

1ª Jornada de INNOVACIÓN E INTERCAMBIO  
DOCENTE EN UROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL  
DE VILLALBA CON ATENCIÓN PRIMARIA

# INCONTINENCIA URINARIA

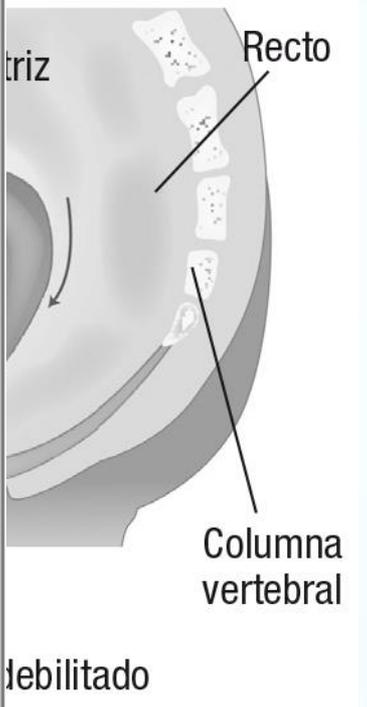
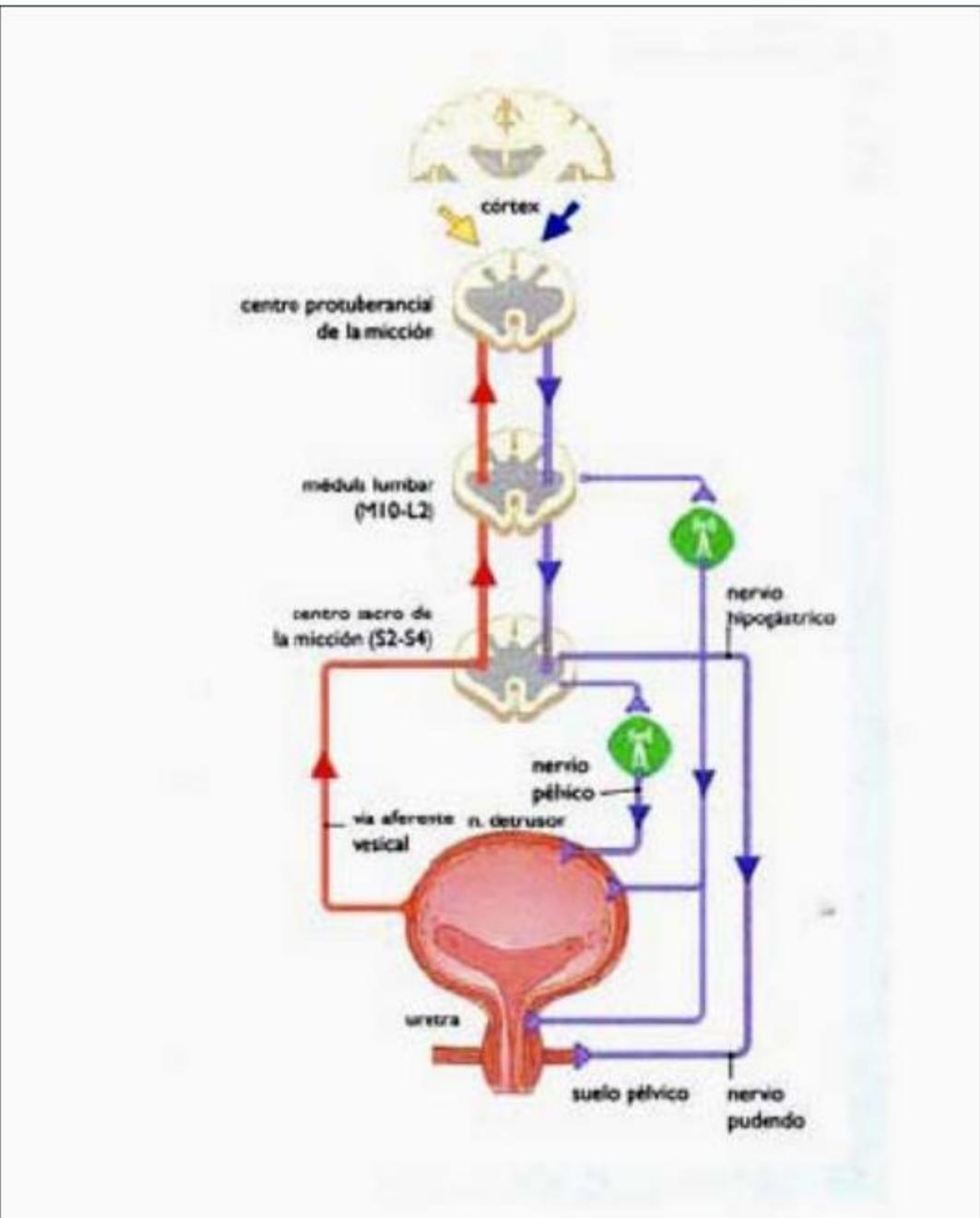
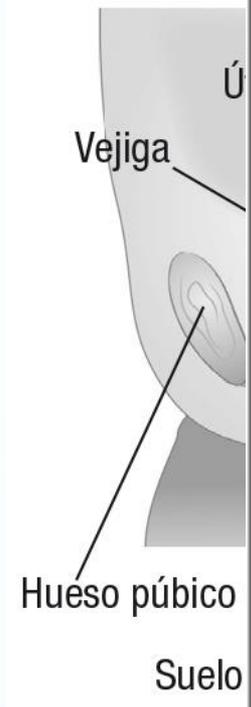
Dra. Pilar Macías Barrios. Atención Primaria Centro de Collado Villalba.

Dra. Esther Lopez López. Adjunta Urología HCV



- Recuerdo anatomopatológico del aparato urinario inferior.
- Epidemiología, concepto y clasificación.
- Evaluación inicial del paciente incontinente en atención primaria
- Evaluación del paciente incontinente en atención especializada
- Tratamiento del paciente con incontinencia
- Criterios de derivación desde atención primaria a atención especializada
- Algoritmos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento
- Caso clínico

# **RECUERDO ANATOMOPATOLÓGICO DEL APARATO URINARIO INFERIOR.**



testículo

# **EPIDEMIOLOGÍA, CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.**

# Concepto de incontinencia urinaria (IU)

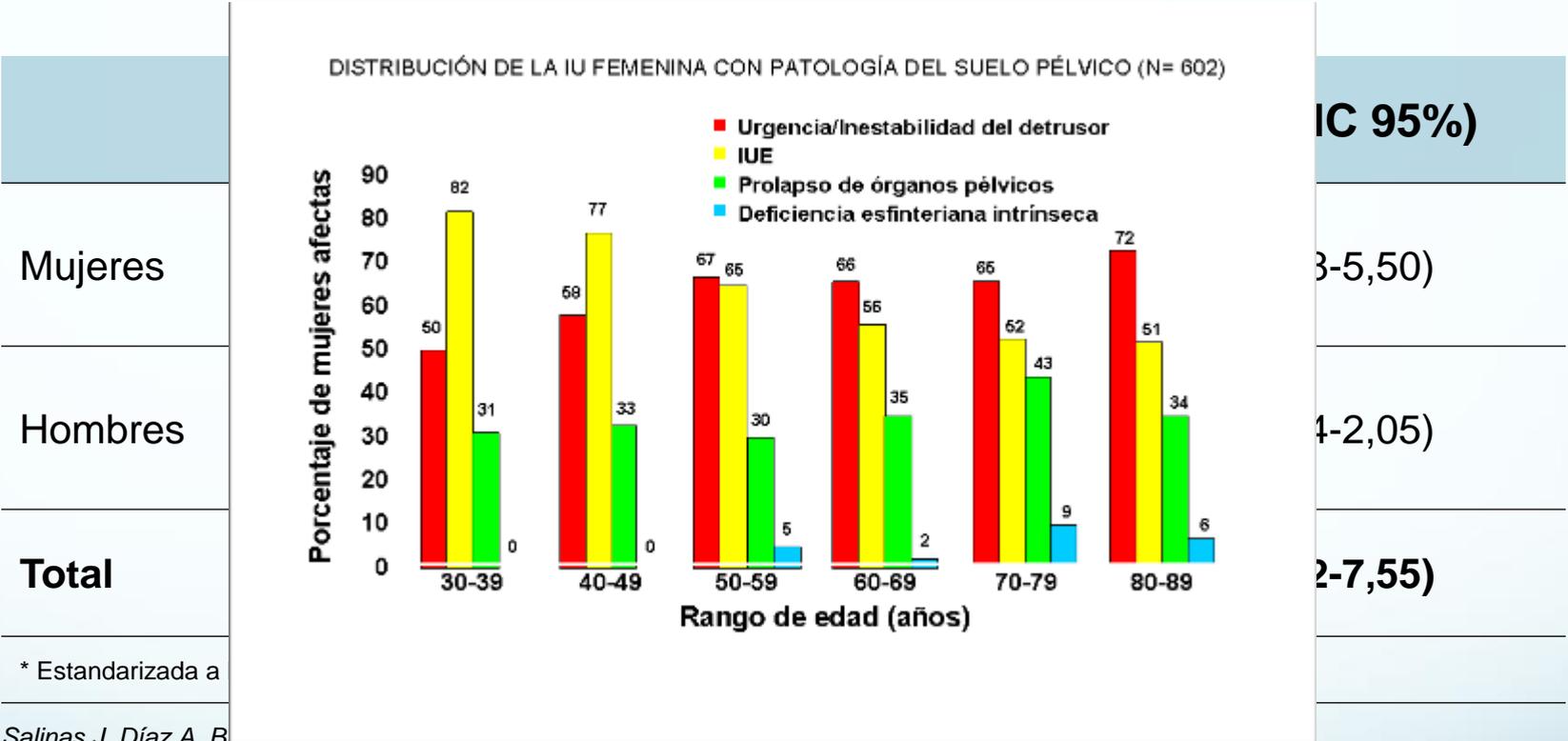
- En el año 2002, la International Continence Society (ICS) definió la IU como **cualquier queja de pérdida involuntaria de orina** (1).
- Es un problema médico y social muy creciente debido, entre otras razones, al envejecimiento de la población (2, 3).
- Considerada como uno de los síndromes geriátricos (2, 3).

1. Abrams P, et al. *Neurology and Urodynamics* 2002; 21:167-78.

2. Rexach Cano L, Verdejo Bravo C. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23:149-59.

3. Robles JE. *An Sist Sanit Navar* 2006, Vol. 29, n.º 2, mayo-agosto.

# Prevalencia de IU en España por sexo



# Tipos de IU

Según clínica	Según duración	Según intensidad
IU esfuerzo	<b>Transitoria:</b> tiempo limitado < 4 semanas, suele ser secundaria	<b>Leve:</b> < 600 ml/día
IU urgencia	<b>Establecida:</b> no desaparece antes de las 4 semanas de su aparición tras haber actuado sobre las posibles causas	<b>Moderada:</b> 600-900 ml/día
IU mixta		<b>Grave:</b> > 900 ml/día
IU rebosamiento		
IU funcional		
IU continua		
Enuresis nocturna		

# **EVALUACIÓN y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA**

# Consecuencias de la IU

1. Dermatológicas: dermatitis en la región perineal, úlceras cutáneas.
2. Infecciones: infección de vías urinarias.
3. Caídas.
4. Psicológicas: ansiedad, vergüenza, depresión, deterioro funcional, pérdida de la autoestima, influencia sobre las relaciones sexuales.
5. Sociales: aislamiento, sobrecarga para los cuidadores, mayor necesidad de apoyo familiar, factor de riesgo para internamiento en residencias, disfunción en el empleo, disminución de la actividad sexual.
6. Económicas: 2% del presupuesto sanitario en países desarrollados, 90% invertido en accesorios.
7. Otros.

# Cribado oportunista

Mujeres asintomáticas > 40 años y varones asintomáticos > 55 años.

## CUESTIONES:

- 1. Presencia de pérdida involuntaria de orina en alguna ocasión.
- 2. Valorar si estas pérdidas son frecuentes y abundantes.
- 3. Valorar si estas pérdidas suponen algún problema en su calidad de vida.

# Valoración diagnóstica inicial en Atención Primaria

Objetivos	
1	<b>Detectar</b> causas de <b>IU</b> transitorias (incluyendo farmacológicas).
2	Detectar <b>otras patologías distintas de la IU</b> que cursen con STUI.
3	<b>Establecer el diagnóstico clínico</b> de IU persistente.
4	<b>Clasificación</b> del tipo de IU.
5	Valorar <b>gravedad/intensidad de los síntomas</b> de IU (diario miccional).
6	Evaluación de la <b>repercusión de la IU sobre la calidad de vida.</b>
7	Detectar <b>casos de IU complicados</b> que requieren derivación a otro ámbito asistencial.

# Valoración diagnóstica inicial en AP y especializada

Quién	Objetivo	Herramientas	Características
AP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detectar IU “transitorias”.</li> <li>2. Diagnóstico clínico de IU establecida.</li> <li>3. Clasificación/grado IU.</li> <li>4. Gravedad de síntomas de IU.</li> <li>5. Detectar otras patologías distintas de la IU que causan sintomatología similar.</li> <li>6. Detectar IU “complicada”.</li> </ol>	<b>Anamnesis general.</b> <b>Anamnesis dirigida</b> a IU. <b>Valoración funcional</b> y cognitiva. <b>Cuestionarios</b> estandarizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas básicas para orientar diagnóstico sindrómico.</li> <li>• Diario miccional.</li> <li>• Cuestionarios para evaluar gravedad de síntomas.</li> <li>• Cuestionarios de diagnóstico clínico.</li> <li>• Cuestionarios de calidad de vida.</li> </ul>
		<b>Exploración física.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General (incluyendo valoración funcional).</li> <li>• Abdominal.</li> <li>• Pélvica, rectal, genital.</li> <li>• Valorar estado musculatura pélvica.</li> <li>• Neurología general y lumbosacra.</li> </ul>
		<b>Pruebas diagnósticas complementarias</b> básicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemático de orina: sedimento +/- urocultivo.</li> <li>• Bioquímica: glucosa, calcio, función renal, B<sub>12</sub> (ancianos).</li> <li>• Determinar el residuo vesical posmiccional (ecografía abdominopélvica).</li> </ul>
Urología	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Completar diagnóstico.</li> <li>2. Estudio de caso de mayor complejidad o fallo de la valoración diagnóstica inicial.</li> <li>3. Tratamiento específico de los casos complicados, graves, recurrentes.</li> </ol>	Pruebas diagnósticas más complejas específicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de imagen de las vías urinarias superiores e inferiores (ecografía, cistouretrografía, pielografía intravenosa).</li> <li>• Estudios urodinámicos para evaluar la función del esfínter y/o el detrusor.</li> <li>• Presión vesical de escape en Valsalva para medir la debilidad del esfínter.</li> <li>• Perfil de presión uretral (PPU) o una esfinterometría de perfusión retrógrada.</li> </ul>

# Pruebas recomendadas en la evaluación inicial de IU

Recomendadas (obligadas)	Opcionales
<ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Anamnesis general y urológica</b> dirigida:<ul style="list-style-type: none"><li>• Naturaleza y duración IU.</li><li>• Comorbilidad y fármacos.</li><li>• Valoración funcional (física, cognitiva).</li><li>• Movilidad del paciente y factores ambientales.</li></ul></li><li><b>2. Diario miccional.</b></li><li><b>3. Cuestionarios estandarizados</b> de intensidad de síntomas, efectos sobre la calidad de vida y tipo de IU.</li><li><b>4. Exploración física general y específica</b> abdominopélvica.</li><li><b>5. Pruebas diagnósticas complementarias</b> básicas:<ul style="list-style-type: none"><li>• Análisis de orina.</li><li>• Analítica: función renal, glucemia.</li></ul></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Residuo posmiccional (ecografía reno-vesical).</li><li>2. Estudios urodinámicos.</li><li>3. Pruebas de imagen: radiografía simple de abdomen, cistouretrografía retrógrada y miccional (CUMS), pielografía, TAC y resonancia magnética.</li><li>4. Estudios neurofisiológicos.</li><li>5. Estudios urodinámicos.</li><li>6. Otros:<ul style="list-style-type: none"><li>• Flujometría.</li><li>• Uretrocistoscopia.</li><li>• Estudios neurofisiológicos.</li></ul></li></ol>

# DIARIO MICCIONAL

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

HORA	LÍQUIDOS		¿CUÁNTAS VECES?	MICCIONES NORMALES			PÉRDIDAS INVOLUNTARIAS DE ORINA			ACTIVIDAD RELACIONADA CON LAS PÉRDIDAS Toser, reirse, fregar	SI UTILIZA PAÑALES ESPECIFIQUE CANTIDAD Y TIPO
	CANTIDAD	TIPO		CANTIDAD ORNADA			POCO	MED.	ABUND.		
				POCO	MED.	ABUND.					
00 - 01											
01 - 02											
02 - 03											
03 - 04											
04 - 05											
05 - 06											
06 - 07											
07 - 08											
08 - 09											
09 - 10											
10 - 11											
11 - 12											
12 - 13											
13 - 14											
14 - 15											
15 - 16											
16 - 17											
17 - 18											
18 - 19											
19 - 20											
20 - 21											
21 - 22											
22 - 23											
23 - 00											

# Cuestionario ICIQ-SF

<p>1. ¿Con qué <u>frecuencia</u> pierde orina?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca .....</li> <li>– Una vez a la semana .....</li> <li>– 2-3 veces a la semana .....</li> <li>– Una vez al día .....</li> <li>– Varias veces al día .....</li> <li>– Continualmente .....</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4 5</p>
<p>2. ¿Qué <u>cantidad</u> de orina se le escapa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– No se me escapa .....</li> <li>– Una vez a la semana .....</li> <li>– Una cantidad moderada .....</li> <li>– Mucha cantidad .....</li> </ul>	<p>0 2 4 6</p>
<p>3. ¿En qué medida estos escapes de orina han afectado a su <u>calidad de vida</u>?</p> <p style="text-align: center;">Nada ← 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 → Mucho</p>	
<p>4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todas las situaciones en las que sucede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Antes de llegar al servicio .....</li> <li>– Cuando toso o estornudo .....</li> <li>– Mientras duermo .....</li> <li>– Cuando termino de orinar y ya me he vestido .....</li> <li>– Sin motivo evidente .....</li> <li>– De forma continua .....</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

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.

# Clasificación de la incontinencia tras estudio inicial

- Mujeres:
  - Incontinencia de orina de esfuerzo
  - Incontinencia de orina de urgencia
  - Incontinencia de orina mixta
  
- Varones:
  - Goteo postmiccional aislado
  - Incontinencia de orina de esfuerzo
  - Incontinencia de orina de urgencia
  - Incontinencia de orina mixta

# Indicaciones de derivación de pacientes con incontinencia urinaria desde AP al Servicio de Urología durante la valoración diagnóstica (I)

## Durante la valoración diagnóstica

**De forma preferente: pacientes con incontinencia urinaria con sospecha clínica de cáncer de la vía urológica**

- Macrohematuria.
- Microhematuria persistente no justificada en mujeres de 50 años o más.
- IU recurrente o persistente asociada a hematuria en las mujeres de 40 años y mayores.
- Infección recurrente o bacteriurias crónicas asociadas a hematuria persistente.
- Masa pélvica, aunque sea clínicamente benigna.

*Brenes FJ, Cózar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. Aten Primaria 2013; 45:263-273.*

# Indicaciones de derivación de pacientes con incontinencia urinaria desde AP al Servicio de Urología durante la valoración diagnóstica (II)

## Durante la valoración diagnóstica

Pacientes con síntomas graves.

Pacientes con gran limitación de la calidad de vida.

Incontinencia urinaria recurrente.

Incontinencia tras cirugía previa fallida u otros tratamientos invasivos.

Incontinencia en varones sometidos previamente a prostatectomía.

**Mujeres o varones con cualquier tipo de incontinencia, asociados a :**

- Dolor vesical/uretral persistente.
- Vejiga palpable después de la micción.
- Retención aguda de orina o sospecha de incontinencia por rebosamiento.
- Infecciones recurrentes o bacteriurias crónicas de repetición.
- Incontinencia fecal asociada (incontinencia total).
- Sospecha de fístula urogenital o intestinal.
- Disfunción miccional.
- Enfermedad neurológica con posible afectación medular (ictus, demencia, Parkinson, esclerosis múltiple, etc.).
- Síntomas de vaciado deficiente, dificultad en el vaciado o residuo vesical posmiccional anormal (> 200 ml).
- Antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical.

Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático y/o visible por debajo del introito vaginal.

Síntomas de incontinencia urinaria que no pueden clasificarse como IE, IU, IM (anciano).

Diagnóstico incierto.

Presencia de comorbilidad relevante que afecta a las opciones de tratamiento disponibles o cualquier otra dificultad insalvable para realizar tratamiento conservador.

# Pruebas en Atención Especializada (I)

## Exploración Física

- Exploración general, neurológica y ginecológica sistemática, seguida de una exploración dirigida a la IU.
- Ambos sexos: valorar estado de salud y aspectos antropométricos (peso y talla; IMC). Valorar patologías pulmonares, deformidades de la columna vertebral que dificulten la movilidad, exploración abdominal de cicatrices o masas.
- Exploración neurológica: informa de la función sensorial y motora, debiendo presentar una atención especial a los nervios de las raíces sacras (S2-S5).
  - Reflejo bulbocavernoso ( estimulando la zona paraclitorídea o el glande, se observa si se produce la contracción del ano) para valorar la integridad del arco sacro (S2-S3).
  - Tono y control del esfínter anal mediante un tacto rectal
- Varón: Es necesaria la valoración de genitales externos, así como el tamaño y las características de la glándula prostática

# Pruebas en Atención Especializada (II)

- En la mujer: Características de los genitales externos: valora el trofismo de los tejidos, el tipo y grado de prolapso, cicatrices, malformaciones y la presencia de masas pélvicas.
- Capacidad contráctil del suelo pélvico: Escalas como la de Oxford y P.E.R.F.E.C.T.

## Patología asociada del suelo

- **Cistocele:** Implica la debilidad
  - Grado I: Hiper movilidad de
  - Grado II: Con Valsalva la v
  - Grado III: Con Valsalva, la
  - Grado IV: En reposo, el cu

- **Rectocele:**
  - Grado I: Con Valsalva, la p
  - Grado II: Con Valsalva, la p
  - Grado III: En reposo la p

- **Histerocele:**
  - Grado I: Descenso sin lleg
  - Grado II: Con Valsalva, alc
  - Grado III: Con Valsalva, so
  - Grado IV: Prolapso total fuera del plano vulvar

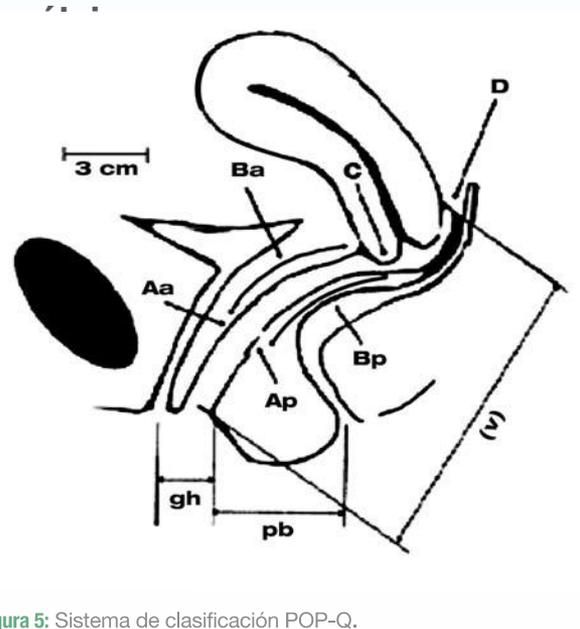


Figura 5: Sistema de clasificación POP-Q.

los uretropélvicos.

- **Enteroccele:** Prolapso de la Proción superior de la pared vaginal con hernia de fondo de saco de Douglas por lesión de ligamentos uterosacros.

- Estandarización de la terminología de gradación del prolapso: Sistema POP-Q: utiliza 9 medidas como referencia: la distancia en centímetros respecto al Himen a cada uno de 6 puntos fijos en la pared vaginal (dos en la pared vaginal anterior, dos e la posterior, y dos en el fondo vaginal) y tres mediciones perineales también en centímetros. Cualquier medición proximal al himen se registra con números negativos y con números positivos cuando están distales.

# Pruebas complementarias en atención especializada (III)

- Valoración de la incontinencia urinaria
- Exploración uroginecológica con la vejiga llena
- Prueba del hisopo o Q-tip test: Con una sonda o palillo se mide el ángulo en reposo y tras presión. Hiper movilidad si el ángulo es  $>30^{\circ}$  desde la horizontal
- Maniobra de Ulmstem: Dedo en posición para uretral media, se comprueba si se corrige la incontinencia de esfuerzo.
- Maniobra de Bonney: Reposiciona el cuello vesical con la ayuda de unas pinzas

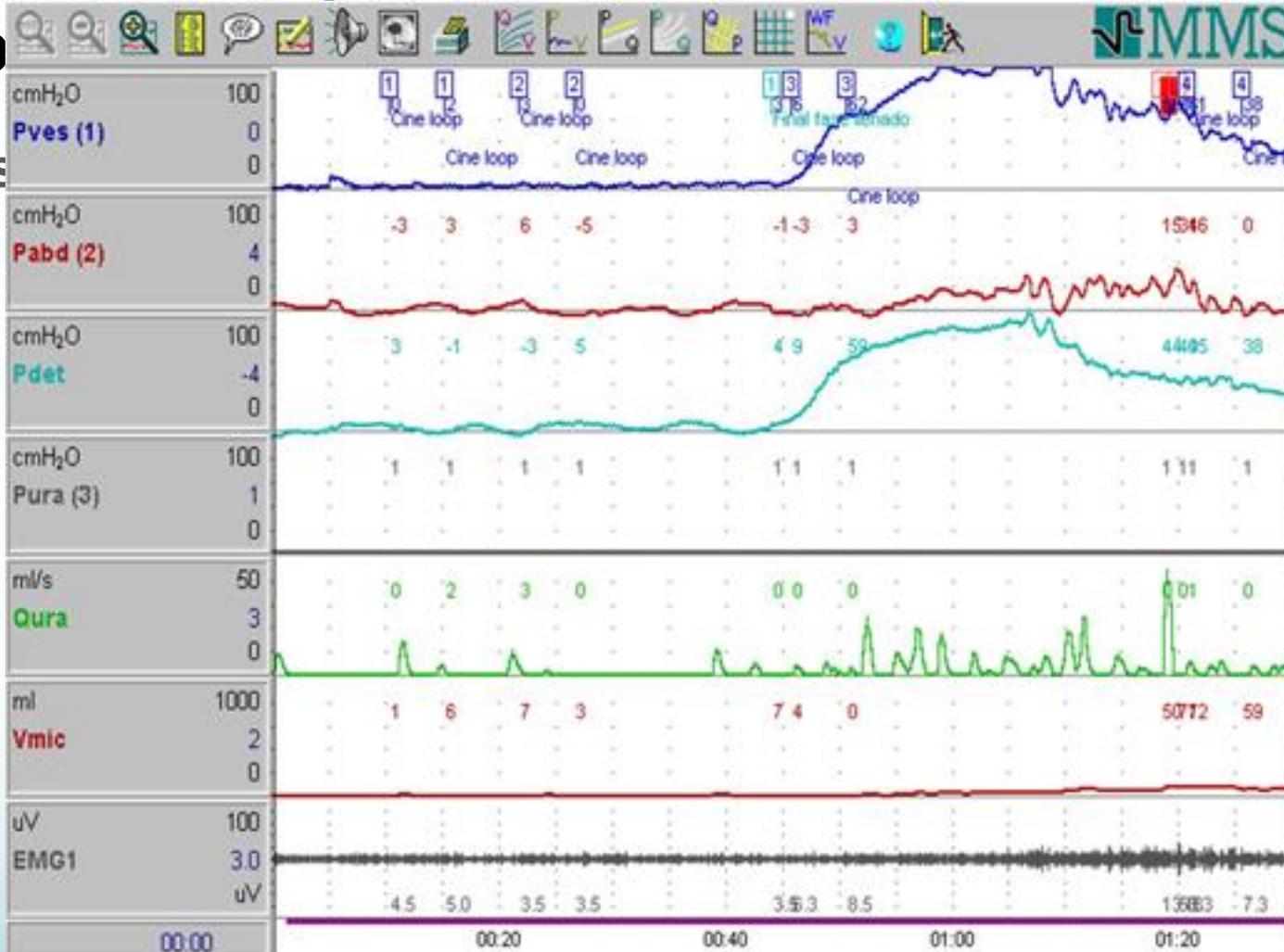
# Pruebas complementarias en Atención Especializada (IV)

- Ecografía renovesical: Descarta patología.
- Cistoscopia: En casos seleccionados (si asocia hematuria)
- Medición de residuo postmiccional.
- Estudio urodinámico (en casos seleccionados)

# Pruebas complementarias en Atención

Esp

- Es



de la  
en de  
d, la  
encia  
con la  
trusor  
cional

# TRATAMIENTO

# Tratamiento de la IU escalonado



# Tratamiento inicial de la IU

**El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la IU no complicada por su seguridad (bajo riesgo de efectos adversos) y eficacia**

Medidas higiénico-dietéticas y modificación de hábitos de vida

Modificación del entorno

Control de factores desencadenantes/agravantes

Programa de rehabilitación muscular de suelo pélvico

Técnicas conductuales: entrenamiento vesical u otras técnicas dependientes del cuidador (entrenamiento del hábito miccional y las micciones programadas)

Tratamiento farmacológico

# Tratamiento no farmacológico de la IU

- El tratamiento conservador no farmacológico es el abordaje principal de IU tanto en mujeres como en varones, con excepción en VH. Bajo este término se incluyen intervenciones que no suponen actuaciones farmacológicas y/o quirúrgicas. En la VH, a menudo, se requiere un tratamiento inicial con medidas conservadoras y farmacológicas.
- Las medidas higiénico-dietéticas y modificación de hábitos de vida, aunque no están avaladas por la evidencia, pueden ayudar a mejorar su sintomatología. Incluyen la reducción del peso (GDR: A), dejar de fumar (GDR: A), la disminución de consumo de líquidos (GDR: C) y cafeína (GDR: B), y el ejercicio físico (GDR: C).

# Tratamiento conservador de la IU

- Medidas higiénico-dietéticas y modificación de hábitos de vida: abandonar el hábito tabáquico, perder peso, disminuir consumo de líquidos y excitantes
- Modificaciones del entorno.
- Control de los factores de desencadenamiento y agravantes, ajuste de medicación que pueda agravar la incontinencia.
- Programa de rehabilitación muscular del suelo pélvico, tanto como tratamiento como preventivo ( mujeres embarazadas y en postparto, varones preprostectomía). Mantener tres meses y reevaluar.
- Técnicas de modificación conductual sobre hábitos miccionales. Reevaluar a las 6-8 semanas.

# Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria

- Fármacos empleados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva/incontinencia urinaria de urgencia:
  - Anticolinérgicos.
  - Mirabegron.
- Fármacos empleados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo
  - Estrógenos tópicos
  - Duloxetina

# Tratamiento de la VH/IU

- ***Antimuscarínicos*** : Atropina, hiosciamina Darifenacina Propantelina Solifenacina Tolterodina Trospio
- ***Medicamentos que actúan sobre los canales de la membrana***
- ***Medicamentos con efectos mixtos*** : Oxibutinina, Propiverina, Dicyclomina, Flavoxato
- ***Antidepresivos***: Duloxetina Imipramina
- ***Antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos***: Alfuzosina Doxazosina Prazosina Terazosina Tamsulosina
- ***Antagonistas de los receptores beta-adrenérgicos***
- ***Inhibidores de la PDE-5 (para los hombres con SVUI/VHA)***: Sildenafil, taladafilo, vardenafilo
- ***Inhibidores de la COX*** : Indometacina Flurbiprofeno
- ***Toxinas***: Toxina botulínica inyectada en la pared de la vejiga, Capsaicina (neurógena), intravesical, Resiniferatoxina (neurógena), intravesical
- ***Otros medicamentos***: Baclofeno intratecal, Estrógenos, Desmopresina, para la nicturia (poliuria nocturna), aunque se debe tener cuidado debido al riesgo de hiponatremia, especialmente en los ancianos

# Tratamiento farmacológico de la IU (I): Anticolinérgicos

- Los antimuscarínicos se deben ofrecer en el tratamiento farmacológico en pacientes con IUU junto con tratamiento conservador (NDE: 1, GDR: A, B).
- Los metaanálisis de los antimuscarínicos más utilizados en el tratamiento de la VH (trospio, solifenacina, fesoterodina, tolterodina y oxibutinina) han demostrado beneficios clínicos considerables.
- No ha evidencia clínica firme de que uno sea mejor que otro.
- Más de la mitad de los pacientes abandona el tratamiento en los tres primeros meses por los efectos adversos

- **Efectos adversos más frecuentes:**
  - Sequedad de boca (10-34%)
  - Sequedad ocular (1,5-3%)
  - Estreñimiento (1-8%)
  - Visión borrosa (1,5-2%).
  - Otros efectos adversos: fotofobia, enrojecimiento de la cara, reflujo esofágico, dispepsia, mareo, somnolencia, palpitaciones o afectación de la función cognitiva en los sujetos de edad avanzada.
- **Contraindicaciones:**
  - Glaucoma de ángulo cerrado
  - Colitis ulcerosa severa
  - Íleo intestinal
  - Insuficiencia renal grave
  - Hepatopatía grave
  - Estenosis pilórica
  - Lactancia
  - Miastenia gravis.
- Administrar con precaución cuando se usan con otros fármacos como sedantes, hipnóticos, alcohol o en presencia de deterioro cognitivo en ancianos que reciben inhibidores de la colinesterasa.

# Oxibutinina transdérmica

- INNOVADORA FARMACOCINÉTICA
  - Concentraciones plasmáticas constantes y sostenidas.
  - Sin metabolismo de primer paso: MENOR CONCENTRACIÓN DE N-DEO
- BUEN PERFIL DE EFICACIA
  - Superior a placebo
  - Equivalente a Oxibutinina Oral y Tolterodina LP
- BUEN PERFIL DE SEGURIDAD
  - Baja incidencia de sequedad de boca y otros efectos anticolinérgicos.
  - Sin otros efectos de clase de los Antimuscarínicos (confusión mental, lagrimeo disminuido, etc)
  - Sin afectación cognitiva identificada en pacientes ancianos
- MEJORA LA ADHERENCIA
  - ÚNICO PARCHE DEL MERCADO
  - Práctica posología (2 x Semana) y buena tolerabilidad

# Tratamiento farmacológico de VH/IUU (II): Beta3adrenérgicos

- Mirabegron, un agonista de los receptores beta 3-adrenérgicos
- Eficaz en la mejora de la IUU (NE: 1b, GR: B).
- Mejoría similar a los anticolinérgicos con mejor perfil de efectos adversos.
- Contraindicaciones:
  - Pacientes con hipertensión grave no controlada, definida como presión arterial sistólica  $\geq 180$  mm Hg y/o presión arterial diastólica  $\geq 110$  mm Hg.
  - Tome la presión arterial antes de iniciar el tratamiento y contrólela regularmente durante este, especialmente en pacientes con hipertensión.

# Tratamiento de IUE

- *Duloxetina:*
  - Aumenta la contracción del esfínter estriado.
  - Abandono del tratamiento por pérdida de eficacia o efectos adversos (vómitos 40%, boca seca, estreñimiento...)
- *Midadrina*
- *Clenbuterol*
- *Estrógenos*
- *Metoxamina*
- *Imipramina*
- *Efedrina*
- *Norefedrina*

# Monitorización del seguimiento del tratamiento conservador de la IU (I)

- La periodicidad de la valoración depende de la técnica terapéutica empleada (GDR: C).
- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico: cada 3 semanas durante los 3 primeros meses. Posteriormente: anual.
- Programa de entrenamiento vesical: 4 semanas durante los 2 primeros meses. Posteriormente: anual.
- Tratamiento con anticolinérgicos: revisión al primer mes. Posteriormente: anual.
- Tratamiento con estrógenos: revisión al tercer mes. Posteriormente: anual.

# Monitorización del seguimiento del tratamiento conservador de la incontinencia urinaria (II)

## Herramientas para valorar la efectividad:

- Valoración clínica:
  - Anamnesis de las impresiones de la mejoría global y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento.
  - Anamnesis general y urológica, específicamente sobre las características de la continencia.
- Cumplimentación de un diario miccional durante 3 a 7 días.
- Cumplimentación de las escalas de valoración:
  - Severidad de los síntomas.
  - Efectos sobre la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes (ICIQ-SF y/o KHQ).

# Indicaciones de derivación de pacientes con incontinencia urinaria desde AP al Servicio de Urología durante el seguimiento

## Durante el seguimiento clínico

Pacientes con incremento de síntomas o aparición de nueva sintomatología.

Ausencia de respuesta al tratamiento conservador inicial, incluyendo el farmacológico.

Intolerancia al tratamiento farmacológico tras un periodo de prueba, que no desea probar otro medicamento, pero le gustaría considerar un tratamiento adicional.

# Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer

- Técnicas de Colposuspensión.
- Reparación de prolapsos de órganos pélvicos.
- Técnicas de soporte uretral
  - *Tension Free Vaginal Tape (TVT)*.
  - *Tension free transobturator Tape (TOT)*.
  - Técnicas de *mini-sling* o minicintas suburetrales.
- Técnicas de compresión uretral.
- Esfínter artificial.

# Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el varón

- Goteo postmiccional: Contracción potente del suelo pelviano o compresión digital del rafe medio
- Cabestrillos suburetrales:
  - ADVANCE
  - ATOMS
- Esfínter urinario artificial

# Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria por urgencia/urgencia miccional

- Neuroestimulación.
- Inyección de Toxina Botulínica submucosa.
- Enterocistoplastia.

# **CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES**

# Coordinación médico de familia de AP con atención hospitalaria especializada

- **Médico de familia:**
  - Despistaje oportunista de la incontinencia.
  - Evaluación inicial de todos los pacientes con pérdidas involuntarias de orina.
  - Identificación de los pacientes con una incontinencia complicada o grave.
  - Remisión a atención hospitalaria especializada de los casos complicados o graves: urología, ginecología, unidades de suelo pélvico, fisioterapeutas.
  - Abordaje terapéutico conservador de los casos no complicados.
- **Urología:**
  - Valoración diagnóstica específica de los casos de incontinencia complicada o grave.
  - Tratamiento médico-quirúrgico de los casos complicados/graves o ante la ausencia de respuesta a tratamiento conservador.

# Criterios de derivación entre AP y atención hospitalaria especializada

- Generalmente a la consulta de urología.
- Durante el diagnóstico:
  - Sospecha de trastornos más complejos, como patología tumoral, estructural o funcional del aparato urinario.
  - Sospecha de presencia de enfermedades concomitantes o un deterioro funcional para identificar que estén contribuyendo a los síntomas.
  - Incapacidad de clasificar la incontinencia o establecer un diagnóstico.
- Durante el tratamiento:
  - Incontinencia complicada que requiere un tratamiento especializado.
  - Ausencia de respuesta al tratamiento conservador inicial o empeoramiento.
- Desde urología se remitirá a AP a los pacientes una vez realizado el diagnóstico y el tratamiento específico.

**ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO, ACTUACIÓN  
Y SEGUIMIENTO  
DEL PACIENTE CON INCONTINENCIA**

## Paciente con pérdida involuntaria de orina

¿< 4 sem?

SI

Diagnosticar y tratar los casos de IU aguda/secundarias/transitorias (DIAPERS)

NO

¿Se ha resuelto?

SI

Incontinencia transitoria

Incontinencia crónica establecida

### Estudio diagnóstico inicial de incontinencia urinaria establecida, crónica o persistente:

- Anamnesis general y urológica específica.
- Cumplimentación de un diario miccional.
- Cuestionarios estandarizados sobre evaluación clínica/calidad de vida y clasificación de la incontinencia.
- Exploración física general y específica (abdominal, pélvico-genital).
- Pruebas diagnósticas complementarias básicas:
  - Análisis de orina: tira reactiva +/- sedimento +/- urocultivo.
  - Bioquímica básica: función renal, glucemia.
- +/- Evaluación del residuo posmiccional con ecografía, si existe dificultad miccional.

¿Sospecha IU complicada?

SI

### Síntomas graves o gran limitación de calidad de vida

Incontinencia recurrente tras cirugía previa.  
Incontinencia urinaria posprostatectomía.  
Incontinencia urinaria asociada a:

- Dolor vesical/uretral persistente.
- Macrohematuria o microhematuria no justificada.
- Infección recurrente o bacteriurias crónicas.
- Masa pélvica, incluyendo vejiga palpable tras la micción (aunque sean clínicamente benignas).
- Incontinencia fecal (total).
- Disfunción miccional.
- Tenesmo vesical/polaquiuria.
- Sospecha de fistulas urogenitales o intestinales.
- Síntomas de vaciado deficiente, dificultad en el vaciado o residuo vesical posmiccional anormal (> 200 ml).
- Enfermedad neurológica con posible afectación medular (ictus, demencia, Parkinson, esclerosis múltiple...).
- Antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical.

Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático y/o visible.  
Síntomas de IU que no pueden clasificarse como IE, IU, IM.  
Diagnóstico incierto.  
Presencia de comorbilidad relevante que afecta a las opciones de tratamiento conservador disponibles.

NO

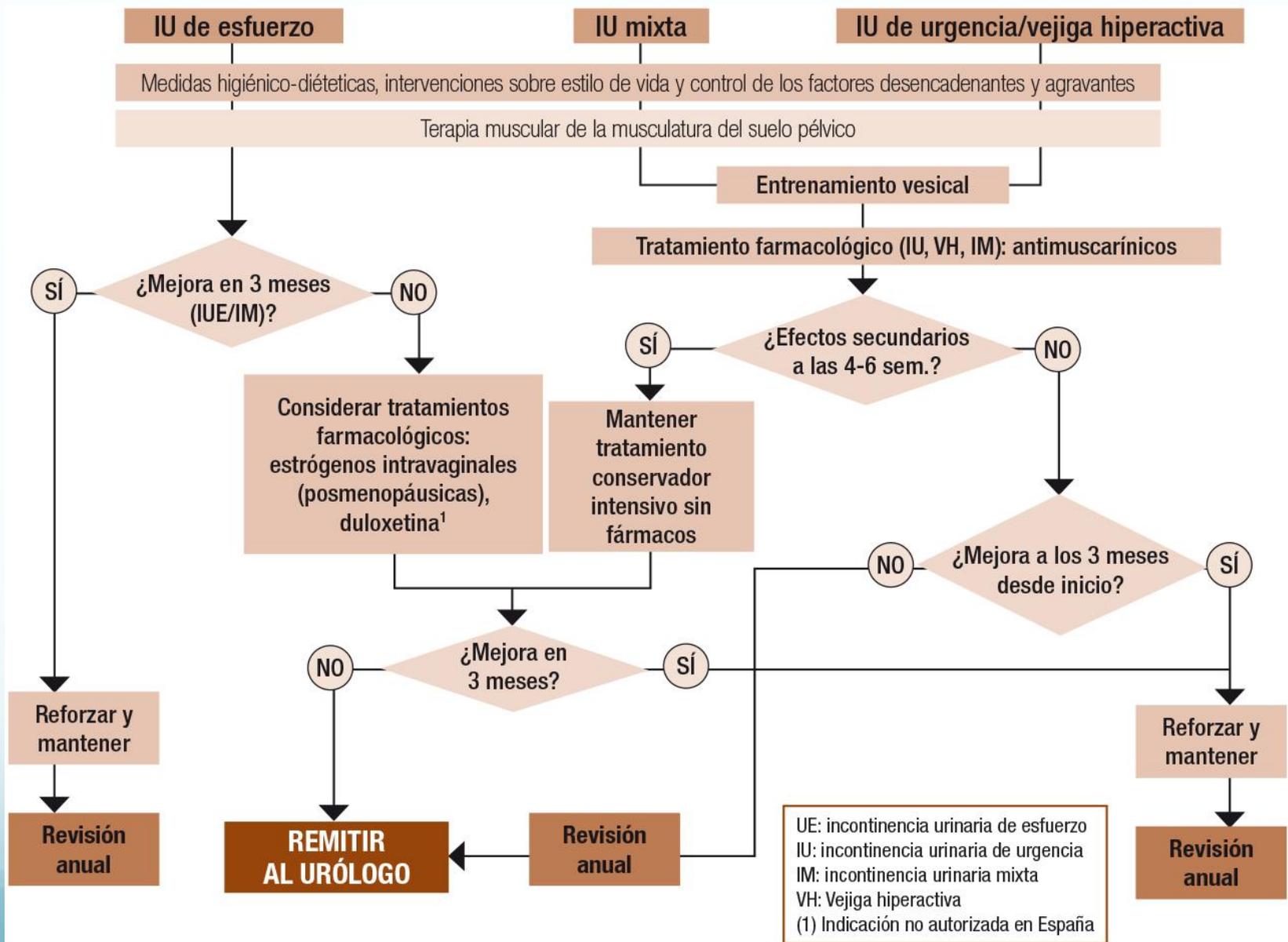
I. de esfuerzo

I. mixta

I. de urgencia

Iniciar tratamiento en AP

Remitir a UROLOGÍA





# **CASOS CLÍNICOS**

# CASO CLÍNICO I

Mujer de 58 años

## MOTIVO DE CONSULTA

Escapes de orina involuntarios desde hace 7-8 meses.

## ANAMNESIS

No RAMC.

Fumadora de 1 paquete al día desde los 25 años.

HTA en tratamiento con Enalapril 25 mg/día e Hidroclorotiazida 12,5 mg/día

Hábito intestinal estreñida

No antedecendes quirúrgicos.

Antecedentes obstétricos: Tres embarazos, tres partos eutócicos, no instrumentados, normosómicos.

Dieta: Rica en fibra, ingesta hídrica adecuada. 2 cafés al día y, ocasionalmente, refrescos de cola con cafeína

Actividad física: Camina 1 hora al día, 2 horas de aerobio a la semana

## ANTECEDENTES FAMILIARES

- Hipertensión y obesidad en ambos progenitores y su hermana.
- Madre diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 a los 60 años, fallecida hace 4 años por un evento cardiaco.
- Padre diagnosticado de cáncer de pulmón a los 76 años, fallecido hace 5 años.
- Su madre también presentaba incontinencia, pero según le dijeron se debía a que tuvo ocho partos y la vejiga “caída”.

- CONSULTA ACTUAL

- Escapes de orina de forma ocasional, coincidiendo el inicio de los síntomas con la menopausia. Al principio se le escapaba muy esporádicamente, pero las pérdidas se han acentuado claramente a raíz del inicio de las clases de “aeróbic”, hace 1 año.
- Normalmente controla bien el deseo de miccionar, pero en alguna ocasión el escape se ha producido de forma imperiosa por no poder llegar a tiempo al aseo.
- Los escapes desde hace 3 meses son diarios, con cualquier tipo de esfuerzo. Utiliza un promedio de tres *salva-slips* diarios que suele mojar casi siempre.
- No se levanta por la noche a orinar, ni tiene escapes nocturnos. Refiere que durante el día orina cada 2-3 horas. Cuando orina no ha percibido una disminución de la fuerza del flujo urinario, ni sensación de vaciamiento incompleto.
- No ha presentado hematuria, salvo coincidiendo con algún episodio de ITU (refiere tres episodios de ITU en los últimos tres años)

# Exploración (física, clínica y analítica)

- TA: 138/88, FC: 68 lpm, FR: 18 rpm, peso: 75 kg, talla: 1,64 m, perímetro abdominal: 98 cm.
- Auscultación cardiopulmonar: normal.
- Exploración del abdomen: no se observan hernias ni cicatrices de cirugía previa. No se palpa globo vesical, masas abdominales ni pélvicas. Puño percusión lumbar bilateral negativa.

# Pruebas complementarias (I)

- Pruebas complementarias de laboratorio:
  - Tira reactiva de orina: normal, sin hematuria.
  - Glucemia: 98 mg/dl; creatinina: 0,98 mg/dl; sodio: 146 mEq/l; potasio: 4,86 mEq/l.
- Ecografía renovesical (realizada en el Centro de Salud): no se objetivan alteraciones estructurales del tracto urinario y el residuo miccional medido era de 60 ml.

# Pruebas complementarias (II)

- Cuestionario IU-4: respuesta afirmativa en las preguntas n.º 1 y 4 (incontinencia de esfuerzo con un componente mixto).
- Diario miccional (3 días consecutivos). Como datos más destacados:
  - Realiza unas 9 micciones con un volumen promedio entre 150-250 ml.
  - Ingesta media diaria: 2 litros de líquido al día.
  - Episodios de escapes de orina al día: entre 2 y 3 episodios que la paciente relaciona con actividad física intensa.
  - No ha presentado ningún escape por urgencia.
- Resultado del *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form* (ICIQ-SF).

# Pruebas complementarias (II)

<p>1. ¿Con qué <u>frecuencia</u> pierde orina?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca .....</li> <li>– Una vez a la semana .....</li> <li>– 2-3 veces a la semana .....</li> <li>– Una vez al día .....</li> <li>– Varias veces al día .....</li> <li>– Continuamente .....</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4 5</p>
<p>2. ¿Qué <u>cantidad</u> de orina se le escapa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– No se me escapa .....</li> <li>– Una vez a la semana .....</li> <li>– Una cantidad moderada .....</li> <li>– Mucha cantidad .....</li> </ul>	<p>0 2 4 6</p>
<p>3. ¿En qué medida estos escapes de orina han afectado a su <u>calidad de vida</u>?</p> <p style="text-align: center;">Nada ← 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 → Mucho</p>	
<p>4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todas las situaciones en las que sucede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Antes de llegar al servicio .....</li> <li>– Cuando toso o estornudo .....</li> <li>– Mientras duermo .....</li> <li>– Cuando termino de orinar y ya me he vestido .....</li> <li>– Sin motivo evidente .....</li> <li>– De forma continua .....</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Puntuación global **13 puntos.**

# Juicio diagnóstico

Incontinencia urinaria de esfuerzo. Intensidad moderada.

# Evolución (I)

Se decide iniciar tratamiento conservador

1. Control de factores desencadenantes/agravantes de la incontinencia, asesoramiento sobre medidas higiénico-dietéticas y modificación de hábitos de vida.
  - a. Reducir el peso corporal y abandonar el hábito tabáquico.
  - b. Modificar el tratamiento.
  - c. Evitar el sedentarismo aumentar el ejercicio físico de impacto bajo o medio para el suelo pélvico, como el yoga, danza, natación, caminar.
2. Fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico.
3. Entrenar los hábitos miccionales: se aconseja vaciar la vejiga de forma programada, nunca antes de 2 horas y al mismo tiempo evitar retener la orina por periodos largos de tiempo.

## Evolución (II)

Revisión a los 3 meses. La paciente ha perdido 1 kg de peso, ha aprendido a realizar los ejercicios de Kegel, ayudada por la matrona, y dice que los realiza diariamente

Reconoce que no ha podido dejar de fumar. Ha dejado de practicar aeróbic y ahora practica natación 3 horas a la semana. Sigue caminando 1 hora al día. En relación con la incontinencia, la paciente comenta que sigue con los escapes de orina involuntarios con los esfuerzos. Sigue mojando los *salvaslips*. La paciente ha cumplimentado el diario miccional y el cuestionario ICIQ-SF.

El diario miccional muestra un resultado similar al cumplimentado en el momento del diagnóstico; el cuestionario ICIQ-SF muestra una puntuación total de 12 y un índice de calidad de vida de 7. La paciente está decepcionada, pues sigue siendo joven y no desea estar el resto de la vida con ese problema.

# Evolución (III)

Fue enviada a la consulta del urólogo hospitalario de referencia.

En revisión en consulta de urología se realiza:

- Tacto rectal: buen tono del esfínter anal y contracción voluntaria normal. Ocupación de la ampolla rectal con materia fecal.
- Exploración abdominopélvica: los genitales externos y el meato uretral son normales. No presenta cistocele ni rectocele. No se evidencia escape de orina con la tos forzada en decúbito, pero sí los presenta en bipedestación.

Se solicita como prueba complementaría una flujometría con medición de residuo postmiccional

- Flujometría: Volumen 450 cc, q max 28 ml/seg. RPM 10 cc.

# Evolución (IV)

- Se plantea posibilidad de rehabilitación en unidad de rehabilitación del suelo pélvico interhospitalaria, pero la paciente prefiere otra alternativa
- Se decide realizar una técnica de cabestrillo suburetral TOT.
- Seis meses después la paciente ha mejorado de forma importante y la incontinencia se ha controlado con el tratamiento quirúrgico.

# CASO CLÍNICO II

Mujer de 66 años

## MOTIVO DE CONSULTA

Escapes de orina.

## ANAMNESIS

No RAMC.

DL en tratamiento con simvastatina

Intervenida de ligadura de trompas

3 Gestaciones, 3 partos vaginales.

# Antecedentes familiares

- Padre fallecido a los 55 años por IAM
- Madre de 89 años, institucionalizada por Enf. Alzheimer avanzado. Portadora de pañal.

# Consulta actual

Refiere incontinencia urinaria desde hace 17 años. Ha realizado ejercicios de forma autodidacta y errática, sin mejoría.

Refiere incontinencia urinaria en bipedestación, tipo chorrito. También refiere urgencia miccional con escape de orina ocasional.

Nicturia de 2 veces. FMD cada aprox 2 horas. Chorro de calibre normal, no entrecortado, no realiza prensa, sensación de vaciado vesical completo.

# Exploración física

- TA 130/70. T<sup>a</sup> 36°.
- Exploración cardiopulmonar no patológica
- Abdomen globuloso, no masas ni megalias. Sobrepeso (1,60 cm, 58 kg)

# Pruebas complementarias (I)

- Analítica de sangre sin alteraciones.
- Sedimento de orina sin alteraciones, cultivo de orina no patológico.
- Ecografía: Riñones de tamaño y ecogenicidad conservada. No se observan cálculos ni dilatación de los sistemas pielocaliciales. La vejiga urinaria está en repleción adecuada, no presenta alteraciones morfológicas.

# Pruebas complementarias (II)

- Resultado del *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)*.
  - Puntuación global 14. Escapes por urgencia y con esfuerzos
- Diario miccional: La paciente no lo llega a realizar. De forma verbal refiere ingesta hídrica aproximada de un litro, micción cada hora y media/dos horas. Urgencia en 1 de cada 3 micciones aprox. Escape con los esfuerzos a diario.

# Evolución (I)

- Se decide iniciar tratamiento conservador
  1. Control de factores desencadenantes/agravantes de la incontinencia, asesoramiento sobre medidas higiénico-dietéticas y modificación de hábitos de vida.
    - a. Reducir el peso corporal.
    - b. Evitar el sedentarismo aumentar el ejercicio físico de impacto bajo o medio para el suelo pélvico, como el yoga, danza, natación, caminar.
  2. Fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico.
  3. Entrenar los hábitos miccionales: se aconseja vaciar la vejiga de forma programada, nunca antes de 2 horas y al mismo tiempo evitar retener la orina por periodos largos de tiempo.
- Asociado a medicación anticolinérgica con Solifenacina 5 mg, pudiendo aumentar la dosis a 10 mg si no notase efecto beneficioso y no estuviese incómoda por los efectos secundarios

# Evolución (II)

- Revisión a los tres meses.
- Sólo ha realizado un mes de tratamiento por mala tolerancia al mismo por sequedad de boca y estreñimiento.
- No es capaz de realizar correctamente los ejercicios del suelo pélvico.
- No ha perdido peso.
- Se decide derivar a consulta de urología.

# Evolución (III)

- Paciente remitida a consulta.
- Exploración uroginecológica: Genitales hipoestrogenizados. Hiato vaginal disminuido, cicatriz de episiotomía mediolateral. Núcleo central del periné de tonicidad media. Contracción vaginal Oxford 2, longitud vaginal normal, cérvix de múltipara. Cistocele I/IV, histerocele i/IV, no rectocele. IUE moderada con Valsalva, leve hipermvilidad uretral. Tacto bimanual: No masas, tono del esfínter anal conservado, ampolla rectal vacía.
- Flujometría libre: 300 cc, q max 18 ml/seg. RPM 30 cc.
- Citología de orina: Negativa.

# Evolución (IV)

- La paciente desea tratamiento para controlar la urgencia miccional y la incontinencia de esfuerzo
- HTA de reciente diagnóstico, a raíz de cefalea intensa, por la que acudió a urgencias, objetivándose TAS 200/TAD 110. En tratamiento con dos fármacos, con crisis hipertensivas a pesar de ello, ya que no toma la medicación según se le ha pautado porque, según refiere, es joven para tomar tratamiento oral.
- Dada la mala tolerancia a anticolinérgicos vía oral y el reciente diagnóstico de HTA, con mal control en el momento de la visita, se plantea posibilidad de tratamiento con parches transdérmicos, pero la paciente no desea tratamiento.
- Se remite a rehabilitación de suelo pélvico.

# Evolución (V)

- Revisión tres meses después.
- Refiere gran mejoría clínica desde el inicio de la rehabilitación.
- No refiere incontinencia de esfuerzo, salvo si grandes accesos de tos, pero no interfieren con su vida habitual.
- Persiste urgencia miccional, pero consigue llegar al baño en todas las ocasiones y se muestra satisfecha con ello.

# CASO CLÍNICO III

Varón de 64 años

## MOTIVO DE CONSULTA

Urgencia miccional e incontinencia.

## ANAMNESIS

Alérgico a Penicilinas.

Fumador de 10 cigarrillos al día

No enfermedades médicas de interes.

Intervenido de artroscopia de rodilla.

# Antecedentes familiares

- Madre de 84 años. DMNID. HTA. Obesidad. No otras patologías. Autónoma para las actividades de la vida diaria.
- Padre fallecido a los 53 por ca. de pulmón.

# Consulta actual

- Refiere urgencia miccional con escapes de orina, no a diario, pero que le incomodan en su vida habitual.
- Nicturia de 3 veces. FMD 1.5- 2 horas.
- Chorro con ligera disminución del calibre, con dificultad miccional, no precisa realizar prensa abdominal, sensación de vaciado vesical incompleto ocasional, sobre todo en la primera micción de la mañana.
- Ingesta hídrica aproximada de 1.5 litros de agua al día.

# Exploración física

- TA 120/70. fc 75 lpm. T<sup>a</sup> 36 °C. 175 cm, 68 kg.
- Abdomen blando, depresible, no masas.
- Tacto rectal: Próstata I-II/IV, no masas, no sospechosa

# Pruebas complementarias (I)

- Analítica de sangre con elevación de colesterol total 245. PSA 1.3.
- Analítica de orina microhematuria 10 hematíes/campo.
- Ecografía: Riñones con buena diferenciación corticomedular, no masas, no litiasis. Vejiga con media repleción, ya que el paciente refiere deseo miccional intenso, no valorable, engrosamiento mural. Próstata de 25 cc.

# Evolución (I)

Se inicia manejo conservador

- Modificación de hábitos de vida: Abandono del hábito tabáquico.
- Recomendaciones dietéticas para reducir hipercolesterolemia.

Se inicia tratamiento médico con Tamsulosina.

Se solicita nuevo sedimento de orina.

# Evolución (II)

- Acude a revisión tras un mes de tratamiento con Tamsulosina, con ligera reducción de la nicturia, a 1- 2 veces, pero persistencia de la urgencia miccional. No clara mejoría en la fuerza del chorro.
- No ha conseguido abandono por completo del hábito tabáquico.
- En analítica de orina se continúa objetivando microhematuria, por lo que se remite a consulta de urología.

# Evolución (III)

- Paciente remitido a consulta de urología, se realizan pruebas complementarias.
- El paciente continúa en tratamiento con Tamsulosina. Ha conseguido abandono completo del hábito tabáquico.
- Exploración física: No se palpa globo vesical. Testes en bolsa escrotal, no masas. Hernia inguinal derecha. Pene no circuncidado, no fimosis. Tacto rectal: Próstata I-II/IV, adenomatosa, no sospechosa. Reflejo bulbocavernoso presente. Tono del esfínter anal sin alteraciones.
- Flujometría: 170 cc, q max 17 ml/seg. RPM 20.
- Citología de orina: Negativa.
- Sedimento de orina no patológico.
- Uretrocistoscopia: Uretra sin alteraciones, próstata bilobulada. Vejiga trabeculada, orificios ureterales sin alteraciones. No lesiones exofíticas ni áreas sospechosas de tumor vesical

# Evolución (IV)

- Se modifica medicación a tratamiento combinado Tamsulosin 0,4 + Solifenacina .
- Revisión a los tres meses.
- El paciente refiere importante mejoría clínica. Persiste ligera urgencia, pero consigue llegar al baño en todas las micciones. Ha reducido la nicturia a 1 vez y aumentado la frecuencia miccional diurna a 2-2.5 horas. Aumento en la fuerza miccional. Muy satisfecho.
- Sedimento de orina no patológico. Nuevo citología de orina no patológica

**GRACIAS POR SU  
ATENCIÓN**