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.tena.com.mx/incontinencia/noticias/aspectos-psicologicos-de-la-incontinencia>.
9. Casas M. *Aspectos psicológicos y emocionales de la incontinencia urinaria.* La Nueva Serenidad [Internet]. 12 de junio de 2023 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://lanuevasere>

nidad.com/blog/aspectos-psicológicos-emocionales-incontinencia-urinaria/.

10. *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 [Internet]*. Madrid: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente; 2022.
11. Bermejo JC. *Humanizar la asistencia sanitaria*. Desclée de Brouwer; 2014. p. 108-9.
12. Guzmán C. El papel de las Sociedades Científicas como apoyo a los pacientes con incontinencia urinaria. La Nueva Serenidad [Internet]. [Citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://lanuevaserenidad.com/page/9/?term=junior>.
13. *CinfaSalud* [Internet]. [Citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/>.
14. Guzmán C. *La importancia de la comunicación médico-paciente en la incontinencia urinaria*. La Nueva Serenidad [Internet]. [Citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://lanuevaserenidad.com/blog/noticias-ontex/la-importancia-de-la-comunicacion-medico-paciente-en-la-incontinencia-urinaria>.
15. Guzmán C. *Recomendaciones para el cuidado de una persona con incontinencia urinaria*. La Nueva Serenidad [Internet]. 22 de noviembre de 2022 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://lanuevaserenidad.com/sin-categoria/lanuevaserenidad-com-cuidado-incontinencia/>.



Humanización del manejo del paciente con incontinencia urinaria

