
		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN UROLOGIA
PROTOCOLO: INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES**

Elaborado por:	Visado por:	Aprobado por:
Equipo Urólogos/ Matronas SSAS Equipo de Gestión Clínica de SSAS.	Subdirector Médico Dr Alban Cortes Lopez	Director de Servicio D Maria Cecilia Diaz Obando
Fecha: Junio 2018.	Fecha: Junio 2018.	Fecha: Junio 2018.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021


**Fecha de Elaboración y revisión.
Elaborado: Junio 2018.**

Participantes de la elaboración del Documento:

- . -Equipo de Urología SSAS: Dr Juan Francisco Araneda Minder
- . - Matrona: Andrea Bombin Brevis
- . - Medico APS-Pitrufquen: Dr Humberto Berrios Becerra
- . -Equipo de Gestión Clínica SSAS: Mg Claudia Navarro y Dr Jose Luis Calleja Rivero

Declaración de Conflicto de Interés


“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Índice

Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	6
Desarrollo	6
Flujograma.	13
Metodología de Evaluación.	15
Planes de Difusión.	17
Bibliografía	17

Introducción:


		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

La patología urológica es una causa de consulta en el nivel primario de atención. El personal de salud (médicos, enfermería, matronas) del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología urológica, específicamente la Incontinencia urinaria a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la Red, las de causas Incontinencia urinaria en general constituyen el 2 % del total de toda la lista de espera y el 4% de la especialidad de Urología en el Servicio de Salud Araucanía Sur. La mayoría de las patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.

Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que no sustituye a las guías clínicas y pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de **Incontinencia urinaria en las mujeres** en la Red del SSAS.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (meta análisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: "**Urinary Incontinence**" AND "**Primary Health Care**", "**Women**", sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: "A Favor" de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

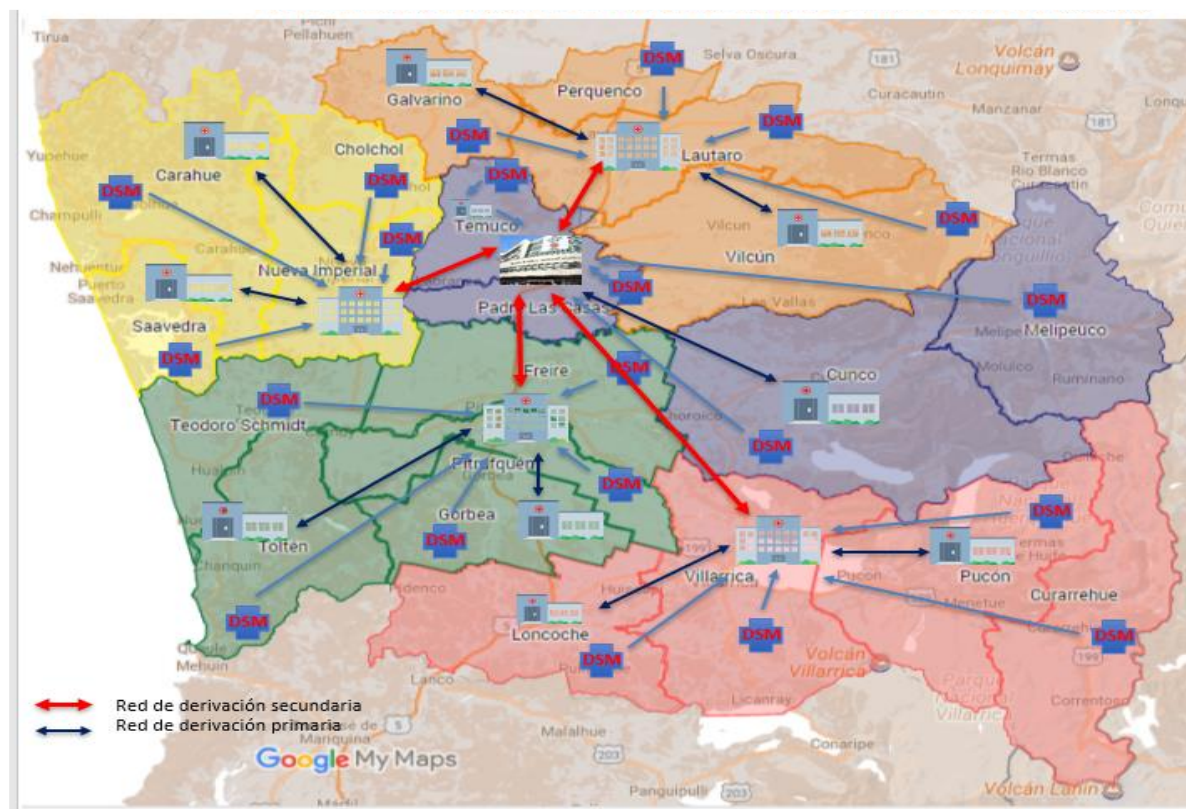
Participan los 197 establecimientos de la Región: 190 de nivel primario, 06 de atención secundaria y 01 (HHHA) de nivel terciario.

Nivel Primario:


- Dirección de Departamentos de Salud Municipal (DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria y Nodo
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos
- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Cirugía Vasculat de Hospitales Nodo y del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica de Hospitales Nodo y del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Medica del SSAS



Objetivo

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de mujeres portadores de Incontinencia urinaria, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de toda mujer con Incontinencia urinaria, en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Urólogos, Ginecólogos), Matrones (as) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

. -Profesionales: Médicos generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Urólogos, Ginecólogos), Matrones (as) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.


. -De los Deptos./Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de Urología/Ginecología de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y subdirección medica de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.

Definiciones o Glosario de términos

- APS: Atención Primaria en Salud
- CAE: Consultorio adosado de Especialidades
- CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar
- CESFAM: Centro de Salud familiar
- CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial
- FC: Ficha Clínica
- HHA: Hospital Hernán Henríque Aravena.
- SIC: Solicitud de Interconsulta
- SOME: Servicio de orientación Medica estadístico.
- SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

Desarrollo

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

La Incontinencia Urinaria (IU) se puede clasificar según su clínica, duración e intensidad.


Según su clínica:

- ✓ La IU de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca un aumento de la presión abdominal (como, por ejemplo, toser, reír o correr). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por 2 causas no excluyentes: hipermovilidad uretral o deficiencia esfinteriana intrínseca.
- ✓ La IU de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida, de «urgencia» miccional. La causa de esta urgencia es la contracción involuntaria del detrusor vesical (hiperactividad del músculo detrusor).
- ✓ La IU mixta (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como a esfuerzo.

Tipos de incontinencia urinaria según la intensidad y duración

Intensidad	Duración	Sintomatología
<i>Leve</i> < 600 ml/ día	<i>Transitoria:</i> tiempo limitado y suele ser secundaria	Urgencia
<i>Moderada</i> 600-900 ml/ día	<i>Establecida:</i> no desaparece antes de las 4 semanas de su aparición tras haber actuado sobre las posibles causas	Esfuerzo
<i>Grave</i> > 900 ml/ día		Mixta Rebosamiento Funcional Eneuresis nocturna

Factores de riesgo:

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Edad avanzada
 Antecedentes familiares de IU
 Eneuresis en la edad infantil
 Infecciones del tracto urinario
 Deterioro cognitivo y funcional
 Enfermedades neurológicas (ACVA, esclerosis, trastornos medulares)
 Embarazo
 Parto vaginal, instrumental y/o de fetos macrosómicos
 Histerectomía y otros antecedentes de cirugía ginecológica
 Tratamiento hormonal sustitutivo (vía oral)
 Prolapso de órganos pélvicos
 Obesidad
 Diabetes mellitus

Detección de la IU:

Como la prevalencia de la IU es muy elevada y en muchos casos se encuentra infradiagnosticada, se recomienda la realización de un cribado oportunista, al menos, una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas > 40 años por parte del personal de salud de la APS. Si existen factores de riesgo, descritos anteriormente se debe realizar anualmente, el cribado consistirá en preguntar sobre 3 cuestiones:

1. La presencia en alguna ocasión de pérdidas involuntarias de orina.
2. En el caso de que existan pérdidas involuntarias, si son frecuentes y abundantes.
3. Si los escapes o pérdidas representan algún problema en este momento en su vida.


Si las respuestas a estas 3 cuestiones son afirmativas se debe realizar una evaluación diagnóstica para conocer el tipo de incontinencia y su repercusión en la calidad de vida.

Evaluación diagnóstica de la Incontinencia urinaria

El diagnóstico clínico de la IU persistente tiene como objetivos, además de la identificación de la incontinencia, establecer la gravedad de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida, clasificar el tipo de IU y detectar los casos de IU complicada.

El diagnóstico correcto de cualquier paciente con síntomas de IU se puede realizar utilizando métodos básicos, disponibles en todos los centros asistenciales de APS, entre los que se encuentran la anamnesis y la exploración física.

Se debe realizar una anamnesis general y urológica dirigida a conocer las características específicas de la IU, el mecanismo etiopatogénico responsable de la incontinencia, y valorar su intensidad y repercusión sobre el paciente. Una exploración física general y abdominopelvica.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Las mujeres deben realizar una 'prueba de esfuerzo' (tosar y hacer esfuerzos) para detectar una pérdida secundaria a incompetencia esfinteriana. Ha de evaluarse todo Prolapso de Órganos Pélvicos o atrofia genitourinaria. También es importante evaluar la función voluntaria de los músculos del suelo de la pelvis mediante exploración vaginal o rectal antes de enseñar ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis

El Registro diario miccional es de gran utilidad para investigar las características e intensidad de la incontinencia, evaluar la coexistencia de disfunción de vaciado y de llenado, almacenamiento y evacuación, y cuantificar las variables uro dinámicas. En la valoración de la IU se aconseja cumplimentar el diario durante 3 a 7 días completos. El diario miccional contempla registro de líquidos ingeridos, número de micciones y en las pérdidas de orina describir el número y si estaba asociada la sensación de urgencia y la actividad que realizaba en las pérdidas.

Si bien es más uso del especialista los cuestionarios estructurados y validados en la valoración de los síntomas, incluyendo su gravedad y la calidad de vida (*King's Health Questionnaire* [KHQ] o *International Consultation Incontinence Questionnaire* [ICIQ-SF]) se pueden llevar a cabo desde la APS.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces a la semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. ¿Qué cantidad de orina se le escapa

No se me escapa	0
Una vez a la semana	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina han afectado a su calidad de vida?


Nada ← 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 → Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todas las situaciones en las que sucede:

Antes de llegar al servicio	<input type="checkbox"/>
Cuando toso o estornudo	<input type="checkbox"/>
Mientras duermo	<input type="checkbox"/>
Cuando termino de orinar y ya me he vestido	<input type="checkbox"/>
Sin motivo evidente	<input type="checkbox"/>
De forma continua	<input type="checkbox"/>

Cualquier puntuación superior a 0 de las dos primeras preguntas se considera como diagnóstico de IU.

La pregunta 3.ª valora la calidad de vida y la 4.ª nos informa del tipo de IU.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Pruebas básicas complementarias

-Uroanálisis: Descartar Infecciones del tracto Urinario y adicional en búsqueda de comorbilidades subyacentes: glicemia, urea, creatinina, electrolitos

-Ultrasonido: Aunque no esta disponible en todos los establecimientos de APS, en ocasiones es requerido para infecciones urinarias a repetición para medir volumen residual postmiccional, obstrucciones, complicaciones.

Criterios de derivación inicial:

La evaluación inicial debe ir dirigida a identificar y excluir a los pacientes con una incontinencia complicada, que han de ser derivados para recibir una atención especializada. Se deberán derivar al servicio de urología:

Antes del tratamiento:

- Los pacientes con síntomas graves.
- Los pacientes con gran limitación de la calidad de vida.
- Los pacientes con IU recurrente (tras cirugía previa fallida) o incontinencia total.
- Los pacientes con IU asociada a: dolor vesical/uretral persistente, hematuria (macroscópica o microscópica persistente no justificada), masa pélvica aunque sea clínicamente benigna, vejiga palpable después de la micción, retención aguda de orina o sospecha de incontinencia por rebosamiento, incontinencia fecal, sospecha de fístula urogenital o intestinal, tenesmo vesical, polaquiuria, dificultad de vaciado o residuo vesical posmiccional anormal (> 200 ml), enfermedad neurológica con posible afectación medular y antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical.
- Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático y visible por debajo del introito vaginal.
- Pacientes con síntomas de IU que no pueden clasificarse, de diagnóstico incierto o dificultad para establecer tratamiento.

Durante el seguimiento:


- Pacientes con incremento de síntomas o aparición de nuevos.
- Pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento conservador (3 meses).

Tratamiento

Las IU transitorias con el tratamiento de los factores precipitantes se resuelve el caso.

Una vez confirmado el diagnóstico clínico de IU no complicada no son necesarias más pruebas diagnósticas para iniciar un tratamiento conservador. La mayoría de los pacientes con síntomas leves o moderados son susceptibles de tratamiento en AP.

El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la IU no complicada por su seguridad y eficacia.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

El tratamiento conservador es multifactorial y debe realizarse de una forma escalonada. Tras la evaluación inicial, la IU en mujeres puede estratificarse en 3 grupos sintomáticos principales para recibir tratamiento inicial:

- .- Síntomas de Vejiga hiperactiva (VH): (tenesmo vesical, polaquiuria y nicturia)
- .- IUE , IUU e IUM.

Tratamiento no farmacológico de la incontinencia urinaria

Con excepción de la VH, el tratamiento conservador no farmacológico constituye el abordaje principal de la IU. Bajo este término se incluyen intervenciones que no suponen actuaciones farmacológicas y/o quirúrgicas que son del especialista y no son el objetivo de este protocolo. En la VH, a menudo se requiere una terapia inicial con medidas conservadoras y farmacológicas.

Las medidas higiénico-dietéticas y la modificación de hábitos de vida, aunque no están avaladas por la evidencia, pueden ayudar a mejorar la sintomatología. Incluyen la reducción del peso, dejar de fumar, la disminución de consumo de líquidos y sustancias estimulantes (cafeína) y el ejercicio físico.

El uso de productos absorbentes se recomienda para contener la orina en aquellos casos en los que no existen tratamientos curativos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Deben realizarse las intervenciones médicas adecuadas dirigidas a controlar aquellas comorbilidades que se relacionan con el desarrollo o empeoramiento de la sintomatología de IU.

También se recomienda el ajuste de la medicación que pueda ser responsable del empeoramiento de la sintomatología de la IU (diuréticos).

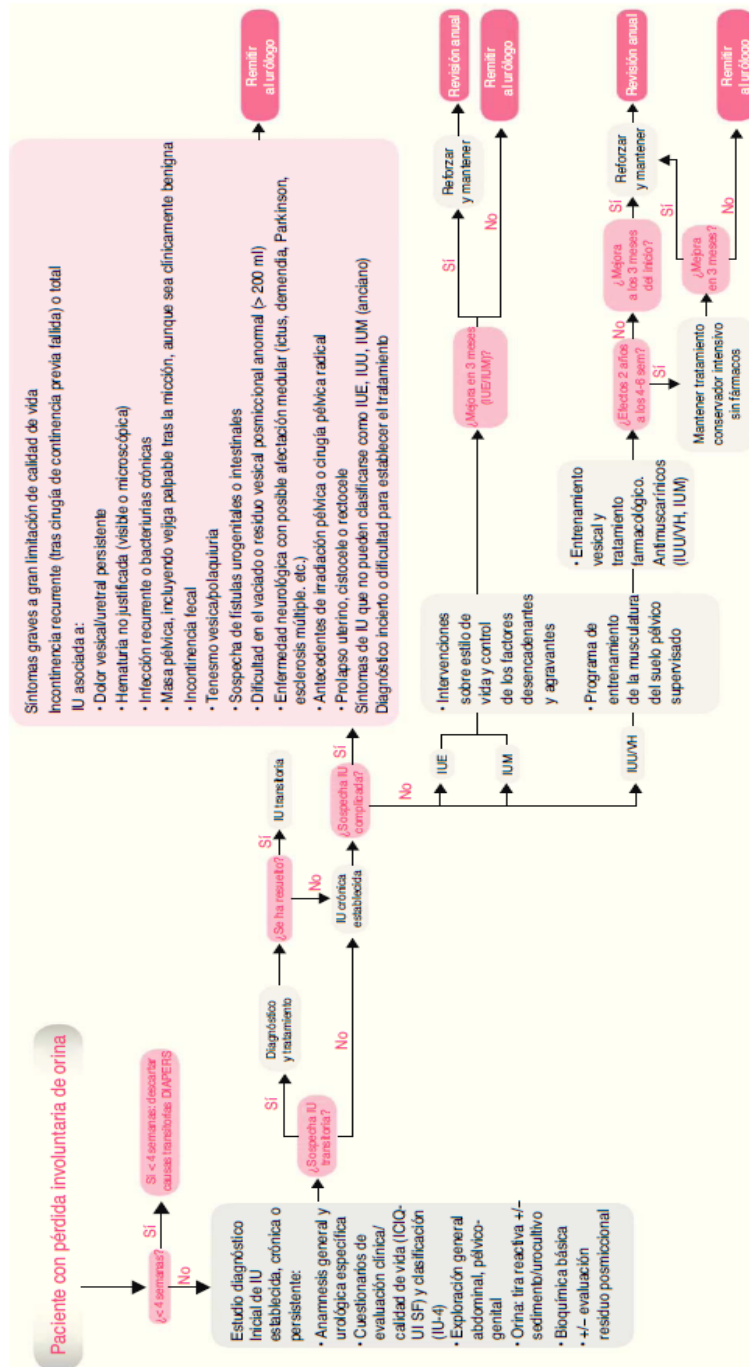
La rehabilitación muscular del suelo pélvico debe ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a las mujeres con IUE, IUU o IUM y a las mujeres durante su primer embarazo (semana 20), o después del parto vaginal, si este ha sido instrumental o de feto grande.


Los programas de rehabilitación deben ser los más intensos posible, y siempre que se pueda, y de acuerdo con los recursos disponibles, con supervisión por parte de los profesionales.

En APS, los profesionales clínicos tanto los médicos, matronas, enfermería, deben ser los responsables de explicar y supervisar la realización de estos ejercicios de forma individualizada o grupal. El programa de ejercicios se debe mantener durante un mínimo de 3 meses antes de tomar una decisión sobre su efectividad.

Las técnicas de modificación conductual sobre hábitos miccionales se deben ofrecer en las mujeres con IUU o IUM como tratamiento de primera línea. La duración debe ser de, al menos, 6-8 semanas antes de realizar la valoración sobre su efectividad. En pacientes que no obtienen una mejoría suficiente, o la sintomatología es intensa al inicio, o tienen gran deterioro de la calidad de vida, se pueden asociar a anticolinérgicos, previa evaluación especializada, especialmente si la frecuencia miccional es un síntoma molesto.

Flujogramas



		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Metodología de Evaluación

Responsable: Equipo de gestión Clínica SSAS

Periodicidad: Cortes del COMGES

Indicadores de proceso y Resultado a evaluar

Dimensión	Indicador	Formula	Fuente de datos
Proceso	Equipo Humano capacitado	$(\# \text{ de personas Capacitadas} / \# \text{ total de personal}) \times 100$	Asistencia a capacitaciones
Proceso	Interconsultas Auditadas	$(\# \text{ de Interconsultas que cumplen protocolo HP} / \# \text{ total de Interconsultas}) \times 100^*$	Registros Informáticos
Resultado	Tiempos de Espera	Diferencias entre los promedios en días obtenido en un periodo determinado comparado con la línea base.**	SIGTE


*Formato Auditoría de Implementación de protocolos.

Mediante auditoría de fichas clínica en los establecimientos de la Red involucrados en la resolución del Protocolo a auditar.

Procedimiento:

1. Seleccionar los pacientes atendidos a nivel secundario con diagnóstico de las patologías protocolizadas, posterior a difusión de protocolos, de éstos se seleccionará una muestra representativa (según estadística)
2. Realizar revisión de: Ficha nivel Primario, Interconsulta y Ficha de Nivel secundario, de acuerdo a la siguiente pauta.

Presencia o no en la ficha de 3 elementos relevantes del protocolo para cada nivel de atención:

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Ficha Nivel Primario:

Puntos

1.	Antecedentes clínicos	
2.	Criterio de referencia establecidos en el protocolo	
3.	Diagnóstico de referencia	

Interconsulta:

1.	Datos completos del paciente	
2.	Antecedentes Clínicos solicitados en Protocolo	
3.	Diagnóstico de Referencia	

Ficha nivel secundario:


1.	Evaluación clínica	
2.	Confirmación o Descarte de Diagnóstico	
3.	Plan o indicaciones terapéuticas	

Total: -----

Se considerará implementado cuando al menos cumple con un total de 6 puntos presentes y con 2 puntos en cada nivel para cada proceso de paciente auditado.

De todos los casos auditados por Protocolo se calculará el porcentaje de casos con evidencia de implementación del total de casos evaluados y se entregara en el siguiente formato.

	Protocolo	% Implementación
Especialidad	1	
	2	
Especialidad	1	
	2	

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021


****Medición de tiempos de resolución**

Medición de tiempos de resolución a través de los siguientes Hitos	
Hito 1	Fecha primera consulta de especialidad en Atención Secundaria.
Hito 2	Fecha de alta de especialidad en Atención Secundaria.
Fórmula de Cálculo	$(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar).

Especialidad	Protocolo	$(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar).
	1	
	2	
	3	
	1	
	2	
	3	


Plan de Difusión:

- . -Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.
- . -Presentación y entrega a los responsables de los establecimientos.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

Bibliografía

- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.
- Schroder A, P. Abrams et al . Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. European Association of Urology 2010
- How CH, Quah HM. PILL series. Managing urinary incontinence in the community. Singapore Med J. 2013 Aug;54(8):420-4. Review. PubMed PMID: 24005447.
- Brenes Bermúdez FJ, et al.Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Asociación Española de Urología. [Urine incontinence referral criteria for primary care]. Aten Primaria. 2013 May;45(5):263-73. doi: 10.1016/j.aprim.2013.01.017. Epub 2013 Apr 25. Spanish. PubMed PMID: 23623519.
- Deng DY. Urinary incontinence in women. Med Clin North Am. 2011. Jan;95(1):101-9. doi: 10.1016/j.mcna.2010.08.022. Review. PubMed PMID: 21095414.
- Gonthier A, Pasche O, Ahtari C, Jichlinski P, Cornuz J. [Urinary incontinence in women: management in primary care]. Rev Med Suisse. 2008 Nov 26;4(181):2569-70, 2572-4. Review. French. PubMed PMID: 19066144.
- McKertich K. Urinary incontinence-assessment in women: stress, urge or both? Aust Fam Physician. 2008 Mar;37(3):112-7. Review. PubMed PMID: 18345358.
- Martin JL, Williams KS, Sutton AJ, Abrams KR, Assassa RP. Systematic review and meta-analysis of methods of diagnostic assessment for urinary incontinence. Neurourol Urodyn. 2006;25(7):674-83; discussion 684. Review. PubMed PMID: 17016795.
- Keilman LJ. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. Prim Care. 2005 Sep;32(3):699-722. Review. PubMed PMID: 16140124.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Junio, 2018
		Vigencia	Junio, 2021

- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society. Identifying and treating reversible causes of urinary incontinence. Ostomy Wound Manage. 2003 Dec;49(12):28-33. Review. PubMed PMID: 14712008.
- Miller JA. Urinary incontinence: a classification system and treatment protocols for the primary care provider. J Am Acad Nurse Pract. 2000 Sep;12(9):374-9. Review. PubMed PMID: 11930592.
- Burkhart KS. Urinary incontinence in women: assessment and management in the primary care setting. Nurse Pract Forum. 2000 Dec;11(4):192-204. Review. PubMed PMID: 11220016.
- Pannill FC 3rd. Urinary incontinence for the primary care physician. Conn Med. 1993 May;57(5):299-308. Review. PubMed PMID: 8319446.