

CUADERNO
DEL
ASISTENTE

SESIONES CLÍNICAS EN APS

Incontinencia urinaria

M^a Antònia Vila i Coll. EAP Gòtic
Montserrat Fortuny Roger. EAP "Vía Roma"

© 2005 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Título original: *Sesiones clínicas en APS. Incontinencia urinaria*. Cuaderno del asistente

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2ª planta, of. 14

08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del copyright.

Depósito legal:

ISBN:

Índice

Incontinencia de orina	2
Introducción	2
Pérdida involuntaria de orina a través de la uretra	2
Definición de la incontinencia urinaria	3
Anatomía del sistema urinario	4
Fisiología de la micción	5
Clasificación de la incontinencia urinaria	5
Protocolo	6
Anamnesis general	7
Hábitos	7
Polifarmacia	8
Registro miccional	8
Diagnóstico clínico del tipo de incontinencia urinaria mediante cuestionario	9
Exploración física	10
Exploraciones complementarias	10
Tipos de incontinencia urinaria	11
Incontinencia urinaria de esfuerzo	11
Incontinencia urinaria de urgencia	12
Incontinencia urinaria mixta	13
Referencias bibliográficas	17

Introducción

Pérdida involuntaria de orina a través de la uretra

La IU es una pérdida involuntaria de orina según la ha redefinido en el año 2002 la International Continence Society, pero tras esta aparentemente simple definición se esconde una terminología bastante confusa.

La IU puede ser un síntoma en el curso de una enfermedad, un signo demostrado mediante una urodinámica o una enfermedad con entidad propia que es de lo que ahora vamos a tratar en esta sesión.

¿QUÉ ES?

- ▶ UN SÍNTOMA EN EL CURSO DE UNA ENFERMEDAD
- ▶ UN SIGNO PROBADO POR URODINÁMIA
- ▶ UNA ENFERMEDAD CON CARACTERÍSTICAS PROPIAS

La valoración de una incontinencia va unida a su frecuencia; no es lo mismo un episodio de pérdida de orina ocasional durante un proceso catarral, que las pérdidas semanales o diarias en un número importante de veces.

La IU no es una patología grave pero sí constituye un problema de salud importante que ocasiona problemas higiénicos y sociales y un importante impacto en la calidad de vida del que la padece, con influencias negativas sobre la autoestima y la vida de relación social, de pareja y laboral.

¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO?

- ▶ URÓLOGO
- ▶ GINECÓLOGO
- ▶ COMADRONA
- ▶ URO-GINECOLÓGICO
- ▶ INTERNISTA
- ▶ MÉDICO DE FAMILIA
- ▶ ENFERMERA
- ▶ ENFERMERA ESPECIALIZADA
- ▶ FISIOTERAPEUTA
- ▶ REHABILITADOR

Todo el personal sanitario, y especialmente el de AP, ha de incorporar en el quehacer diario medidas para prevenir, detectar y tratar la incontinencia de orina porque ésta puede ser una patología frecuente, un posible síntoma guía muy útil en la manifestación de otras enfermedades y una enfermedad de la que en fases iniciales no se consulta. Además, el control de las pérdidas, aunque no sea completo, repercute de forma importante en la calidad de vida del paciente y de su entorno.

La prevalencia de la IU es alta, pero los diferentes estudios dan resultados variados en función del concepto de incontinencia utilizado, para muchos autores las personas con pérdidas muy ocasionales no pueden ser consideradas incontinentes y no existe un acuerdo sobre el número de episodios necesario para ser considerado incontinente a pesar de la definición.

INCONTINENCIA URINARIA=ENFERMEDAD

- ▶ SE PUEDE TRATAR
- ▶ SE PUEDE PREVENIR
- ▶ NO QUIERE DECIR ENVEJECER

La creencia popular de que la IU forma parte del envejecimiento comporta sentimientos de vergüenza, de impotencia y de miedo difíciles de abordar y que dificultan la búsqueda de tratamiento de forma espontánea, sobre todo en las fases iniciales.

Sí es cierto que la prevalencia de la incontinencia aumenta con la edad, pero tenerla no significa ser viejo. Es más frecuente en mujeres por su especial labilidad anatómica y por estar sometidas a más factores de riesgo desencadenantes de una incontinencia.

Diversos estudios dan un promedio de un 20% en mujeres mayores de 40 años.

Definición de la incontinencia urinaria

La International Continence Society¹ definía la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y en cantidad suficiente como para constituir un problema higiénico o social, pero en 2002 esta sociedad simplificó la definición al máximo la definición de esta patología, señalando que **la IU es una pérdida involuntaria de orina**².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue considerando la IU como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y en cantidad suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece.

Además de las distintas definiciones, el término IU varía según el contexto donde se encuentra (puede ser un síntoma dentro de la anamnesis clínica, o un signo que se objetiva en la exploración física, o una alteración urodinámica demostrada en una prueba urodinámica, o una enfermedad con características propias).

La incontinencia es que un problema frecuente en la población, su distribución no es uniforme en todos los grupos de edad y sexo, aumenta con la edad y es más habitual en mujeres multíparas posmenopáusicas.

La intensidad y el número de las pérdidas es un factor determinante en la valoración de la IU, por ello algunos autores afirman que para considerar a un paciente incontinente las pérdidas deben ser permanentes y tener una cierta frecuencia.

La confusión de la terminología y las diferencias metodológicas (definición, grupos de edad estudiados y tipo de población) hacen que las cifras de prevalencia sean dispares y oscilen entre un 5 y un 49% en general.

En España la prevalencia se sitúa alrededor de un 15-17,4%³, según algunos autores, pero las cifras varían ostensiblemente dependiendo de la edad; llega hasta un 35%^{IV,V}, en mayores de 65 años no institucionalizados, siendo más frecuente en mujeres que en varones (16,1% en mujeres y 14,5% en varones).

A pesar de ello es una patología poco abordada desde la AP. La mayoría de veces se interroga poco sobre ella^{VI}, en general no se llega a un diagnóstico etiológico y tan sólo se ofrecen medidas paliativas, como el uso de pañales.

Sin embargo, existen medidas de prevención, detección de factores de riesgo y métodos diagnósticos al alcance de todos que nos permiten una aproximación a un diagnóstico etiológico. Las derivaciones a un centro especializado de segundo nivel permiten realizar exploraciones complementarias y con ellas un diagnóstico etiológico.

Un estudio urodinámico es necesario en aquellas persona que son tributarias de un tratamiento quirúrgico.

ESTRUCTURAS DE LA CONTINENCIA

- ▶ VEJIGA
DETRUSOR: ENCARGADO DEL ALMACENAMIENTO Y CONTRACCION PARA LA MICCION
TRÍGONO
- ▶ URETRA
ESFÍNTER INTERNO (FIBRAS MUSCULARES LISAS)
ESFÍNTER EXTERNO (FIBRAS ESTRIADAS)

▶ SUELO PELVICO

ESTRUCTURA MUSCULAR ENCARGADA DEL SOPORTE DEL CONTENIDO ABDOMINAL Y DE LAS VISCERAS PELVICAS.

CONTRIBUYE AL CIERRE URETRAL DURANTE EL ESFUERZO.

DIFERENTE EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER.

Anatomía del sistema urinario

El tracto urinario inferior está constituido tanto en el hombre como en la mujer por la **vejiga**, que es una cavidad con función de almacenamiento de la orina, y por la **uretra** o conducto de salida al exterior.

La **musculatura pélvica** ayuda a la continencia urinaria fortaleciendo el mecanismo esfinteriano.

La **vejiga** está formada por el **detrusor**, estructura muscular encargada del almacenamiento y la contracción, formado por un 70% de fibras elásticas y un 30% de fibras colágenas, y por el **trígono**, región anatómica donde se localiza la salida al exterior.

La **uretra** es un complejo tubo muscular que difiere anatómicamente y funcionalmente según se trate de un hombre o de una mujer, tiene una doble función: la del control del vaciado y la de su conducción^{7,8,9}

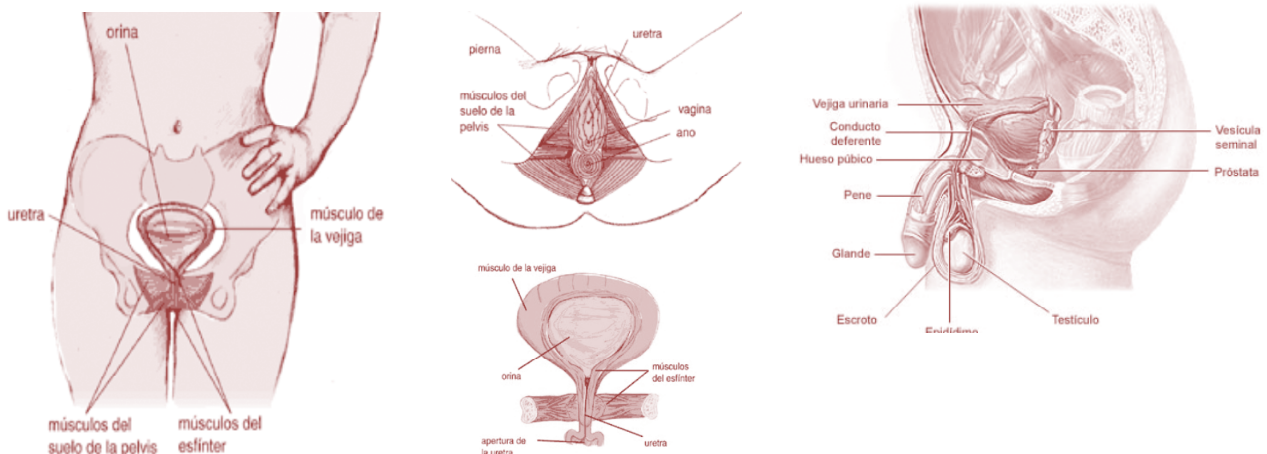
La uretra femenina mide aproximadamente 4 cm de longitud. Representa en su totalidad el mecanismo esfinterial de la vejiga, está formada por tres capas: capa muscular (la más externa), submucosa (capa intermedia) y mucosa (la más interna).

La capa muscular está constituida por músculo liso y estriado, el llamado **esfínter interno**, formado por músculo liso, que contribuye a la parte involuntaria de la contención urinaria; y el **esfínter externo**, formado por músculo estriado, que es el encargado de la contención voluntaria de la orina.

La uretra masculina mide alrededor de unos 25 cm de longitud. Anatómicamente presenta cuatro zonas distintas (prostática, membranosa, bulbar, peneana). La uretra prostática atraviesa la próstata, desde el esfínter interno al externo.

El esfínter externo se encuentra en la uretra membranosa y es el encargado de la contención voluntaria de la micción.

ESTRUCTURAS DE LA CONTINENCIA



El esfínter interno, en el varón, tiene escasa importancia en la micción, sirve para evitar la eyaculación retrógrada

El **suelo pélvico** está formado por los músculos del periné, tiene una función de soporte de todo el contenido abdominal y contribuye activamente al mecanismo de la continencia urinaria.

La zona perineal también difiere lógicamente según se trate de un hombre o de una mujer.

El varón presenta un suelo pélvico con dos orificios de paso de estructuras (uretra y ano), mientras la mujer tiene un tercero en la parte anterior donde se sitúa la vagina. Esta diferencia hace que el suelo pélvico femenino sea más lábil que el masculino.

El músculo elevador del ano desempeña un papel muy importante, conserva el contenido abdominal en su lugar, mantiene la continencia urinaria y compensa cualquier aumento brusco de presión intrabdominal.

Con la edad, todas estas estructuras pueden presentar cambios que aunque por sí solos no son causa de una incontinencia, sí que aumentan la probabilidad de que este trastorno se presente^{8,9}. Estos cambios son la pérdida de elasticidad de la pared de la vejiga y la disminución del tono muscular, que hará que haya una mayor debilidad del elevador del ano y del esfínter externo de la uretra, lo que provoca que sean más difíciles de mantener los cambios bruscos de presión intrabdominal.

La inervación de los responsables de la dinámica miccional es compleja, participan el sistema nervioso simpático, el parasimpático y el somático, que actúan de forma sinérgica modulados por los centros encefálicos y medulares^{7,8}.

El sistema nervioso parasimpático, a través de los **nervios pélvicos**, inerva el detrusor y asegura el vaciamiento vesical por contracción del mismo.

El sistema nervioso simpático, mediante los nervios pélvicos, inerva el trígono y el esfínter interno y asegura la continencia manteniendo el cuello de la vejiga cerrado en la fase de llenado.

El nervio **pudendo** inerva el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal, ayudando al esfínter interno a conseguir la continencia⁹.

Los centros medulares que actúan sobre la micción son el núcleo simpático (metámera D10-L1), el parasimpático (S2-S4) y el sistema somático (S3-S4).

La coordinación de los centros medulares la realiza un centro superior situado en la base del cerebro denominado **núcleo pontino**, sobre él actúa el centro de control.

Los estímulos nerviosos generados en la vejiga y la uretra son conducidos por nervios aferentes hasta las astas posteriores de la médula espinal. En este nivel existe una regulación de la respuesta motora. Si es necesario orinar, se envía la orden hasta el asta anterior de la médula y desde ahí hacia las estructuras del tracto urinario^{8,9}.

Es el **centro pontino** el que mandará los estímulos hacia la corteza cerebral, informando del nivel del llenado vesical e inhibiendo el reflejo de la micción hasta que se pueda realizar en el lugar apropiado⁹.

Fisiología de la micción

En el mecanismo de la micción cabe destacar sus dos fases básicas: llenado y vaciado.

Durante la fase de llenado el esfínter interno de la uretra, formado por musculatura lisa y, por tanto, de forma no consciente, y el esfínter externo, formado por musculatura estriada y, por ello, de forma consciente, están en contracción y evitan que se produzcan escapes de orina^{7,8}.

Gracias a que las personas tienen la capacidad de controlar su necesidad de orinar mediante la corteza cerebral, al final de la fase de llenado, aunque aparezca un deseo de orinar, el músculo detrusor sigue relajado y el esfínter uretral cerrado, hasta que se encuentra el lugar adecuado para orinar, momento en el que se iniciará la fase de vaciado⁷.

En la fase de vaciado o micción, se abre el esfínter interno, se relaja el esfínter uretral externo (control voluntario), el suelo de la pelvis pierde tono y, con una caída de la presión intrauretral, se contrae el detrusor y se inicia la micción^{7,8}.

Clasificación de la incontinencia urinaria

Una micción normal debe realizarse cada tres horas aproximadamente durante el día, no superar un número total de ocho, y una de ellas puede ser durante la noche.

La IU puede tener origen en un fallo en cualquiera de los distintos mecanismos o niveles de control que dan lugar a la correcta función de orinar.

La clasificación de la incontinencia puede hacerse de muy diversas formas, según la duración en el tiempo de aparición, la intensidad de las pérdidas, la causa de la incontinencia, si acompaña a otros síntomas en el curso de una enfermedad y si es primaria o secundaria a otras enfermedades.

Según la aparición y la duración de los síntomas, puede ser transitoria y permanente

La incontinencia transitoria es la que dura menos de cuatro semanas, y en general acompaña a un cuadro clínico agudo. Las causas más frecuentes que debemos buscar son infección urinaria, vaginitis, uretritis atrófica, procesos catarrales que cursan con episodios de tos intensa, delirio o estado de confusión agudo

La IU establecida o permanente es la que se dura más de cuatro semanas

La incontinencia de orina puede ser un síntoma en el curso de:

- ▶ Trastornos psicológicos y su tratamiento. La incontinencia puede deberse a la propia enfermedad (por ejemplo, ansiedad) o a los fármacos empleados en su tratamiento.
- ▶ Enfermedades endocrinas como la diabetes.
- ▶ Alteraciones electrolíticas como la hipercalcemia o la hipopotasemia.
- ▶ Restricciones de movilidad.
- ▶ *Stool* o impactación fecal en la mayoría de los casos la sola retirada.
- ▶ Polifarmacia.

Según la intensidad de las pérdidas, la IU se puede clasificar en: leve, moderada o grave.

CLASIFICACIÓN INCONTINENCIA URINARIA (IU):

- ▶ TRANSITORIA (MENOS DE 4 SEMANAS)
- ▶ PERMANENTE
 - IU DE ESFUERZO
 - IU DE URGENCIA
 - IU MIXTA
 - IU POR REBOSAMIENTO
 - IU FUNCIONAL
 - OTROS...

Si se trata de una IU permanente con una entidad propia, se puede clasificar según sea el origen de la lesión en:

- ▶ IU de esfuerzo.
- ▶ IU de urgencia.
- ▶ IU mixta.
- ▶ IU rebosamiento.
- ▶ IU funcional^o.

PROTOCOLO

- ▶ HISTORIA CLÍNICA
- ▶ HÁBITOS Y MEDICACIÓN HABITUAL
- ▶ HOJA DE REGISTRO MICCIONAL
- ▶ EXPLORACIÓN CLÍNICA
- ▶ ANALÍTICA DE SANGRE Y ORINA
- ▶ ECOGRAFÍA
- ▶ DERIVACIÓN A ESPECIALISTA PARA COMPLETAR ESTUDIO

Protocolo

El primer paso para realizar un tratamiento correcto de la IU en una consulta de AP es realizar una anamnesis amplia y detallada, seguida de una exploración física, que nos ayudará a decidir cuáles son las exploraciones complementarias necesarias.

Anamnesis general

Se debe interrogar sobre antecedentes patológicos médicos y quirúrgicos, en especial los que puedan haber afectado al funcionalismo del tracto urinario inferior. Cuando el paciente es una mujer, el médico debe repasar la historia ginecológica y obstétrica (hijos, partos distócicos, edad de la menopausia, si ha realizado algún tratamiento posmenopáusico, etc.). Algunos procesos como la diabetes, el alcoholismo y el déficit de vitamina B₁₂ pueden producir neuropatía autónoma; además, la diabetes mellitus descompensada puede causar poliuria y polidipsia^{11,12,13,14}.

ANAMNESIS GENERAL

- ▶ ANTECEDENTES
 - OBSTÉTRICOS (EN LA MUJER)
 - GINELOCÓGICOS (EN LA MUJER)
 - PROSTÁTICOS (EN EL HOMBRE)
 - PATOLÓGICOS
 - QUIRÚRGICOS
- ▶ ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU TRATAMIENTO
- ▶ ESTILO DE VIDA

Personas con tos crónica, estreñimiento y obesidad pueden ser más proclives a sufrir incontinencia urinaria de esfuerzo. La artrosis de cadera y/o rodilla pueden causar IU funcional^{15,16}.

La enfermedad de Parkinson, demencia senil, accidente vascular cerebral (AVC), traumatismo craneoencefálico (TCE) y otros procesos centrales no pueden hacer sospechar una IU neurógena hiperrefléxica, mientras que las lesiones medulares orientan hacia una IU neurógena arrefléxica. La IU neurógena hiperrefléxica produce clínica de IU de urgencia y la arrefléxica de IU por rebosamiento^{11,13}. Antecedentes de radioterapia en zona pélvica, infecciones urinarias y enfermedades vesicales también pueden alterar la micción¹¹.

En las intervenciones quirúrgicas, hay que valorar las que hayan podido afectar a la inervación vesical (cirugía mayor abdominal, histerectomías, intervenciones sobre el recto o en cualquier región pélvica que puedan haber lesionado el nervio pudendo, prostatectomías con posible lesión del pudendo y esfínter externo, intervenciones sobre el canal medular)¹¹.

Hábitos

Hay que repasar los hábitos tóxicos y dietéticos, sobre todo el consumo de alcohol, té infusiones, colas.

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- ▶ BEBIDAS ESTIMULANTES (TÉ, CAFÉ, COLAS, TÓNICAS...)
- ▶ ALCOHOL
- ▶ CANTIDAD DE LÍQUIDO INGERIDO
- ▶ TABACO
- ▶ INFUSIONES CON ACCIÓN DIURÉTICA

Polifarmacia

La polifarmacia puede desencadenar una IU por sí misma, por efectos secundarios de los propios fármacos. Numerosos fármacos producen IU, algunos por aumentar la cantidad de orina (como los diuréticos), otros por actuar sobre los esfínteres o en la zona vesical sobre el músculo detrusor.

En la mayoría de las ocasiones, corregir o equilibrar el trastorno soluciona la IU^{17,18,19,20}

FÁRMACOS QUE INFLUYEN EN LA ORINA

- ▶ FRECUENCIA, URGENCIA Y AUMENTO DE VOLUMEN: DIURÉTICOS Y ALCOHOL.
- ▶ RELAJACIÓN URETRAL: RELAJANTES MUSCULARES, SIMPATICOLÍTICOS, ALFABLOQUEANTES
- ▶ SEDACIÓN Y RETENCIÓN DE ORINA: SEDANTES
- ▶ RETENCIÓN DE ORINA E INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO: AINES, ANTICOLINERGICOS, ANTIDEPRESIVOS, ALFA Y BETA.AGONISTAS, ANTIHISTAMINICOS, ANTIPARASICÓTICOS, ANTIESPASMÓDICOS, CALCI-ANTAGONISTAS.

Registro miccional

La forma de inicio (brusca o insidiosa), si el paciente lo relaciona con alguna circunstancia, el tiempo de evolución y si ha empeorado desde su inicio, cuándo y cómo se produce la IU, si tiene relación con el esfuerzo o se observa tras contacto con el agua o exposición al frío, etc.; en resumen, cuando sospechemos una IU, debemos realizar una historia cuidadosa de los hábitos miccionales, valorando:

HOJAS DE REGISTRO MICCIONAL

*****	DIA 1			DIA 2			DIA 3		
	BEBE	ESCAPE	W C	BEBE	ESCAPE	W C	BEBE	ESCAPE	W C
HORA									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
1									
2									
3									
4									
5									
6									

Frecuencia: se considera normal realizar 4-7 micciones al día, pero en la población asintomática el rango puede ser mayor. Más de ocho micciones se considera anormal. Debe valorarse la ingesta de líquidos y el tipo. Tomar mucha cantidad de té y café, puede producir polaquiuria y tenesmo, tanto por el volumen de líquido como por la acción de la cafeína que estimula las contracciones inestables de la vejiga. El alcohol también causa un efecto irritante en la vejiga²¹.

Nicturia: denominamos nicturia al número de veces que una persona se despierta para orinar. Hay que discriminar el hecho de que una persona se despierte para orinar o que orine porque ya está despierta. Dos o más veces se considera anormal, excepto en ancianos, que han perdido su variación diurna de excreción normal de orina y producen orina por igual las 24 horas, en lugar de producir orina más por el día que por la noche²¹.

VALORACIÓN DEL SÍNTOMA GUÍA

- ▶ CUANTAS VECES VA AL LAVABO EN 24 HORAS?
- ▶ LAS PÉRDIDAS SON MUCHAS Y DE GRAN VOLUMEN?
- ▶ SE DESPIERTA POR LA NOCHE PARA IR AL LAVABO?

Episodios de IU: si clínicamente es de esfuerzo, urgencia, mixta o por rebosamiento.

Síntomas de vaciado anormal: chorro débil, goteo posmiccional, vaciado incompleto, dificultad para iniciar la micción.

Otros datos que nos pueden ayudar en el diagnóstico son: enuresis, dolor y tenesmo vesical, hematuria, disuria, etc.

Diagnóstico clínico del tipo de incontinencia urinaria mediante cuestionario

Un cuestionario clínico para orientar el tipo de IU que padece el paciente es muy útil en AP.

En mujeres se puede utilizar el siguiente cuestionario que agrupa las preguntas en dos grupos (A y B).

GRUPO A:

PREGUNTAS PARA DETERMINAR LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO:

- ▶ ¿TIENE SENSACIÓN DE PESO EN LA ZONA GENITAL?
- ▶ AL SUBIR O BAJAR ESCALERAS, ¿SE LE ESCAPA LA ORINA?
- ▶ ¿CUÁNDO RÍE SE LE ESCAPA LA ORINA?
- ▶ ¿SI ESTORNUDA SE LE ESCAPA LA ORINA?
- ▶ ¿AL TOSER SE LE ESCAPA LA ORINA?

Si la mujer contesta afirmativamente a un mínimo de cuatro de estas cuestiones, es posible que sufra IU de esfuerzo²².

GRUPO B:

PREGUNTAS PARA DETERMINAR LA INCONTINENCIA DE URGENCIA

- ▶ SI ESTÁ EN LA CALLE Y TIENE GANAS DE ORINAR, ¿ENTRA EN UN BAR Y SI EL SERVICIO ESTÁ OCUPADO SE LE ESCAPA LA ORINA?
- ▶ CUANDO ABRE LA PUERTA DE SU CASA, ¿TIENE QUE CORRER AL SERVICIO Y ALGUNA VEZ SE LE ESCAPA LA ORINA?
- ▶ SI TIENE GANAS DE ORINAR, ¿TIENE LA SENSACIÓN DE QUE ES URGENTE Y TIENE QUE IR CORRIENDO?
- ▶ CUANDO SALE DEL ASCENSOR, ¿TIENE QUE IR DEPRISA AL SERVICIO PORQUE SE LE ESCAPA LA ORINA?

Si la paciente contesta afirmativamente tres de las cuatro preguntas, probablemente tenga una IU de urgencia²² y si el resultado de los dos cuestionarios es positivo, es posible que se trate de un caso de IU mixta²².

En varones se tendría que realizar el cuestionario prostático IPSS (International Prostatic Symptom Score).

VALORACIÓN DEL SÍNTOMA EN HOMBRES (3)

IPSS	NINGUNA	MENOS DE 1 VEZ CADA 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APROX. LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
1 DURANTE MAS O MENOS LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO LA SENSACIÓN DE NO VACIAR COMPLETAMENTE LA VEJIGA AL TERMINAR DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
2 DURANTE MÁS O MENOS LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO QUE VOLVER A ORINAR EN LAS DOS HORAS SIGUIENTES DESPUÉS DE HABER ORINADO?	0	1	2	3	4	5
3 DURANTE MÁS O MENOS LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿CUÁNTAS VECES HA NOTADO QUE, AL ORINAR, PARABA Y COMENZABA DE NUEVO VARIAS VECES?	0	1	2	3	4	5

VALORACIÓN DEL SÍNTOMA EN HOMBRES (4)

IPSS	NINGUNA	MENOS DE 1 VEZ CADA 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APROX. LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
4 DURANTE MÁS O MENOS LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿CUANTAS VECES HA TENIDO QUE CORRER AL SERVICIO PORQUE SI NO SE LE ESCAPABA LA ORINA?	0	1	2	3	4	5
5 DURANTE MÁS O MENOS LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿CUANTAS VECES HA TENIDO UN CHORRO DÉBIL?	0	1	2	3	4	5
6 DURANTE MÁS O MENOS LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿CUANTAS VECES HA TENIDO QUE EMPUJAR O HACER UN ESFUERZO PARA ACABAR DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5

VALORACIÓN DEL SÍNTOMA EN HOMBRES (5)

IPSS	NINGUNA	MENOS DE 1 VEZ CADA 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APROX. LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
7 DURANTE MÁS O MENOS LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿TIENE QUE LEVANTARSE POR LA NOCHE A ORINAR MÁS DE UNA VEZ?	0	1	2	3	4	5

Puntuación síntomas: de 0 a 6: leve; de 7 a 19: moderada, y de 20 a 35: grave.

Ítem independiente de calidad de vida en relación con sintomatología, valorado de 0 a 6: de 0 a 2: leve afectación de la calidad de vida; 3: moderada afectación de la calidad de vida, y de 4 a 6: grave afectación de la calidad de vida.

Exploración física

1. Examen general.

Nos permitirá detectar alteraciones neurológicas que puedan sugerir esclerosis múltiple, AVC, compresión medular, estado cognitivo, nivel de conciencia y patología osteoarticular que limite la movilidad.

2. Exploración abdominal.

Localizada en hipogastrio, para detectar masas abdominales que compriman la vejiga o el globo vesical y para visualizar cicatrices que pueden orientar sobre tratamientos quirúrgicos anteriores^{21,23}.

3. Valoración de la sensibilidad perianal y los reflejos lumbosacros¹¹.

En AP sólo debería hacerse si se sospecha alguna alteración neurológica.

4. Exploración ginecológica.

5. Test de provocación de la IU.

Se trata de observar de forma directa si hay pérdida de orina al toser, con la vejiga llena, en tres posiciones (decúbito supino, lateral y bipedestación). Se produce pérdida de orina tanto en la IU de esfuerzo como en la de urgencia, pero en la IU de esfuerzo la pérdida es inmediata, mientras que en la de urgencia la pérdida es más intensa en bipedestación y hay un pequeño intervalo entre el toser y el escape de orina.

Exploraciones complementarias

Deben realizarse sólo las exploraciones complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico con el mínimo de molestias para la paciente.

1. Analítica.

Determinar glucemia sanguínea, función renal, sedimento y urocultivo, si procede, para descartar infección (las infecciones urinarias dan clínica de urgencia miccional y a veces IU)¹¹.

2. Ecografía.

Puede hacerse de tres tipos:

- ▶ Abdominal: renovesicoprostática, para valorar las vías urinarias altas, litiasis y tumores vesicales que pueden producir IU de urgencia por irritación de la vejiga.
- ▶ Ecografía transrectal en varones.
- ▶ Ecografía transvaginal en mujeres.

Tipos de incontinencia urinaria

Incontinencia urinaria de esfuerzo

La IU de esfuerzo es una pérdida involuntaria de orina con cualquier actividad física.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

- ▶ LA PÉRDIDA DE ORINA ES PREVISIBLE Y GENERALMENTE EN POCA CANTIDAD
- ▶ ES LA INCONTINENCIA QUE SE PRODUCE TRAS UN AUMENTO SÚBITO DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (TOSER, REÍR, SALTAR, ESTORNUDAR, AGACHARSE, ETC.) QUE SUPERA LA PRESIÓN MÁXIMA URETRAL DEBIDO A UNA ALTERACIÓN DEL MECANISMO DE CIERRE URETRAL.

Debido a una hipotonía del suelo pélvico, un aumento de la presión intraabdominal crea una alteración en la relación presión intraabdominal y presión de cierre esfinteriana. Si la presión intraabdominal supera la de cierre, éste se abre y aparece una IU, la intervención de la actividad del músculo detrusor es escasa.

La prevalencia de la IU de esfuerzo se sitúa en un 40-50% del total, según los estudios.

IU DE ESFUERZO

- ▶ MUJERES
POST-PARTOS
CIRUGÍA GINECOLÓGICA
PROLAPSOS
- ▶ HOMBRES
POST-PROSTATRECTOMÍAS

La IU de esfuerzo es más habitual en mujeres por las diferencias anatómicas del suelo pélvico y porque están expuestas a más factores de riesgo traumatizantes de la zona.

En hombres, tras una intervención prostática, puede quedar lesionado el suelo pélvico.

FACTORES DE RIESGO DE LA IU DE ESFUERZO

- ▶ MULTÍPARAS
- ▶ OBESIDAD
- ▶ TOS CRÓNICA, RINITIS ALÉRGICA
- ▶ MUJERES ASIDUAS AL GIMNASIO (AERÓBIC, SALTOS, MUSCULACIÓN, ETC.)
- ▶ ENTRENAMIENTOS PARA ALTA COMPETICIÓN
- ▶ ALTERACIONES EJES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Entre los factores de riesgo de lesión del suelo pélvico en mujeres están la multiparidad, la obesidad, la tos crónica, las actividades físicas en gimnasio sin refuerzo del suelo pélvico, los entrenamientos de alta competición y las desviaciones de los ejes de gravedad de la columna vertebral.

TRATAMIENTO INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

- ▶ REAHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO (EJERCICIOS DE KEGEL, BIOFEED-BACK, ELECTROESTIMULACIÓN, CONOS VAGINALES...)
- ▶ REEDUCACIÓN MICCIONAL
- ▶ CIRUGÍA
- ▶ ABSORBENTES

Los ejercicios del suelo pélvico son el tratamiento de elección en la IU de esfuerzo de esfuerzo en la mujer. (NIVEL DE EVIDENCIA A.)

El objetivo principal del tratamiento conservador es mejorar el tono muscular de base y la fuerza de contracción²⁴.

El suelo de la pelvis está formado básicamente por el músculo elevador del ano. Este músculo es de suma importancia por su posición, ya que ocupa todo el suelo de la cavidad pélvica limitándola en su parte inferior.

Los ejercicios de refuerzo del suelo pélvico fueron propuestos por Arnold H. Kegel, ginecólogo norteamericano, a mediados de la década de 1950. El número de veces que se repiten depende un poco de cada paciente, pero por norma general se aconseja que se realicen 60 al día, repetidos en varias sesiones. (NIVEL DE EVIDENCIA C.)

Cuando existe una dificultad para la compresión y realización de los ejercicios del suelo pélvico, podemos ayudarnos de técnicas de **biofeedback**. Éstas consisten en colocar una sonda vaginal con un electrodo que al contactar con las paredes de la vagina permite la visualización gráfica, luminosa o sonora, de la intensidad de la contracción muscular²⁷.

Con la misma finalidad de mejorar el tono muscular, se han diseñado dispositivos mecánicos: los conos vaginales²⁸; se trata de unos dispositivos en forma de cono que se introducen en la vagina, para que la mujer contraiga los músculos del suelo tratando de evitar que el cono resbale y caiga. Se aconseja a la paciente que practique la contracción de los músculos con el cono vaginal mientras realiza actividades normales en su casa, pudiendo adoptar varias posiciones, de pie, en cuclillas o subiendo a una escalera, pero evitando siempre estar sentada. (NIVEL DE EVIDENCIA B.)

La **reeducción miccional** consiste en enseñar de nuevo a programar una micción como en la infancia.

Otros tratamientos de rehabilitación requieren personal especializado.

El **tratamiento farmacológico** de la IU de orina está cambiando.

Los alfa-adrenérgicos como la fenilpropanolamina no están comercializados en nuestro país por la alta incidencia de efectos secundarios²⁹. Actualmente, a punto de comercializarse nuevos fármacos de la familia de los antidepresivos que tienen actividad serotoninérgica, como ocurre con la duloxetina³⁰, que actúa sobre los receptores del nervio pudendo y la motoneurona, aumentando el tono en la zona uretral³¹.

El **tratamiento quirúrgico** de la IU de esfuerzo se realiza si la fisioterapia no ha sido eficaz, o bien cuando la IU de esfuerzo va asociada a cistocelos de grados III y IV, o en rectocelos graves en los que no está indicada una fisioterapia.

Antes de realizar cualquier intervención es necesario confirmar este diagnóstico mediante el estudio urodinámico³².

Si no es posible corregir una IU, el tratamiento ha de ser paliativo con absorbentes.

MUJER DE 50 AÑOS, SIN ALERGIAS NI HÁBITOS TÓXICOS, NULÍPARA, HTA EN TRATAMIENTO, PÉRDIDAS DE ORINA OCASIONALES AL LLEGAR A CASA, USA HABITUALMENTE UNA COMPRESA.

Incontinencia urinaria de urgencia

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

- ▶ PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA ASOCIADA A UN FUERTE DESEO MICCIONAL (URGENCIA MICCIONAL)
- ▶ ES UNO DE LOS SÍNTOMAS PROPIOS DE LA VEJIGA HIPERACTIVA JUNTAMENTE CON LA FRECUENCIA MICCIONAL Y LA URGENCIA MICCIONAL

La IU de urgencia, también llamada vejiga inestable, es la que se asocia a un fuerte deseo miccional (micción imperiosa). La cantidad de orina que se pierde puede ser variable. En etapas iniciales el paciente puede tener una necesidad imperiosa de ir al váter, y si logra hacerlo de forma rápida, puede no tener pérdidas, se trata entonces de una vejiga hiperactiva. Este tipo de IU puede ser de dos tipos: sensitiva y motora. Su prevalencia se sitúa entre un 15 y un 20%, según los estudios, y puede llegar hasta un 50% en ancianos. Es más frecuente en mujeres de más de 40 años y suele ser secundaria a malos hábitos miccionales.

TRATAMIENTO INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

- ▶ ANTICOLINÉRICOS
 - OXIBUTININA
 - CLORURO DE TROSPPIO
 - TOLTERODINA
- ▶ REHABILITACIÓN
- ▶ REENTRENAMIENTO DE HÁBITOS (BLADDER TRAINING)
- ▶ ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA

El **tratamiento farmacológico** es el de elección en la IU de urgencia. Los fármacos de elección son los **anticolinérgicos o muscarínicos**. Al relajar el detrusor, disminuye la presión intravesical, se reduce la frecuencia de las contracciones y aumenta la capacidad vesical para retener la orina³³⁻³⁴. (NIVEL DE EVIDENCIA A.)

Estos fármacos son:

Oxibutinina. Es el fármaco que tiene más estudios y cuyo uso se ha experimentado más. Es muy efectivo, pero al ser poco selectivo del tracto urinario, conlleva la aparición frecuente de efectos secundarios³⁵⁻³⁶, que son la causa principal del abandono del tratamiento. Dosis máxima recomendada: 2-5 mg/ 8 horas.

Cloruro de trospio. Tiene menos efectos secundarios que la oxibutinina y una efectividad similar, aunque se han realizado menos estudios que la avalen. Dosis máxima recomendada: 20 mg/12 horas.

Tolterodina. Se tolera mejor que los anteriores, por lo que según recientes estudios los pacientes tienen mayor adherencia a este tratamiento³⁷⁻³⁹. Dosis recomendada: 2 mg/12 horas. También está comercializada la forma de liberación prolongada con una dosis diaria recomendada de 4 mg en toma única⁴⁰⁻⁴¹.

El tratamiento médico se potencia con un **reentrenamiento** de la vejiga urinaria⁴². (NIVEL DE EVIDENCIA A.)

El **tratamiento quirúrgico** es excepcional.

Incontinencia urinaria mixta

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

- ▶ SÍNTOMAS DE VEJIGA HIPERACTIVA, INCONTINENCIA DE URGENCIA E INCONTINENCIA DE ESFUERZO
- ▶ MÁS FRECUENTE EN MUJERES

La IU mixta presenta una clínica que combina síntomas de la IU de urgencia y de la IU de esfuerzo. La pérdida de orina se produce por doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana. Afecta a hombres y mujeres, y las causas son las mismas que los dos tipos de incontinencia ya citados.

TRATAMIENTO INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

- ▶ REHABILITACIÓN
- ▶ REENTRENAMIENTO DE HÁBITOS (BLADDER TRAINING)
- ▶ ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA
- ▶ ANTICOLINÉRGICOS:
 - OXIBUTININA
 - CLORURO DE TROSPPIO
 - TOLTERODINA

En la IU de tipo mixto el tratamiento consiste en una combinación de los procedimientos aplicados en la IU de esfuerzo y en la IU de urgencia. La clínica indica si se trata de una IU mixta con un predominio de esfuerzo o urgencia, y teniendo en cuenta si predomina una u otra, se inicia el tratamiento más adecuado. (NIVEL DE EVIDENCIA A.)

VARÓN DE 65 AÑOS, CON MICCIONES DÉBILES Y MUY ABUNDANTES, DISURIA Y POLAQUIURIA

TRATAMIENTO POR REBOSAMIENTO

- ▶ BLOQ. ALFA-ADRENÉRGICOS
 - ALFUZOSINA
 - DOXAZOSINA
 - TERAZOSINA
 - TAMSULOSINA
- ▶ SONDAJE INTERMITENTE
- ▶ CIRUGÍA

La **IU por rebosamiento** es la pérdida de orina asociada a una vejiga distendida cuando la presión intravesical supera la máxima presión uretral, pero sin actividad del detrusor.

La IU se produce por goteo, gota a gota o en chorro fino sin fuerza

Clínicamente puede manifestarse por síntomas irritativos (polaquiuria), obstructivos, dificultad al orinar, goteo posmiccional o con pérdida de orina más o menos continua por goteo o en pequeños chorritos, y no es excepcional que aparente una IU de esfuerzo. En algunas ocasiones, la persona se siente siempre mojada, sin tener claro el momento de la fuga. Es más habitual en varones que en mujeres.

Existen dos causas de este tipo de incontinencia:

Orgánica, como ocurre en los casos de hipertrofia benigna de próstata (HBP), tumores prostáticos y esclerosis uretral posquirúrgica, en los que la uretra se cierra por compresión, y en mujeres con prolapsos muy importantes o masas pélvicas (fibroma).

Neurológicas: se da en pacientes con detrusor arreflético como consecuencia de lesión medular o pélvica, siempre que se conserve la inervación del cuello vesical y/o esfínter uretral externo. Puede verse en lesiones medulares bajas: esclerosis múltiple o secundaria a cirugía como en la cirugía del recto e intervenciones ginecológicas.

La clínica irritativa se tratará con fármacos de tipo **alfa-bloqueadores**⁴³, cuya acción rompe el incremento de la dinámica. Bloquean los receptores α -1 adrenérgicos de la musculatura lisa prostática. No reducen el tamaño de ésta. Son fármacos bien tolerados. (NIVEL DE EVIDENCIA B.)

Son los siguientes:

Alfuzosina. Dosis máxima recomendada: 5 mg/12 horas.

Doxazosina. Dosis máxima recomendada: 4-8 mg/24 horas.

Terazosina. Dosis máxima recomendada: 5-10 mg/24 horas.

Tamsulosina^{44,45}. Se ha demostrado su eficacia en la mejora del pico máximo del flujo urinario y en la mejora global de los síntomas asociados a HBP. Asimismo, se ha comprobado que los pacientes toleran bien este fármaco, ya que tiene escasos efectos secundarios. Dosis máxima recomendada: 0,4 mg/24 horas.

Cuando predomina la clínica de carácter obstructivo o bien se trate de próstatas de gran tamaño, los fármacos de elección son los inhibidores de la 5- α -reductasa, como por ejemplo el **finasteride**⁴⁶. La inhibición es de tipo reversible. Inhiben el paso de testosterona a dihidrotestosterona que provoca el crecimiento hormonodependientemente. Por tanto, afecta directamente al tamaño de la próstata. Dosis máxima recomendada: 5 mg/24 horas en dosis única.

Si existe una indicación clínica, se realiza un **tratamiento quirúrgico**, RTU (**resección transuretral de la próstata**) o prostatectomía.

Cuando el tratamiento quirúrgico no ha sido efectivo en la resolución de la obstrucción del paso de la orina, o se trata de una IU por rebosamiento de tipo neurógeno, se precisan medidas paliativas como: **catéteres intermitentes o permanentes** que permiten el vaciado de la vejiga, o **absorbentes** urinarios indicados según cantidad de orina pérdida y la patología asociada.

TRATAMIENTO IU FUNCIONAL

- ▶ VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE (MOVILIDAD, DETERIORO, SOPORTE FAMILIAR...)
- ▶ ENTRENAMIENTO DE LOS HÁBITOS
- ▶ PROGRAMACIÓN DE LAS VISITAS AL WC
- ▶ ADECUAR A LAS NECESIDADES EL ENTORNO

La **IU funcional** se produce por existir dificultades para el paciente para acceder al lavabo o por dificultad y lentitud de la persona en la coordinación de movimientos.

PREVENCIÓN INCONTINENCIA URINARIA (1)

- ▶ REDUCIR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EXCITANTES: ALCOHOL, BEBIDAS CON CAFEÍNA, CÍTRICOS, TOMATE, COMIDAS MUY ESPECIADAS, CHOCOLATE...
- ▶ RESTRICCIÓN DE LOS LÍQUIDOS EN LA TARDE/NOCHE Y DE FRUTAS CON ELEVADO CONTENIDO LÍQUIDO, EVITANDO LAS ORINAS MUY CONCENTRADAS.

Es fundamental detectar las situaciones de riesgo que pueden derivar en una IU.

Mantener unos buenos hábitos miccionales ayuda a prevenir o a mejorar las IU⁴⁷.

Mejorar los hábitos y estilos de vida directamente relacionados con la micción y evitar el consumo de sustancias excitantes que favorecen la urgencia miccional.

En las incontinencias y urgencias de predominio nocturno, hay que evitar la ingesta masiva de líquidos en la cena, pero procurando que la restricción de líquidos no sea tan importante como para dar lugar a orinas hiperconcentradas, ya que éstas favorecen también la urgencia miccional.

PREVENCIÓN INCONTINENCIA URINARIA (2)

- ▶ EVITAR EL USO DE SEDANTES NOCTURNOS
- ▶ EVITAR LA POLIMEDICACIÓN EN GENERAL
- ▶ REDUCIR EL CONSUMO DE HIERBAS MEDICINALES DE EFECTO DESCONOCIDO.
- ▶ NO HACER INTERVALOS ENTRE LAS MICCIONES MAYORES DE TRES HORAS DURANTE EL DÍA
- ▶ FACILITAR EL ACCESO AL WC SI EXISTEN PROBLEMAS DE MOVILIDAD...
- ▶ EVITAR EL AUMENTO BRUSCO DE LA PRESIÓN INTRABDOBINAL (TOS CRÓNICA, NAUSEAS).

La polimedicación^{48,49} representa un riesgo por sí misma de IU por la suma de efectos.

Los diuréticos dan urgencia miccional al igual que el alcohol.

El consumo de infusiones de hierbas medicinales con efecto diurético debe ser valorado en su justo lugar; debe tenerse en cuenta que no es cierto que las infusiones naturales son inocuas.

Los procesos que cursan con tos pueden ser altamente lesivos para el suelo pélvico por su acción traumática repetida.

Todas estas situaciones pueden producir agresiones en el tono muscular que, a corto o largo plazo, provocan una hipotonía de la masa muscular y, posteriormente, una IU de esfuerzo^{11,12}.

PREVENCIÓN INCONTINENCIA URINARIA (3)

- ▶ TRATAR EL POSIBLE ESTREÑIMIENTO Y LA OBESIDAD
- ▶ REALIZAR UNA ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, EVITANDO EL EJERCICIO FÍSICO VIOLENTO Y ALGUNOS TIPOS DE GIMNASIA LESIVOS DEL SUELO PÉLVICO
- ▶ EVITAR LOS GRITOS Y CANTOS EXAGERADOS Y BRUSCOS
- ▶ NO LEVANTAR PESOS
- ▶ UTILIZAR ROPAS CÓMODAS DE SACAR Y NO APRETADAS

Evitar el estreñimiento y la obesidad.

Realizar una actividad física regular, evitando movimientos traumáticos sobre el suelo pélvico o realizarla con una contracción compensatoria del suelo pélvico.

No levantar demasiado peso.

Utilizar ropa cómoda, no excesivamente apretada sobre la pared abdominal y que sea fácil de sacar cuando la persona va al váter, sobre todo si se trata de alguien anciano y con dificultades funcionales.

La prevención específica de la IU de esfuerzo se basa en la ejecución de un plan de ejercicios de reforzamiento de los músculos del suelo pélvico mediante los llamados ejercicios de Kegel. Asimismo, se deben evitar situaciones de riesgo lesivo del periné. (NIVEL DE EVIDENCIA B.)

Para prevenir la IU de urgencia, se debe disminuir el consumo de fármacos y bebidas estimulantes (NIVEL DE EVIDENCIA C), reeducar los hábitos miccionales y no realizar intervalos prolongados entre micciones (NIVEL DE EVIDENCIA B).

PREVENIR LA INCONTINENCIA DE ORINA SIGNIFICA MEJORAR SIEMPRE LA CALIDAD DE VIDA

No hay que olvidar nunca que **«Prevenir una IU significa mejorar la calidad de vida»**, y es importante no sólo mejorar el número de años vividos, sino también la calidad de cómo los vivimos.

Referencias bibliográficas

1. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower tract function. The international continence society committee on standardisation of terminology. *Scand J Urol Nephrol* 1988;114(Suppl):5-19.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rossier P, Ulmsten U, et al. The standardization of lower urinary function. Report from the Standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurolo Urodyn* 2002;21:167-78.
3. Damian J, Martín-Moreno J, Lobo F, Bonache J, Ceñiño J, Redondo-Márquez L, Martínez Agulló E. Prevalence of urinary incontinence among spanish older people living home at home, *Eur Urol* 1998;34:333-8.
4. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro de Mercado P, Otero Pulme A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en hombres y mujeres mayores de 65 años. *Atención Primaria* 2003;32:337-42.
5. Dios Diz JM, Rodríguez Lama M, Martínez Calvo JR, Rodríguez Pérez C, Melero-Brezo García-Cepeda JR. Prevalencia de la incontinencia urinaria en pacientes de más de 64 años en Galicia. *Gac Sanit* 2003;17:409-11.
6. Sandvik h, Hunskar S, Vanvik A, Bratt H, Seim A, Hermstad R. Diagnostic classification of female urinary incontinence: an epidemiological survey corrected for validity. *J Clin Epidemiol* 1995;48:339-43.
7. Monllor J, Martín C. Conceptos actuales en anatomía, fisiología y farmacología del tracto urinario inferior. En: Salinas J, Romero J (eds.), *Urodinámica clínica*. 2ª edición. Madrid: Jarpoy, 1995; p. 15-35.
8. Cardozo L, Staskin K, Kirby M. Anatomía y fisiología. En: Cardozo L, Staskin K, Kirby M (eds.), *Incontinencia urinaria en atención primaria*. Isis medical Media Ltd., 2000; p. 90-170.
9. De Groat WC. Anatomy and physiology of the lower urinary treatment. *Urology Clin North Am* 1993;20:383-401.
10. Fortuny M, Carbonell C, Narbona P. Incontinència urinaria en activitats preventives per la gent gran. Llibre blanc. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1999; p. 31-15.
11. Young SB, Pingeton DMA. A practical approach to perimenopausal and postmenopausal urinary incontinence. *Obstet Gynecol Clin North-Am* 1994;21:357-79.
12. Verreken RL. Female incontinence. Clinical history and computerized questionnaires in the evaluation of incontinence. *Acta Urol Belg* 1995;63:1-7.
13. Petros PP, Ulmsten U. Urge incontinence history is an accurate predictor of urge incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:537-39.
14. Versi E, Cardozo L, Annad D, Cooper D. Symptoms analysis for the diagnosis of genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:815-19.
15. Petros PP, Ulmsten U. Urge incontinence history is an accurate predictor of urge incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:537-39.
16. Versi E, Cardozo L, Annad D, Cooper D. Symptoms analysis for the diagnosis of genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:815-19.
17. Martínez García R, Gil Salom M. Historia clínica y exploración física de la incontinencia urinaria en la mujer, en *Incontinencia Urinaria Femenina*. *Urol Integr Invest* 2000;5(3):221-32.
18. Thüroff J W, Abrams P, Artibani W, Haab F, et al. Clinical guidelines for the management of Incontinence. 1st International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee. Monaco, 1998.
19. Jensen JK, Rex Nielsen F, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obst Gynecol* 1994;83:940-10.
20. Andrew J, Kasahacck D, Colling J, De Lancey J, Keays Ch, Louhghery, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. *Clinical practice guidelin*. Rockeville: Department of Health and Human Services, 1996; update 2:18-27.
21. Cardozo L, Staskin D, Kirby M. Historia clínica y exploración física. En: Cardozo L, Staskin D, Kirby M (eds.), *Incontinencia urinaria en atención primaria*. Isis Medical Media Ltd. 2000; p. 39-48.
22. Vila Coll MA, Fernández Parcés MJ, Dalfó Baqué A, Florensa Claramunt E, Orejas López V, Romea Lecumberri S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;19:121-26.
23. Vila Coll MA, Benítez M. Incontinencia urinaria en la mujer. *FMC* 2000;7:670-9.
24. Karram MM, Partoll L, Rahe J. Efficacy of nonsurgical therapy for urinary incontinence. *J Reprod Med* 1996;40:215-8.
25. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:238-49.
26. Karram MM, Partoll L, Rahe J. Efficacy of nonsurgical therapy for urinary incontinence. *J Reprod Med* 1996;40:215-8.
27. Burgio K, Goode P, Locher J, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288: 2293-9.
28. Billington A. Estrategias para afrontar la incontinencia. En: Cardozo L, Staskin D, Kirby M (eds.), *Incontinencia urinaria en Atención Primaria*. Isis Medical Media Ltd 2000, p. 65-8.
29. Sullivan J, Abrams P. Pharmacological management of incontinence. *European Urology* 1999;36(Suppl 1):89-95.
30. Albasso A, Glazener CM, Pickard R, N'Dow J. Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults. *Cochrane database syst review* 2002. Volum 2.
31. Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine vs placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. *J Urol* 2003;170:1259-63.
32. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. Recommendations of International Scientific Committee. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Second International Consultation on Incontinence*. Plymbridge Distributors Ltd., 2002; p. 823-63.
33. Wyndale JJ. Treatment of female incontinence. Non surgical treatment of female incontinence. *Acta Urol Belg* 1995;39-40.
34. Peggs JF. Urinary incontinence in the elderly: pharmacological therapies. *Am Fam Physician* 1992;46:1763-69.
35. Loran OB, Pushkar Diu, Tevlin KP. Use of driptan (oxybutynin) in patients with urgent forms of urination disorders. *Urol Nefrol (Mosk)* 1998;6:24-6.
36. Holmes DM, Montz FJ, Stanton SL. Oxybutynin versus Propantheline in the management of detrusor instability. A patient-regulated variable dose trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:607-12.

37. Gilberg PG, Sundquist S, Nilvebrant L. Comparison of the vitro and in vivo of tolterodine with those of subtype-selective muscarinic receptor antagonist. *Eur J Pharmacol* 1998;349:285-92.
38. Abrams P, Freeman R, Anderström C, Mattiasson A. Tolterodine, a new antimuscarinic agent: as effective but better tolerated than oxibutynin in patients with an overactive bladder. *Br J Urol* 1998;81:801-10.
39. Drutz H, Appell R, Gleason D, Klimberg I, Radomski S. Clinical Efficacy and Safety of tolterodine compared to Oxibutynin and placebo in patients with overactive bladder. *Int Urogynecol J* 1999;10:283-89.
40. Rovner ES, Wein AJ. Once daily, extended-release formulations of antimuscarinic agents in the treatment of overactive Bladder: A review. *European Urology* 2002;41:6-14.
41. Van Kerrebroeck P, Kreder K, Jonas U, Zinner N, Wein A. Tolterodine oncedaily, superior efficacy and tolerability in the treatment of overactive bladder. *Urology* 2001;57:414-21.
42. Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999. Issue,3:
43. Mold JW. Pharmacotherapy of urinary incontinence. *Am Fam Physician* 1996;54(2):673-80; 683-5.
44. Rabasseda X, Fitzpatrick J. Tamsulosina: El primer antagonista selectivo de los receptores adrenérgicos alfa prostáticos para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. *Drugs of Today* 1966;32(Supl 5).
45. Narayan P, Lepor. Long-term, open-label, phase III multicenter study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2001;57(3):466-70.
46. Morote J, Lorente JA, Raventos CX, López MA, Encabo G, De Torres I, López M, De Torres JA. Effect of finasteride on the percentage of free PSA: implications in the early diagnosis of prostatic cancer. *Actas Urol Esp* 1998;22(10):835-9.
47. Bendahan G, Fortuny M, Garolera D, Gras R, Narbona P, Vila M A. Recomanacions per a l'ús de bolquers en la incontinència urinària. *Guies de Pràctica Clínica. Direcció clínica en l'atenció primària. Institut Català de la Salut*, 2002.
48. Billington A. Estrategias para afrontar la incontinencia. En: Cardozo L, Staskin D, Kirby M editores. *Incontinencia urinaria en Atención Primaria*. Isis Medical Media Ltd 2000; p. 65-8.
49. Moody M. Actuaciones para promover la continencia. En: Moody N (ed.). *Barcelona: Ancora SA*, 1993; p. 82-102.

Evaluación de la sesión sobre la incontinencia urinaria

(TEST DE 20 PREGUNTAS. EN CADA UNA DE ELLAS SE DAN CUATRO POSIBLES RESPUESTAS Y UNA SOLA ES CORRECTA.)

1. ¿DETECTAR UNA IU PUEDE LLEGAR A SER IMPORTANTE?

- a) No, no tiene ninguna importancia, debe considerarse un proceso natural dentro del envejecimiento.
- b) Sí es importante. Se trata de un problema de salud pública, además el gasto sanitario que genera es muy alto, limita notablemente la vida de quien la padece y contribuye a disminuir la autoestima personal.
- c) No desde el punto de vista médico; su impacto sólo es económico
- d) Sí. Ha de derivarse al especialista de forma inmediata.

2. PARA EL CORRECTO VACIADO VESICAL:

- a) Es imprescindible que cuando se contrae el detrusor los esfínteres uretrales y el suelo pélvico estén relajados.
- b) El vaciamiento vesical viene facilitado por un cambio de presiones.
- c) Los receptores α -adrenérgicos facilitan la relajación de estas estructuras.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

3. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA IU REVERSIBLE?

- a) Infecciones de orina.
- b) Polifarmacia.
- c) Diabetes.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

4. LOS FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A UNA IU SON:

- a) Edad.
- b) Síntomas urinarios de repetición.
- c) Deterioro funcional.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

5. EN RELACIÓN CON LA EXPLORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CIERTA?

- a) Se hace con la vejiga urinaria llena.
- b) Se exploran los genitales externos en busca de prolapsos urinarios.
- c) Se debe descartar la existencia de un fecalota.
- d) La exploración neurológica más detallada (reflejo anal, bulbo cavernoso) no aporta datos de importancia en el estudio de una incontinencia.

6. ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO DE PADECER UNA IU DE ESFUERZO EN LA MUJER DESTACAN:

- a) Obesidad.
- b) Múltiples embarazos.
- c) Histerectomía.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

7. EL RIESGO DE PADECER UNA IU RELACIONADA CON EL EMBARAZO SE ASOCIA A:

- a) Especialmente cuando son tres o más.
- b) Tras partos complicados con grandes episiotomías.
- c) La asociación es mayor en las mujeres más jóvenes que en las de más edad.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

8. LA OBESIDAD:

- a) Puede causar IU o contribuir a la gravedad de la misma.
- b) Los síntomas de una IU mejoran al disminuir el peso.
- c) No hay ninguna evidencia que apoye la relación del exceso de peso en el desarrollo de una IU.
- d) Las dos primeras afirmaciones son correctas.

9. SEGÚN LA OMS, EN UNA PRIMERA INTERVENCIÓN DESDE AP ANTE UN CASO DE IU, NO ES IMPRESCINDIBLE LLEVAR A CABO:

- a) La historia clínica.
- b) La exploración física.
- c) La analítica de sangre y orina.
- d) El estudio urodinámico.

10. ¿CUÁL ES LA PRIMERA PRUEBA DIAGNÓSTICA QUE SE TIENE QUE REALIZAR EN AP ANTE UN POSIBLE CASO DE IU?

- a) Ecografía reno-vesical.
- b) Cuestionario validado.
- c) Radiología simple de abdomen.
- d) Cistomanometría.

11. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NO HAY QUE REALIZAR EN LAS PRIMERAS VISITAS DE UN PACIENTE CON UNA IU?

- a) Urodinámica.
- b) Radiografía de abdomen.
- c) Sedimento de orina.
- d) Antígeno prostático específico.

12. EN LA IU DE ESFUERZO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?

- a) Siempre requiere tratamiento quirúrgico.
- b) La rehabilitación del suelo pélvico es el tratamiento de elección.
- c) Debe tratarse siempre con anticolinérgicos.
- d) Los conos vaginales no son útiles.

13. LOS EJERCICIOS DE KEGEL:

- a) Son flexiones abdominales.
- b) Son el tratamiento de elección en la IU de esfuerzo.
- c) Son el tratamiento de elección en la IU por rebosamiento.
- d) Deben ser recomendados por el especialista porque pueden afectar a tratamientos posteriores.

ACUDE A LA CONSULTA UN PACIENTE VARÓN DE 63 AÑOS, SIN HÁBITOS TÓXICOS NI ANTECEDENTES DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, CON UNA DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE DE 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN, HIPERURICEMIA Y COLELITIASIS ASINTOMÁTICA.

PRESENTA UN CUADRO DE MÁS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, QUE SE INICIA CON DIFICULTAD PARA INICIAR LA MICCIÓN Y LENTITUD DEL CHORRO URINARIO FINAL Y PROGRESA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS CON PÉRDIDAS DE ORINA.

EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DESTACA ABOLICIÓN DEL REFLEJO AQUÍLEO BILATERAL Y ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD VIBRATORIA Y DOLOROSA EN EÉII. EN LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS, APARECE SEDIMENTO URINARIO PATOLÓGICO.

14. ¿SE TRATA DE UNA IU?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No, sólo se trata de pérdidas asociadas a otra patología.
- d) A su edad puede ser normal.

15. ¿CUÁL SERÍA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL?

- a) Parkinson.
- b) Esclerosis múltiple.
- c) Obstrucción vesical.
- d) Hernia discal.

16. ¿QUÉ TIPO DE IU PRESENTA?

- a) IU de rebosamiento.
- b) IU de esfuerzo.
- c) IU de urgencia.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

17. TODAS LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES ACERCA DE LA VEJIGA HIPERACTIVA SON CIERTAS, EXCEPTO QUE:

- a) Es la forma más frecuente de IU en los ancianos.
- b) Un 30% de mujeres con IUE también pueden presentar una urgencia urinaria asociada.
- c) Un cuadro de polaquiuria, urgencia y nicturia es característico de la inestabilidad vesical aunque los estudios urodinámicos no demuestren contracciones no inhibidas del detrusor.
- d) En el varón se produce frecuentemente de forma idiopática.

18. ¿CUÁL SERÍA EL TRATAMIENTO INICIAL DE ESTE PACIENTE EN LA CONSULTA DE AP?

- a) Fármacos _-adrenérgicos.
- b) Fármacos anticolinérgicos.
- c) Ejercicios del suelo pélvico.
- d) Intervención quirúrgica.

19. EL DETERIORO FUNCIONAL DEL ANCIANO:

- a) Se asocia a IU.
- b) La demencia influye en el grado de la gravedad de la IU.
- c) La ayuda domiciliaria influye en una mejora de la IU.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

20. SE INICIA UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DE IU EN UNA PERSONA ANCIANA:

- a) Cuando la familia o el paciente lo solicita.
- b) Cuando afecta a la calidad de vida del paciente.
- c) Cuando el médico la busca de forma activa y la detecta en el estudio del anciano.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.