



*De la práctica
centrada en
la enfermedad
a la atención
centrada en
las personas*

pautas de **a**ctuación y **s**eguimiento

Incontinencia urinaria



Actividad
acreditada con
2,7 créditos
(N.º Exp. 13/10491)



De la práctica
centrada en
la enfermedad
a la atención
centrada en
las personas

Incontinencia urinaria

pautas de actuación y seguimiento

Coordinador General:

Dr. Jesús Lozano Olivares

*Director de la Fundación para la Formación
de la Organización Médica Colegial*

Coordinadores Científicos:

Dr. José Manuel Cózar Olmo

*Jefe de Servicio de Urología. Hospital
Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Dr. Manuel Esteban Fuertes

*Unidad de Urología. Hospital Nacional de
Parapléjicos. Toledo*

Autores:

Dr. Francisco José Brenes Bermúdez

*Médico de Familia. Centro de Atención Primaria
Llefià, Badalona. Barcelona*

Dr. José Manuel Cózar Olmo

*Jefe de Servicio de Urología. Hospital
Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Dr. Manuel Esteban Fuertes

*Unidad de Urología. Hospital Nacional de
Parapléjicos. Toledo*

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

*Médico de Familia. Centro de Salud Menasalbas.
Toledo*

Dr. José María Molero García

*Médico Especialista en Medicina de Familia
y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés.
Madrid*



Actividad
acreditada con
2,7 créditos
(N.º Exp. 13/10491)



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Cedaceros, 10
28014 Madrid
Tel.: 91 426 06 21. Fax: 91 426 06 40
www.ffomc.org



Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra, pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

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

ISBN: 978-84-7867-243-1
Depósito Legal: M-35554-2013

Sumario

Prólogo	5
Introducción	7
Concepto y epidemiología de la incontinencia urinaria. Fisiología de la micción	11
<i>Dr. Francisco José Brenes Bermúdez</i>	
Valoración y sospecha clínica de la incontinencia urinaria (clasificación y tipos de IU. Factores de riesgo)	25
<i>Dr. Francisco José Brenes Bermúdez</i>	
Diagnóstico de la incontinencia urinaria	35
<i>Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma</i>	
Tratamiento de la incontinencia urinaria	43
<i>Dr. Manuel Esteban Fuertes, Dr. José Manuel Cózar Olmo</i>	
Criterios de derivación entre los distintos niveles asistenciales	59
<i>Dr. José María Molero García</i>	
Algoritmo de actuación y seguimiento del paciente con incontinencia urinaria	69
<i>Dr. José María Molero García</i>	
Consideraciones éticas en el tratamiento de la incontinencia urinaria	79
<i>Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma</i>	
Test de evaluación para acreditación	87

Prólogo

En el año 2002, la Organización Médica Colegial (OMC), con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo, puso en marcha un singular proyecto de información y formación activa a los profesionales sanitarios a través de las Guías de Buena Práctica Clínica, dirigidas fundamentalmente a los médicos de Atención Primaria, y las Guías de Evidencia, dirigidas a los profesionales de Atención Especializada.

Durante 10 años se han puesto a disposición de los profesionales sanitarios casi un centenar de estas guías, abarcando la práctica totalidad de las áreas clínicas y de los diagnósticos más prevalentes en los diferentes niveles asistenciales.

En este año 2013, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) continúan la colaboración, encaminada a proporcionar a los profesionales sanitarios documentos de ayuda a la toma de decisiones a través de las **pautas de actuación y seguimiento (pas)**, serie de publicaciones sucesivas y complementarias, cuya finalidad es impulsar el paso de una práctica centrada en la enfermedad a la atención centrada en el enfermo, la cual tiene en cuenta no solo la consulta, sino también la continuidad de la asistencia y el seguimiento del paciente.

El programa de publicaciones **pas**, coordinado por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC), está dirigido tanto a los profesionales de Atención Primaria como a los profesionales de Atención Especializada, y constituirá una herramienta de formación médica acreditada, accesible desde el campus virtual de la FFOMC, a través de la cual los profesionales actualizarán su conocimiento científico.

Los contenidos científicos serán elaborados por expertos en cada materia, a partir de la mejor información útil disponible en la bibliografía actual, siguiendo de manera rigurosa la metodología de revisión crítica de literatura científica y, al mismo tiempo, se redactarán de forma sencilla, práctica y didáctica, con objeto de cumplir su doble misión, informativa y formativa.

Por último, y como elemento diferencial de esta serie, se introducen elementos clínico-deontológicos que permitirán al profesional médico tener como constante asistencial los criterios éticos que deben estar presentes siempre en su práctica diaria.



Tanto para el CGCOM como para el MSSSI supone una gran satisfacción el desarrollo de estas publicaciones, que esperamos sean de gran utilidad para la mejora de la atención a los pacientes.

D. Juan José Rodríguez Sendín

Presidente FFOMC

D.^a M.^a Mercedes Vinuesa Sebastián

*Directora General de Salud Pública,
Calidad e Innovación (MSSSI)*

Introducción

Alguien dijo que el ser humano se diferencia de los animales en su forma de reír y en su modo de orinar. El control voluntario del “encendido-apagado” que, como afirma De Groat, inicia la micción nos permite retrasar la fase de llenado vesical sin problema hasta encontrar un momento socialmente aceptable para vaciar. Esta sencilla práctica fisiológica se convierte en un drama en la vida cotidiana de pacientes donde la urgencia, la frecuencia y la nicturia impregnan su quehacer diario. Es seguro que esta limitación les afecta incluso más que enfermedades potencialmente más graves para su salud (como la hipertensión arterial o la diabetes) y quizá solo es superado por las enfermedades psiquiátricas, como así lo atestiguan las herramientas de medición de calidad de vida. Todos los médicos hemos escuchado en la consulta la frase “me orino porque soy vieja”, y hemos intentado explicar que la incontinencia urinaria es una alteración de la normalidad, que lo normal es ser continente en cualquier sexo o grupo etario y que siempre dispondremos de un algoritmo diagnóstico/terapéutico que ofrecerle al paciente.

La incontinencia urinaria, tanto en su etiología por fracaso anatómico ante los esfuerzos como en la vejiga hiperactiva, su variante funcional de mayor grado, es un gran problema de salud pública. Para conocer la importancia de un problema de salud no existe otro medio que acudir a datos epidemiológicos. Actualmente se considera una prevalencia mundial de incontinencia urinaria de 200 millones de individuos, de los cuales 50 millones se ubican en países occidentales. En España la prevalencia específica es de 6,5 millones de personas, estimándose una afectación del 25-45% en mujeres mayores de 20 años de edad. Una de cada cinco mujeres refiere haber padecido al menos un episodio de escape urinario en su vida. Otro aspecto interesante, en el debate de adecuación de los recursos en el que nos encontramos en la actualidad, es el “económico”. En 1996, el Sistema Nacional de Salud gastó en materiales absorbentes el 3,2% del total de la prestación farmacéutica. Dicho gasto se ha mantenido establemente creciente y en 2001 se consumieron recursos por valor de 210 millones de euros por este concepto en España. Esta cifra crece exponencialmente año a año.

Es seguro que la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) acertó de pleno a principios de los años 70 cuando estableció la primera definición de incontinencia urinaria como “la pérdida objetivamente demostrable de orina que causa un problema higiénico y/o social”.

Aunque entonces la esperanza de vida no era la actual, ya existía la sensibilidad de la esfera “social” o de calidad de vida, entendida como el sumatorio resultante de los impactos positivos y negativos que recibe un sujeto en su medio o entorno. Posiblemente existan pocas circunstancias tan impactantes como “ir mojado”. La carga de prueba de que se acertó en esta definición inicial es que hoy en día aún se considera terminológicamente, y los médicos contemplamos históricamente cómo aquella época, hace más de 40 años, supuso un gran avance fisiopatológico, al asociar el desarrollo tecnológico en la práctica clínica de la urología funcional con la obligación de establecer y definir los conceptos. Otro hito importante fue la aprobación por la OMS a finales del siglo xx de la incontinencia de urgencia como enfermedad y el establecimiento de participación de los pacientes en la decisión colegiada del tratamiento.

La ICS ha acreditado siempre una vocación unificadora creando subcomités tecnológicos sobre conceptos y método, concretados en informes de estandarización terminológica. Se nos ofrecen guías de revisión periódica sobre incontinencia, con evaluación y tratamiento sobre la incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos e incontinencia fecal. Dichas recomendaciones están basadas en la evidencia tras una exhaustiva revisión de la literatura disponible y en la opinión global de expertos reconocidos que participan en comités específicos. Dichas consideraciones son reevaluadas de forma periódica a la luz de la experiencia clínica, el progreso tecnológico y la investigación.

Concretamos dichos datos en cuatro aspectos. En primer lugar, la importancia de una correcta utilización de la terminología para hablar un lenguaje científico común. Ser estrictos en establecer definiciones debe ser un hecho básico para poder comunicarnos científicamente. Recordamos con respeto aquel cambio que supuso la publicación de Paul Abrams en 1983 *New winds of Urology*, donde proponía superar la nomenclatura de síntomas irritativos y obstructivos. El tiempo lógicamente ha confirmado su acierto. La incontinencia urinaria es un síntoma de llenado o vaciado definida como “la queja por cualquier pérdida de orina involuntaria”, incluyendo aspectos sociales e higiénicos. En segundo término, el capítulo de “Evaluación”, significando las pruebas altamente recomendables o recomendadas, con valor demostrado en la evaluación de la mayoría de los pacientes cuyo uso se solicita encarecidamente durante la evaluación inicial, *versus* las pruebas opcionales, sometidas a libre juicio del médico o no recomendadas. En tercer lugar, las recomendaciones de tratamiento, asociando componentes esenciales de evaluación básica, decisión conjunta y utilización de productos, todo ello asociado a consejos para la prevención, educación y prevención primaria de la continencia. Los comités de expertos abundan para acabar con el infradiagnóstico en dos

aspectos: incidir sobre el conocimiento de la enfermedad en la población y ofrecer formación a los profesionales médico, de enfermería y farmacéutico. Y la cuarta y última consideración hace referencia a que se debe profundizar en las recomendaciones para la investigación científica básica adicional, investigación en epidemiología y metodología de investigación clínica.

Finalmente, es preciso recalcar algunos aspectos de futuro, como es la correcta ubicación de la incontinencia mixta, la más frecuente, el cómo abordarla, con una visión cercana a S. Raz, que afirma, en estos casos, que la vejiga hiperactiva es secundaria a la irritabilidad provocada por la orina que escapa ante el esfuerzo, proponiendo cirugía correctora como primera alternativa *versus* iniciar el enfoque menos agresivo con tratamientos farmacológicos y rehabilitadores. Probablemente ahí la evaluación urodinámica sea esencial para conseguir el objetivo terapéutico. En último término, proponemos una “mente abierta funcionalista” ante los retos por venir: identificación de nuevas armas terapéuticas y su comprensión, mejoras técnicas en el estudio, con aportaciones de técnicas más fisiológicas no invasivas, y dar un papel preponderante a las herramientas clínicas, como los diarios miccionales y hojas de frecuencia/volumen y los cuestionarios modulares validados. El presente es interesante, pero el futuro es muy esperanzador.

Dr. José Manuel Cózar Olmo

*Jefe de Servicio de Urología. Hospital
Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Dr. Manuel Esteban Fuertes

*Unidad de Urología. Hospital Nacional
de Paraplégicos. Toledo*

Concepto y epidemiología de la incontinencia urinaria. Fisiología de la micción

Dr. Francisco José Brenes Bermúdez

Médico de Familia CAP LLeifià, Badalona. Barcelona

Incontinencia urinaria. Concepto y epidemiología

Existen diferentes definiciones de incontinencia urinaria (IU), actualmente la tendencia es la homogeneización y aceptar el concepto de IU propuesto en el año 2002 por la Sociedad Internacional de la Continencia (ICS) (1). Define a la IU como “cualquier queja de pérdida involuntaria de orina”. Esta definición sustituyó a la anterior que consideraba como IU a toda pérdida involuntaria de orina que generaba en el individuo un problema higiénico o social.

La IU constituye un problema médico y social importante con una tendencia creciente debido, entre otras razones, al envejecimiento de la población (2, 3).

La IU es considerada como uno de los síndromes geriátricos por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la padece (2, 3).

Es una patología muy prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. Su incidencia aumenta exponencialmente con la edad (3).

Las cifras de prevalencia de IU son muy variables en los distintos estudios (3), cifras que oscilan entre el 5 y el 72% (4). Los pacientes institucionalizados, en particular las mujeres, representan un grupo de elevada prevalencia de IU, alrededor del 50-60% (3).

Se ha estimado la prevalencia con diferentes definiciones y conceptos de IU, si bien, los estudios realizados a partir del año 2002 son más homogéneos y siguen el concepto de IU propuesto por la ICS (1).

En el estudio epidemiológico EPINCONT, realizado en un condado de Noruega entre los años 1995 y 1997, se evaluaron 27.936 mujeres mayores de 20 años; el 25% de ellas confesaba tener pérdidas de orina (5).

Un estudio llevado a cabo en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) (6) sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de

18 años demostró que el 35% de ellas refería pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. En todos los países la tasa de prevalencia fue muy similar, del 44, 41 y 42% para Francia, Alemania y el Reino Unido, respectivamente, excepto en España, cuya tasa resultó menor (23%). La distribución de las distintas prevalencias según la edad de las mujeres españolas en este estudio se puede observar en la tabla 1. La IU de esfuerzo (IUE) es el tipo más frecuente. Alrededor de un cuarto de las mujeres con IU en España (24%) y Reino Unido (25%) había consultado a un médico acerca de ello, en Francia (33%) y Alemania (40%) los porcentajes eran más altos.

Tabla 1. Prevalencia de IU en las mujeres en España

Grupo de edad (años)	Porcentaje con IC 95%
18-24	6 (4-8)
25-29	15 (12-17)
30-34	17 (14-19)
35-39	21 (18-24)
40-44	23 (19-26)
45-49	22 (18-26)
50-54	25 (20-29)
55-59	23 (19-27)
60-64	25 (20-29)
65-69	34 (30-38)
70-74	35 (31-40)
75-79	38 (31-44)
80-84	40 (31-49)
85-89	51 (38-64)
≥ 90	61 (45-76)
Prevalencia global	23 (22-24)

Hunnskaar S, et al., 2004 (6).

En estos dos estudios europeos la prevalencia de IU en mujeres aumenta con la edad (5, 6), con una tasa típica del 20-30% en mujeres jóvenes, un pico alrededor de la edad media (prevalencia del 30-40%) y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas (prevalencia del 30-50%).

Minassian, en un metaanálisis sobre IU en la mujer, observa dos picos de prevalencia: uno entre los 40-50 años y otro hacia los 80 años; en el primero de los picos predomina la IUE y en el segundo la IU mixta (IUM) y la IU de urgencia (IUU) (7).

Muchos estudios sobre IU no evalúan la gravedad, ni tienen en cuenta la frecuencia de las pérdidas ni su cantidad.

La severidad de la IU se incrementa con la edad y varía según el tipo de IU. En el estudio EPINCONT (5) se demuestra que la IU severa supone el 17, 28 y 38% de la IUE, IUU e IUM, respectivamente. En lo referente al grupo de IUE, la severidad de la incontinencia aumentaba del 10% en el grupo de edad de 25 a 44 años al 33% en el grupo de 60 o más años. Para la IUU y la IUM los valores correspondientes fueron: 8% en el grupo de edad de 25 a 44 años al 45% en el de 60 o más años, y 19% en el grupo de edad de 25 a 44 años al 53% en el de 60 o más años. El citado estudio epidemiológico definió la IU significativa como aquella de los pacientes con moderada o severa IU por el índice de severidad de Sandvick. La prevalencia de esta IU significativa aumenta con la edad, independientemente del tipo de IU, con un rango de 1,7% en la tercera década de la vida a 16,2% en el grupo de pacientes mayores de 85 años.

En Cataluña (8) se ha realizado un estudio para conocer la prevalencia y severidad de la IU; respondieron a la encuesta 15.926 personas mayores de 15 años representativas de la población de Cataluña. Unas 500.000 personas, el 7,9% de la población, declara tener IU. El 12,2% de las mujeres y el 3,6% de los varones, siendo esta cifra del 2,5% en mujeres de entre 15 y 44 años. La prevalencia aumenta con la edad: un 12% de las mujeres de 45 a 64 años refiere síntomas de IU, esta cifra alcanza un 26,6% entre las mujeres de 65 a 74 años y un 41,8% entre las mujeres de 75 o más años.

Un 2,8% de los varones entre 45 y 64 años refiere IU, un 10,2% de entre 65 y 74 años y un 22,7% de 75 o más años. En dos tercios de las personas con IU sus síntomas eran de moderada a severa. La gravedad de la IU aumenta con la edad en los hombres y mujeres. En general, los síntomas de la IU son tres veces más prevalentes en mujeres que en hombres.

Un estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico y de ámbito nacional (9), en el que se recogieron datos a través de encuestas en cinco áreas representativas de todo el ámbito nacional y en cuatro grupos de la población: 1) Mujeres, laboralmente activas (entre 25 y 64 años); 2) Varones laboralmente activos (entre 50 y 64 años); 3) Niños en enseñanza primaria (entre 6 y 11 años); 4) Personas mayores de 65 años institucionalizadas con nivel cognitivo conservado.

La prevalencia de la IU global en mujeres laboralmente activas ($N = 3.090$) fue del 7,25%, con variaciones importantes dependiendo de la edad. Así, en menores de 45 años era del 4,99%, entre los 45-54 años era del 7,92% y entre los 55-64 años llegaba al 11,73%. La prevalencia en los varones entre los 55-64 años ($N = 1.071$) fue del 1,59%. La prevalencia global en mayores de 65 años institucionalizados con nivel cognitivo conservado ($N = 996$) fue del 44,56%, siendo más frecuente en la mujer (50,21%) que en el varón (30,11%). La prevalencia de la enuresis nocturna en niños entre los 6 y 11 años ($N = 1.127$) fue del 7,82%. En este estudio se observan cifras de prevalencia de IU en mujeres entre 25 y 64 años sensiblemente inferiores a las descritas en algunos estudios previos en nuestro país. En varones entre 50 y 64 años la prevalencia de IU fue muy inferior a la encontrada en estudios previos realizados fuera de nuestro país. Cabe señalar que estas diferencias en las cifras de prevalencia respecto de las de otros estudios pueden ser debidas a que las muestras tenían diferente edad media y a que se han empleado criterios más estrictos para definir la IU; además, en el presente estudio se ha separado la vejiga hiperactiva (VH) de la IU, "algo más de 1/3 de pacientes con VH presenta IUU". La prevalencia observada de IU en personas institucionalizadas de más de 65 años son muy similares a las de estudios previos realizados en nuestro país, que la cifraron en alrededor del 40% para muestras de sujetos residentes en la comunidad.

En España vemos que la prevalencia global de la IU varía en función de la edad y el sexo. La IU es más frecuente en la mujer. Según el metaanálisis auspiciado por el Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) en el que se incluyeron 16 estudios (10), en base a la tasa de población española en el año 2009, se puede estimar una **prevalencia global para la mujer de un 24%**, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas. **En el varón, la prevalencia global estimada es del 7%** (3,6-17%), como podemos observar en la tabla 2, pudiendo alcanzar en personas mayores de 65 años el 14-29%, llegando a ser mayor del 50% en personas mayores de 85 años e institucionalizadas. En este metaanálisis (10) se aprecian cifras globales de prevalencia de IU en la mujer muy parecidas a las observadas en la rama española del estudio europeo (6).

Tabla 2. Prevalencia global de IU en mujeres y hombres (ONI, 2010) (10)

	Prevalencia IU % (IC 95%) *	Nº x 106 (IC 95%)
Mujeres	24 (21,0-26,0)	5,04 (4,48-5,50)
Hombres	7 (3,6 -17,0)	1,47 (1,14-2,05)
Total	15,8 (12,3-21,5)	6,51 (5,62-7,55)

* Estandarizada a la población española de 2009.

En ancianos institucionalizados en residencias en Europa las tasas de prevalencia de la IU oscilaron entre el 43 y el 77% (10).

De las diferentes medidas paliativas, los absorbentes es el tratamiento paliativo más usado en España (entre el 10 y el 50% de los mayores los usan), influyendo en ello factores individuales, socioculturales y puramente asistenciales; entre el 1 y el 3% utiliza sonda permanente (10).

En nuestro país, en los últimos años la evolución de los pacientes afectados de IU ha ido en aumento (10). Según datos de la OMS, hemos pasado de 2.200.000 casos en 1997 a 3.255.539 en 2003. Con las tasas estandarizadas a la población española en 2007 (11), la prevalencia de IU en España se estimó en 6.190.000 (16,7%) personas afectadas de IU en España (23,6% de mujeres y 9,6% de varones). Con las tasas estandarizadas de la población española de 2009 se estima que 6.510.000 (15,8%) personas están afectadas por IU en España en la actualidad (24% de mujeres y 7% de varones).

A pesar del análisis de los resultados de todos estos estudios, es necesario realizar en España un gran estudio de prevalencia con una muestra representativa de la población española, con criterios de definición amplios (ICS), bien diseñado, para estimar la verdadera prevalencia de la IU y su repercusión (10).

Fisiología de la micción

La continencia y la micción son el resultado de la coordinación de la vejiga y de la uretra. Esta función precisa de la integridad orgánica del tracto urinario inferior y de su perfecta intercorrelación neurofisiológica (12).

La continencia necesita de un detrusor (músculo de la vejiga) estable y distensible, y que el tracto de salida vesical (uretra) sea competente. A la vez requiere de una inervación normal, musculatura lisa y estriada normales y las estructuras de sostén intactas (principalmente el suelo pélvico). Cualquier alteración en alguna de estas puede generar la pérdida involuntaria de orina (12).

La micción normal incluye la coordinación de varias estructuras, como la corteza cerebral, la protuberancia, el sistema nervioso periférico, el somático, las fibras aferentes sensoriales y los componentes anatómicos del tracto urinario inferior. Asimismo, neurotransmisores centrales y periféricos, como la acetilcolina, la dopamina, el óxido nítrico, entre otros, juegan un papel importante (13).

Anatomía funcional del tracto urinario inferior

La vejiga. Es un órgano neuromuscular que presenta la posibilidad de funcionar de un modo reflejo o autónomo, siempre dependiendo de centros medulares y corticales que hacen que la micción sea un *acto voluntario y reflejo a la vez*. En los lactantes esta actividad neuromuscular es inmadura y solo funciona de modo reflejo (14).

La vejiga es un órgano hueco, presenta una gran capacidad de distensión (capacidad viscoelástica), sin que se produzcan cambios de presión durante su llenado (12). Esta capacidad se debe a la estructura de su capa muscular (detrusor), rica en fibras elásticas, y a la estructura de su capa interna (urotelio), que consta de un epitelio de transición con cinco capas arrugadas sobre sí e igualmente con una gran capacidad de distensión (12, 13).

Vacía tiene una forma tetraédrica y, a medida que se llena de orina, adopta una forma cilíndrica (14). Presenta una función dual: *de llenado y de vaciado*. La salida de la vejiga y el cuello vesical constituyen el esfínter interno, que es involuntario o inconsciente, formado por musculatura lisa.

La principal función de la vejiga es almacenar la orina proveniente de los riñones y expulsarla periódicamente de su interior. Existe una zona muscular, con un origen embriológico mesodérmico, distinto al resto de la vejiga, que se extiende entre ambas desembocaduras de los uréteres, el cuello vesical y la uretra proximal, denominado **trígono vesical**; actúa como un embudo facilitando el vaciado vesical y evitando el reflujo de orina a los uréteres durante el vaciado (12).

La uretra. Es una estructura tubular fibromuscular que presenta diferencias anatómicas y funcionales entre ambos sexos (12) (figuras 1 y 2). La principal función de la uretra es impedir la salida de la orina mientras se almacena en la vejiga y servir de conducto para que salga al exterior (12-14).

En la mujer, la uretra mide de 3 a 4 cm, y se extiende desde el meato uretral interno vesical hasta el meato uretral externo en el introito vaginal.

En la uretra femenina distinguimos varias capas; una capa interna o mucosa, recubierta por urotelio semejante al vesical; una capa intermedia denominada submucosa, constituida fundamentalmente por plexos vasculares que al ingurgitarse contribuye a aumentar la presión intrauretral en reposo, y una capa muscular lisa externa (12), como se puede observar en la figura 3. El epitelio uretral y la capa submucosa son estructuras sensibles a la acción protectora de los estrógenos, los cuales contribuyen en los mecanismos de la continencia pasiva.

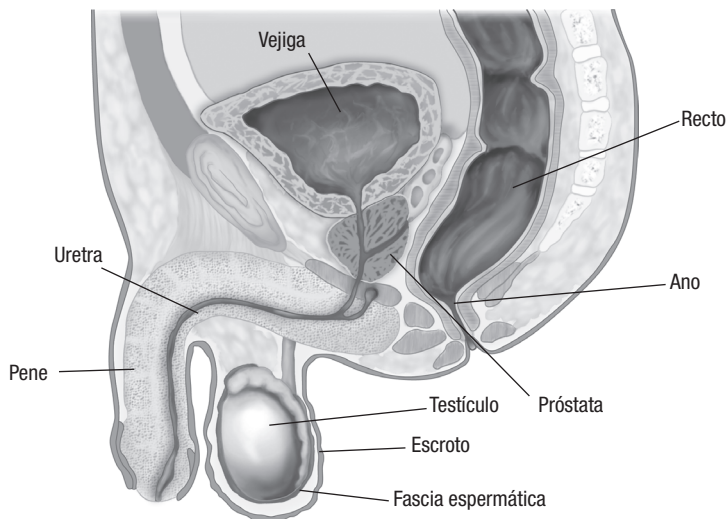
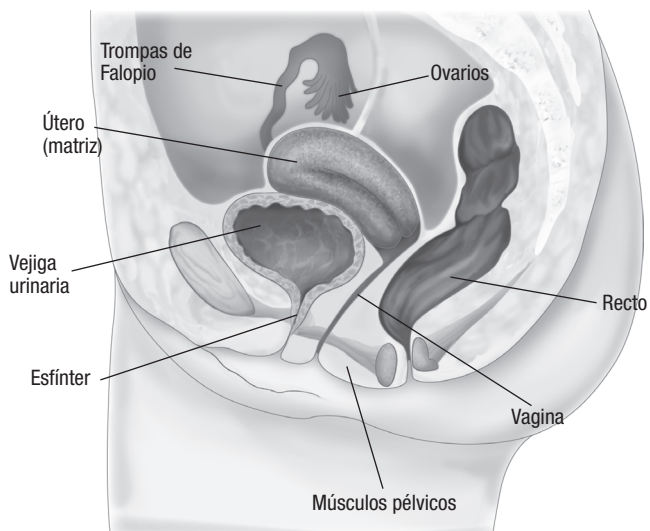
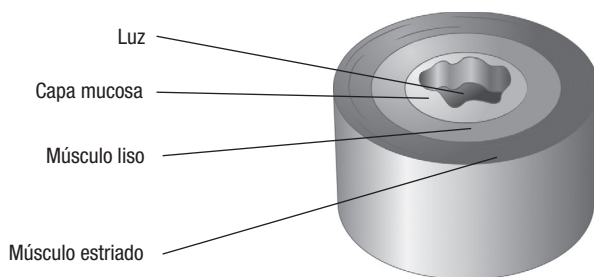
Figura 1. Estructura del tracto urinario inferior en el varón**Figura 2. Estructura del tracto urinario inferior en la mujer**

Figura 3. Estructuras anatómicas de la uretra femenina



Tomada de cita 12.

A nivel uretral se distinguen dos esfínteres: uno **interno**, formado por condensación de fibras musculares lisas circulares alrededor del cuello y la uretra proximal, y otro **externo**, situado debajo del esfínter interno, formado por el cruce de fibras de los músculos estriados del suelo pélvico elevadores del ano, ileocoxígeos, pubocoxígeos y transversos del periné (12).

El esfínter interno es de control involuntario y el esfínter externo es inervado por el nervio pudiendo y tiene control voluntario. En la mujer, la continencia depende fundamentalmente de la *uretra proximal* y de la *unión uretrovesical* (esfínter interno) (12).

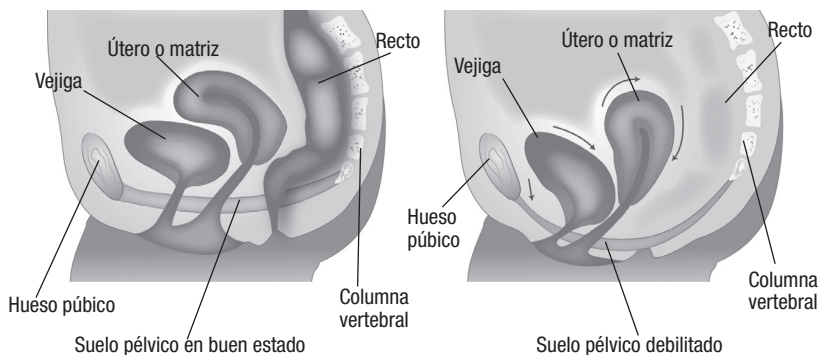
En el varón, la uretra tiene una longitud de unos 20 cm (12, 13).

La continencia urinaria masculina depende fundamentalmente de dos mecanismos:

1. El cuello vesical, junto con la uretra proximal, hasta el verum montanum (sistema esfinteriano proximal o interno).
2. El esfínter urinario externo, localizado entre el verum montanum y la uretra bulbar (sistema esfinteriano distal).

Tanto el sistema esfinteriano proximal como el distal son capaces, aisladamente, de mantener la continencia (12).

La musculatura pélvica. Ayuda a mantener la continencia en la fase de llenado y facilitar su expulsión en la fase de vaciado. Forma como una hamaca en la que descansan la vagina, la vejiga y el cuello uterino. Desempeña un papel muy importante en la continencia de la mujer (figura 4). El músculo elevador del ano contribuye en el mantenimiento de la unión uretrovesical, manteniendo una leve contracción que comprime la vagina (12).

Figura 4. Suelo pélvico en la mujer, normal y debilitado

La IU puede producirse tanto por un defecto en la fase de llenado vesical como por alteración en la fase de vaciado (12).

La fase de llenado requiere:

- Acomodación correcta.
- Ausencia de contracciones vesicales involuntarias.
- Esfínteres interno y externo cerrados.

La fase de vaciado requiere:

- Disminución de la resistencia de los esfínteres.
- Contracción sincrónica del detrusor.

La IU en la fase de llenado puede aparecer por un aumento de las contracciones del detrusor (inestabilidad vesical) o por incompetencia esfinteriana.

La IU en la fase de vaciado puede aparecer por una deficiente contracción del detrusor o por obstrucción en el tracto urinario inferior.

Neurofisiología de la micción y de la continencia

A nivel vesical y uretral existen una serie de neurorreceptores que, dependiendo de la fase del ciclo miccional (llenado o vaciado), son *estimulados o inhibidos* por nervios procedentes de núcleos situados en distintas metámeras a nivel medular (figura 5) (tablas 3 y 4).

Figura 5. Regulación neurológica de la micción

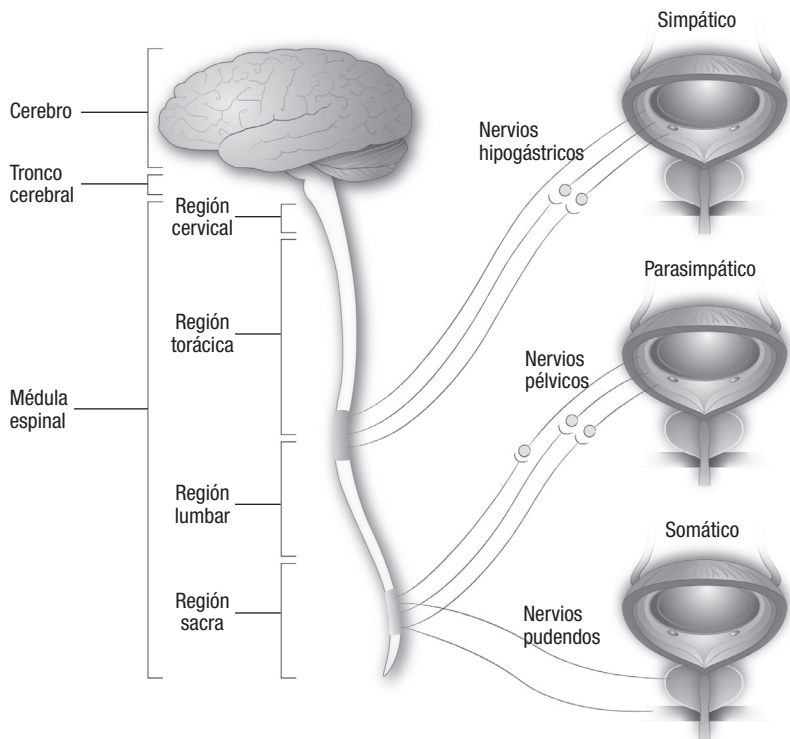


Tabla 3. Relación metámeras, núcleos y nervios del tracto urinario

Metámera D10-L2. Núcleo simpático	Nervio hipogástrico
Metámera S2-S4. Núcleo parasimpático.....	Nervio erector o pélvico
Metámera S3-S4. Núcleo somático	Nervio pudendo (voluntario)

Tabla 4. Función de los nervios sobre las estructuras del tracto urinario

Nervio erector o pélvico.....	Detrusor
Nervio pudendo	Esfínter externo
Nervio hipogástrico	Cuello vesical

La contracción vesical se realiza por la estimulación de neurorreceptores colinérgicos muscarínicos, fundamentalmente de tipo 2, más frecuente, y 3, menos frecuente, pero más importante en la contracción vesical, situados en todo el cuerpo vesical. Se estimula mediante el nervio pélvico dependiente de los núcleos sacros S2-S4, pertenecientes al parasimpático (15, 16).

La relajación vesical se produce por inhibición de los receptores colinérgicos y el estímulo de neurorreceptores adrenérgicos, del tipo beta en los cuerpos vesicales y alfa en la base y esfínter interno, estimulados por el nervio hipogástrico, que depende de los núcleos D10-L2, pertenecientes al simpático (15, 16).

El esfínter uretral externo depende del sistema nervioso central (SNC), es voluntario y está inervado por el nervio pudiendo por estimulación de receptores colinérgicos nicotínicos. Las neuronas motoras del esfínter uretral externo surgen del borde lateral del asta anterior de la metámera S2-S4, conocido como núcleo de Onuf (15, 16).

Podemos observar que la fase de llenado está regulada por el sistema nervioso simpático y la fase de vaciado por el sistema nervioso parasimpático.

Los estímulos nerviosos generados a nivel del tracto urinario inferior son conducidos por los nervios aferentes hasta los núcleos medulares simpáticos (D10-L2), parasimpáticos (S2-S4) y somáticos (S3-S4) de la médula espinal, los cuales tienen capacidad de regular la respuesta motora eferente, activándola o inhibiéndola. Este proceso se conoce como **arco reflejo** (presente en los animales) (12, 13).

Toda la información de este arco reflejo en los humanos llega hasta un núcleo regulador situado en la protuberancia (**núcleo pontino**), el cual envía toda la información a núcleos del córtex cerebral, tálamo y otras estructuras del sistema nervioso central para que podamos orinar en el sitio y lugar adecuados (13, 15, 16); la integridad de estas estructuras posibilita que tanto el llenado como el vaciado vesical sigan un proceso ordenado, convirtiendo la micción normal en un acto voluntario, coordinado y consciente.

En pacientes con lesiones neurológicas altas (suprapontinas), se altera la inhibición de la micción. El sistema nervioso central presenta una vía excitatoria o glutaminérgica y otra vía inhibitoria o dopaminérgica. En pacientes con esclerosis múltiple, hemiplejía, Parkinson o lesiones medulares altas se altera el equilibrio de estas vías, predominando la glutaminérgica (17). Con la edad, igualmente disminuye el número de células nerviosas, por lo que se pueden alterar los distintos mecanismos de transmisión nerviosos. También se encuentra

afectada la irrigación cerebral, lo que es una causa de la mayor aparición de este síndrome en pacientes ancianos (17).

Bibliografía

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-78.
2. Rexach Cano L, Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23:149-59.
3. Robles JE. La Incontinencia Urinaria. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29:2, mayo-agosto.
4. Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, Thom D. Epidemiology of faecal and urinary incontinence and pelvic organ prolapse. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (editores). *Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence. 3rd edition.* Plymouth: Health Publication Ltd., 2005.
5. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000; 53:1.150-7.
6. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004; 93:324-30.
7. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 82:327-38.
8. Espuña Pons-M, Brugulat P Guiteras, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. La prevalencia de la incontinencia urinaria en Cataluña, España. *Med Clin (Barc)* 2009 3 de agosto. [Epub ahead of print].
9. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, González-Segura Alsina D, Arumi D. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas* 2009; 33(2):159-66.
10. Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenillas Díaz A, Verdejo Bravo C. Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *URO A* 2010; 23(1):52-66.
11. Damián J, Brenes F, Pastor-Barriuso R, Salinas J. Estimación de la prevalencia de incontinencia urinaria en España a partir de estudios publicados recientes. *LXXIII Congreso Nacional de Urología. Barcelona, 13 al 16 de junio de 2008.*
12. Abizanda M, Brenes FJ, Carbonell C, Vila MA. Manual de diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en atención primaria. Madrid: Jarpyo Ed., 2002.

13. Conejero J. Fisiopatología y clasificación de la incontinencia urinaria. En Jiménez Cruz F. Incontinencia urinaria. Med Clin Monogr 2003; 4(3):4-8.
14. Pérez FC, Pérez J, De las Heras AI, Pérez G. El envejecimiento de la vejiga: Cambios en la dinámica de la continencia y la micción. Arch Med 2005; 1(4):26. www.archivosdemedicina.com
15. Brenes FJ. Vejiga Hiperactiva. Semergen Doc 2009.
16. Birder L, De Groat W, Mills I, Morrison J, Thor K, Drake M. Neural control of the lower urinary tract: peripheral and spinal mechanisms. Neurourol Urodyn 2010; 29:128-39.
17. Salinas J, Martín C. Aclarando conceptos: la vejiga hiperactiva y su patofisiología. En Verdejo C, Vejiga hiperactiva y personas mayores (monografías en geriatría), 2004; 9-20.

Valoración y sospecha clínica de la incontinencia urinaria (clasificación y tipos de IU. Factores de riesgo)

Dr. Francisco José Brenes Bermúdez

Médico de familia CAP Llefà, Badalona. Barcelona

La incontinencia urinaria (IU) podemos considerarla: como un signo, como un síntoma o como una condición (1).

Es un síntoma al ser percibida la IU por el paciente. Es un signo porque podemos objetivar la IU y valorar su magnitud. Es una condición fisiopatológica que puede demostrarse mediante un estudio urodinámico (1).

La IU no es igual en todos los pacientes ni presenta la misma gravedad.

Clasificación y tipos de IU

La ICS(1), en su documento de estandarización de terminología, considera que la incontinencia y las disfunciones miccionales pueden clasificarse en base a:

Criterios sintomáticos o fisiopatológicos (1) (tabla 1)

En la población general los tipos más frecuentes de IU son:

- **IU de esfuerzo (IUE).** Consiste en la pérdida involuntaria de orina que aparece con la realización de un esfuerzo (1) (coger peso, toser, saltar, correr, caminar, estornudar, etc.). Es mucho más frecuente en mujeres. La IUE supone la forma más común de IU en las mujeres menores de 75 años (50% de causas de IU) (2). La pérdida involuntaria de orina se produce por la apertura del esfínter uretral, en ausencia de contracción del músculo detrusor en relación con un aumento de presión abdominal. Está ocasionada por dos causas que pueden coexistir (3):
 - **Uretra hipermóvil** por debilidad de las estructuras que soportan la uretra (suelo pélvico), lo que ocasiona, al producirse el esfuerzo, un descenso del cuello vesical y de la uretra desde su posición anatómica normal.

Tabla 1. Tipos de IU

Según clínica	Según duración	Según intensidad
IU esfuerzo IU urgencia IU mixta IU rebosamiento IU funcional IU continua Enuresis nocturna	Transitoria: tiempo limitado menos de 4 semanas, suele ser secundaria (tabla 2) Establecida: no desaparece antes de las 4 semanas de su aparición tras haber actuado sobre las posibles causas	Leve < 600 ml/día Moderada: entre 600 y 900 ml/día Grave > 900 ml/día

Adaptada y modificada de cita 3.

– **Por insuficiencia en el esfínter uretral:** existe un cierre de la uretra insuficiente, que puede ser debido a una lesión del propio esfínter, denervación del mismo o a anomalías estructurales de la uretra. En varones, la IUE representa algo menos de un 10% del total de las causas de IU; suele verse por lesión del esfínter generalmente tras radiaciones o cirugía de próstata (4).

- **IU de urgencia (IUU).** Consiste en la pérdida involuntaria de orina que aparece acompañada o precedida de un deseo imperioso de orinar (urgencia miccional) (1, 3). Se produce por un aumento de las contracciones involuntarias del músculo detrusor de la vejiga habitualmente secundarios a una vejiga hiperactiva (VH). Afecta en una proporción parecida a mujeres y hombres, y es la causa más frecuente de IU en los varones (40-80%) (4). En mujeres es la causa de IU en un 11-20%; más común en mayores de 75 años.
- **IU mixta (IUM)** es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la IUU como a la IUE (3). Se estima que la presentan un 30-40% de las mujeres con IU (5).

Existen otros tipos de IU que aparecen en una menor proporción (6):

- **IU por rebosamiento (IUR),** también denominada **IU por vaciado incompleto.** Consiste en la pérdida involuntaria de orina que se caracteriza por cursar en forma de goteo (3). En un 5-10% de las personas mayores la IUR puede ser generada por una retención crónica de orina como consecuencia de un proceso obstructivo o asociarse a patología neurológica, en este caso por hipoactividad del detrusor. Puede estar causado por neuropatía periférica (diabetes, deficiencia de B₁₂, Parkinson, alcoholismo y tabes

dorsal) y por lesión de la vía nerviosa eferente por hernia de disco, estenosis del canal espinal, tumor o anomalías congénitas (6).

- **IU continua (IUC).** Es aquella pérdida involuntaria de orina que aparece de forma continua y el paciente no presenta deseo miccional (3). Es un tipo de IU muy invalidante y que precisa de un cuidado constante y de la utilización de catéteres permanentes o de absorbentes para la IU (6).
- **IU funcional.** Suele aparecer este tipo de IU en personas con deterioro del estado cognitivo y/o con enfermedades que ocasionan limitaciones para la movilidad, impidiendo que se pueda llegar a tiempo al baño (6).
- **Enuresis nocturna:** es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño (3). Más frecuente en niños.

Según su duración (3):

- **IU transitoria o reversible.** Se trata de una IU precipitada por causas reversibles (3). Es más frecuente en personas de edad avanzada con las funciones del tracto urinario inferior conservadas; se debe a causas fundamentalmente metabólicas y/o farmacológicas. Habitualmente desaparece la IU al resolverse el problema que la originó. Suele tener una duración menor de 4 semanas (6) (tabla 2).

Tabla 2. Causas de IU transitoria

Infecciones del tracto urinario inferior

Efectos secundarios de fármacos

• Diuréticos	Polaquiuria, urgencia
• Psicofármacos	Sedación
• Narcóticos	Retención urinaria
• Anticolinérgicos	Retención urinaria
• Agonistas alfa y beta	Retención urinaria
• Bloqueadores alfa	Disminuyen la resistencia uretral
• Bloqueadores de los canales de calcio	Retención urinaria

Aumento de la producción de orina

- Metabólicas (hiperglucemia, hipercalcemia)
- Incremento de la ingesta de líquidos
- Sobrecarga de volumen (insuficiencia venosa con edemas e insuficiencia cardiaca congestiva)

Delirio

Impactación fecal

Enfermedades psiquiátricas

Adaptada y modificada de cita 6.

- **IU establecida.** Persiste después de las 4 semanas de su instauración, tras actuar sobre la etiología de la IU (3, 6).

Según su intensidad (3):

- Leve: pérdidas de menos de 600 ml/día.
- Moderadas: pérdidas entre 600 y 900 ml/día.
- Graves: más de 900 ml/día.

Factores de riesgo de IU

Factores de riesgo de IU en la mujer

Los dos factores posiblemente más importantes en la aparición de IU en la mujer son el **embarazo y el parto vaginal** (3, 7, 8) (tabla 3). Se considera que la IU durante el embarazo predice la IU en el posparto y se asocia significativamente a la presencia de IU a los 5 años del parto. El mecanismo por el que el embarazo en sí mismo puede ser un factor de riesgo para la IU posparto se podría explicar por factores mecánicos, como la sobrecarga que supone el útero gestante sobre las estructuras del suelo pélvico (músculos y fascia), por cambios en el tejido conjuntivo (disminución de colágeno). La mayoría de problemas del suelo pélvico aparecen después del primer parto vaginal, los síntomas de la IU pueden observarse ya durante la gestación (9). Según datos de un estudio realizado en mujeres gestantes, la incidencia global de IU fue del 39%, siendo mayoritariamente IUE. Durante el posparto, con un promedio de seguimiento de 7 semanas, la tasa de prevalencia disminuyó (16,3%) (9).

El parto vaginal se ha identificado, en varios estudios, como un factor de riesgo para la IU cuando se ha comparado con el **parto por cesárea** (10). Aunque la cesárea parece tener

Tabla 3. Factores de riesgo más importantes de IU

Mujer	Varón	Ambos sexos
• Embarazo • Parto vaginal • Obesidad • Debilidad del tejido conectivo • Histerectomía	• Síntomas del tracto urinario inferior • Prostatactomía radical	• Patologías neurovasculares • Demencia • Cáncer de vejiga • Diabetes • Enuresis en la infancia • Limitación de la movilidad • Impactación fecal • Medicamentos • Envejecimiento

un efecto protector frente al parto vaginal y reducir el riesgo de IU, no lo anula, no existe evidencia científica suficiente para recomendarla de forma preventiva (9).

El tamaño del feto al nacer: los recién nacidos de 4 kg de peso o más se asocian a un aumento de IU (9).

Otro factor de riesgo sobre todo de IUE en la mujer es **la obesidad** (aumento del índice de masa corporal, "IMC"); las mujeres obesas de cualquier edad presentan una mayor prevalencia de IU que las mujeres con normopeso de la misma edad (8). En el estudio EPICC (11) existe una clara relación entre la IU y la obesidad; se genera una sobrecarga del suelo pélvico que, junto a otros factores, como la edad, puede alterar los mecanismos de sostén de la vejiga y la uretra. Un estudio ha demostrado que se puede reducir en un 47% los episodios de IU mediante un plan de adelgazamiento, con dieta, ejercicio y cambios de conducta (12).

La debilidad congénita del tejido conectivo (8) se relaciona con un componente **hereditario**; la IUE es más frecuente en las hijas de mujeres que la padecen (9).

No parece que la disminución de los **estrógenos** por menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo directo de IU (8), y hay datos contradictorios en relación con la **histerectomía** (8). Un estudio ha observado que, independientemente de la técnica quirúrgica usada, las pacientes que se someten a histerectomía para tratar afecciones benignas aumentan en más del doble el riesgo de verse sometidas a cirugía posterior para IUE (13).

Tabaquismo, dieta, depresión, infecciones del tracto urinario (ITU) y ejercicio no constituyen factores de riesgo claros de IU permanente; generan IU transitoria o evitable si se suprime la causa que la produce (8). Algunos autores indican que es más prevalente la IU en mujeres de raza blanca (3).

Factores de riesgo de IU en el varón

Entre los factores de riesgo de IU en los varones figuran los **síntomas del tracto urinario inferior**, sobre todo los síntomas de llenado más asociados a la VH, y la **prostatectomía radical** (3, 8) (tabla 3). Tras una prostatectomía radical el 80% de los pacientes presenta IU (14); esta prevalencia disminuye a medida que pasan los días o meses. Un 71% de los pacientes que tras prostatectomía radical presentaban IU a los 24 meses, si realizan medidas correctoras con ejercicios de suelo pélvico, alcanzan la continencia (15). Durante la prostatectomía radical es frecuente la lesión de los haces neurovasculares durante la disección de los pedículos laterales de la próstata y su unión craneal con las vesículas seminales, así como durante la disección

del ápex prostático. Se han publicado resultados que afirman que el mantenimiento de estas estructuras anatómicas, sobre todo las neurovasculares, puede mejorar las tasas de continencia posoperatorias, consiguiéndose tasas cercanas al 91 % de pacientes continentes (16).

Existen circunstancias y factores de riesgo para la IU que pueden aparecer tanto en hombres como en mujeres (3, 8) (tabla 3):

- Accidentes cerebrovasculares, trastornos neurológicos, lesiones medulares.
- Demencia.
- Cáncer de vejiga.
- Diabetes.
- Enuresis en la infancia.
- Limitación de la movilidad.
- Impactación fecal.
- Medicamentos.
- Envejecimiento.

Con la edad se producen cambios fisiológicos a nivel de la vejiga y de la uretra que en ocasiones, si están asociados a otros factores, facilitarán la aparición de IU. Estos cambios aparecen por igual en hombres y mujeres (6, 8); se produce una reducción de la capacidad vesical y aumento del volumen residual posmiccional, apareciendo alteraciones en la morfología vesical por distintos factores, que pueden encontrarse más o menos combinados, como son (17):

- La disminución de la vascularización de la vejiga (hipoxia).
- La obstrucción mantenida.
- Los malos hábitos miccionales.
- Los cambios en la inervación.

Un leve deterioro de la función cognitiva no constituye per se un factor de riesgo de IU, aunque se ha observado que en pacientes con IU se incrementan los efectos de esta (8).

En la evaluación más específica de la IU, en Atención Primaria puede ser muy útil la utilización del diario miccional (durante 3-7 días) (3) (figura 1), nos da información sobre la cantidad de las pérdidas de orina, el número de veces que ocurre, así como las circunstancias en las que aparece, y la cantidad de la ingesta hídrica del paciente, orientándonos al tipo de IU.

Para conocer el tipo de IU, las sociedades médicas y científicas (1, 3, 8) aconsejan la utilización de cuestionarios, con los que podemos conocer con una alta probabilidad el tipo de IU. En la segunda reunión internacional de la ICS (1) se desarrolló el cuestionario ICIQ (*International Consultation on Incontinence Questionnaire*). Se creó una versión corta del mismo (ICIQ-SF) (18), autoadministrado y aplicable en todos los grupos de edad y sexo. Validado en España (19), por su brevedad y sencillez es de gran utilidad e indicado por la Guía Europea de Urología para la evaluación de los síntomas e impacto de la IU (8). Puede ser utilizado en investigación y como método de cribado de la IU.

El ICIQ-SF (figura 2) consta de dos grupos de preguntas:

- Tres preguntas sobre frecuencia, cantidad y afectación de la calidad de vida, con cuyas respuestas se calcula la puntuación del cuestionario, que puede variar entre 0 (continente) y 21 puntos (máximo grado de IU).

Figura 2. ICIQ-SF (19)

1. ¿Con qué <u>frecuencia</u> pierde orina?	
– Nunca	0
– Una vez a la semana	1
– 2-3 veces a la semana	2
– Una vez al día	3
– Varias veces al día	4
– Continuamente	5
2. ¿Qué <u>cantidad</u> de orina se le escapa?	
– No se me escapa	0
– Una vez a la semana	2
– Una cantidad moderada	4
– Mucha cantidad	6
3. ¿En qué medida estos escapes de orina han afectado a su <u>calidad de vida</u> ?	
Nada ◀ 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 ▶ Mucho	
4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todas las situaciones en las que sucede:	
– Antes de llegar al servicio	☐
– Cuando toso o estornudo	☐
– Mientras duermo	☐
– Cuando termino de orinar y ya me he vestido	☐
– Sin motivo evidente	☐
– De forma continua	☐

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.

- Ocho preguntas que se refieren a las situaciones en las que se produce la IU y que permiten orientar el diagnóstico del tipo de IU (IUE, IUU, IUM, etc.).

Existe otro cuestionario también validado en España, útil en la clasificación clínica de la IU, se trata del IU-4 (20). Es un cuestionario sencillo de cuatro preguntas y fácil de utilizar (figura 3). La respuesta de forma positiva a la pregunta 1 tiene una sensibilidad (S) del 69% y una especificidad (E) del 76% para la detección de IUE. La contestación positiva a las preguntas 2 y 3 tiene una S del 83% y una E del 65% para diagnóstico de IUU.

Figura 3. Cuestionario para la clasificación clínica de la incontinencia urinaria IU-4 (20)

		IUU	IUM	IUE
1	¿Se le escapa la orina cuando hace esfuerzo físico (toser, estornudar, subir y bajar escaleras, correr, reír o saltar) que le hace cambiar de ropa?	NO	SÍ	SÍ
2	¿Se le han presentado bruscamente las ganas de orinar?	SÍ	SÍ	NO
3	¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al servicio?	SÍ	SÍ/NO	NO
4	Por causa de los escapes de orina al presentársele bruscamente las ganas de orinar ¿ha necesitado algún tipo de protección?	SÍ	SÍ	NO

La 1.ª pregunta identifica la IUE.

La 2.ª y 3.ª identifican la IUU.

Si la pregunta 4 es positiva y también lo han sido la 1 y la 2 o la 3: IUM.

Hombres, las preguntas 2 y 3 pueden ser orientativas para sospechar urgencia por inestabilidad del detrusor.

Bibliografía

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol and Urodynam* 2002; 21:167-78.
2. Lose G. The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Supplements* 2005; 4:5-10.
3. Brenes FJ, Cózar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para Atención Primaria. *Semergen* 2013; 39(4):197-207.
4. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*. 2.ª ed. United Kingdom: Plymbridge Distributors, 2002; 165-202.
5. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female-urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:1:150-7.

6. Brenes FJ. Incontinencia Urinaria. En Perote A. Coordinador. Educación sanitaria e interrogantes en patologías para la oficina de farmacias. 2.ª Parte. Madrid: OMC, 2012; 179-202.
7. Espuña M. Incontinencia de orina. Med Clin Monogr (Barc) 2006; 7(3):20-27.
8. Thüroff JW, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. Actas Urol Esp 2011 Jul-Aug; 35(7): 373-88. Schröder A, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. Actas Urol Esp 2011; 35(7):373-88.
9. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M; Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelve; GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. Obstet Gynecol 2010 Mar; 115(3):618-28.
10. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003; 348:900-7.
11. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al.; Grupo de estudio cooperativo EPICC. Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: results of the EPICC study. Actas Urol Esp 2009; 33:159-66.
12. Subak L, Marinilli A, Wing R, Nakagawa S, Kusek JW, Herman WH, Kuppermann M, and Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise. Decrease in Urinary Incontinence Management Costs in Women Enrolled in a Clinical Trial of Weight Loss to Treat Urinary Incontinence. Obstet Gynecol 2012 August; 120(2 Pt 1):277-83.
13. Altman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Histerectomía y riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo quirúrgica. The Lancet 2007; 307:1.494-9.
14. Postius Robert J. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria masculina. Clínicas Urológicas de la Complutense. Servicio de publicaciones. Madrid: UCM, 2000; 8:639-60.
15. Juan JU, Ramos M, Ordoño F, Fabuel M, Navalón P, Zaragoza J. Complicaciones de la prostatectomía radical: evolución y manejo conservador de la incontinencia urinaria. Actas Urol Esp 2006; 30(10): 991-7.
16. Delgado Oliva FJ, Caballero Romeo JP, García Serrado D, Prieto Chaparro L, Carro Rubias C, Chillón Sempere S, et al. Incontinencia Urinaria tras Prostatectomía Radical: Evolución histórica de la técnica quirúrgica y estado actual del resultado funcional. Arch Esp Urol 2009; 62(10):809-18.
17. Pérez FC, Pérez J, De las Heras AI, Pérez G. El envejecimiento de la vejiga: cambios en la dinámica de la continencia y la micción. Arch Med 2005; 1:26.
18. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms of urinary incontinence. Neurourol and Urodynam 2004; 23:322-30.
19. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinent Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin (Barc) 2004; 122:288-92.
20. Badía Llach X, Castro Díaz D, Perales Cabañas L, Pena Outeriño JM, Martínez-Agullo E, Conejero Sugranyes J, Arañó Beltrán P, Marqués Queimadelos A, Roset Gamisans M, Perulero Escobar. Elaboración y validación preliminar del cuestionario para la clasificación clínica de la incontinencia urinaria IU-4. Actas Urol Esp 1999; 23(7):565-72.

Diagnóstico de la incontinencia urinaria

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Médico de Familia. Centro de Salud Menasalbas. Toledo

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define a la incontinencia urinaria (IU) como cualquier pérdida involuntaria de orina (1). La IU se manifiesta como un síntoma común acompañante de muchas patologías, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos, aumenta su prevalencia con la edad y en el anciano se llega a considerar uno de los síndromes geriátricos (2). En sí misma la IU no es una enfermedad, sino la consecuencia en la alteración o bien del mecanismo micción-continencia o en el almacenamiento y retención de orina en la vejiga.

Aunque no es un proceso de riesgo vital, la IU implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida, causando serias limitaciones en la actividad social, laboral y sexual de quien la padece (3).

Tabla resumen de tipos de IU

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

En el diagnóstico de un paciente que consulta por IU debemos marcarnos varios objetivos:

- Conocer el tipo de IU.
- Evaluar la intensidad de dicha IU.
- Valorar la repercusión de la IU sobre la calidad de vida.
- Descartar patologías asociadas que influyan o sean las causantes de IU (prolapsos, cirugías previas, etc.).

Existen múltiples factores que pueden provocar incontinencia urinaria (IU) y, a su vez, cada tipo de IU se asocia a diferentes causas o factores desencadenantes.

Factores de riesgo de la incontinencia urinaria

Sexo	en < 60 años más frecuente en mujeres 4:1, en > 60 años 2:1
Edad	↓↓ tono muscular, atrofia celular, deterioro cognitivo, inmovilidad, etc.
Antecedentes familiares de IU	
Eneuresis en edad infantil	
Atrofia genital	Relajación suelo pélvico
Raza	Mujeres de raza blanca más frecuente que en las de raza negra 3:1
Peso	Obesidad
Parto	Los recién nacidos de 4 kg de peso o más se asociaron a cualquier tipo de IU e IUE; trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa
Uroginecológicos	Las ITU, prolapsos, debilidad muscular, etc.
Otros	Cardiopatías, DM, E. Parkinson, demencias, ACV, fármacos. Tabaquismo, abuso de alcohol, etc.

Fármacos que influyen en la IU

Alfa-bloqueantes	Doxazosina, afluzosina, terazosina, tamsulosina, fenoxibenzamina, fentolamina	Disminuyen la resistencia uretral
Antagonistas alfa2 selectivos	Clonidina	
Relajantes del esfínter externo	Diazepam	
Analgésicos narcóticos	Codeína, etc.	Retención urinaria
Antidepresivos		Acción anticolinérgica
Antipsicóticos	Haloperidol, etc.	Sedación
Calcioantagonistas	Verapamilo, etc.	Retención urinaria
Diuréticos	Furosemida	Polaquiuria, urgencia
Hipnóticos	Benzodiazepinas	Sedación, delirium

Las IU pueden presentarse asociadas a otras patologías. Se pueden presentar por hiperactividad del músculo detrusor (incontinencia urinaria neurógena); en este caso pueden ser:

- Idiopáticas.

- Secundarias a lesiones suprapontinas: en enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, enfermedades desmielinizantes, enfermedad de Alzheimer u otras demencias, tumores cerebrales, traumatismos.
- Lesiones medulares: enfermedades desmielinizantes, traumatismos, infecciones.
- Lesiones del nervio simpático.

Por hipo o areflexia del detrusor (incontinencia urinaria neurógena):

- Lesiones medulares sacras: del cono medular, síndrome de cola de caballo, enfermedades desmielinizantes, traumatismos o infecciones.
- Lesiones de los nervios periféricos: pudendos, pélvico o hipogástrico: hernias discales, trastornos metabólicos (diabetes mellitus, insuficiencia renal, etc.), tóxicas (alcohol, metales pesados, etc.), vasculares (arteriosclerosis), carenciales (déficit de vitamina B₁₂, etc.), infecciones, tumorales, iatrogénicas (fármacos, cirugía).

Pueden ser obstructivas (IUR) con hiporreflexia del detrusor: secundaria a hiperplasia benigna de próstata, tumores, prolapsos, etc.

Existe otro grupo, que serían las IU sensitivas: secundarias a procesos inflamatorios o irritativos por carcinoma urotelial, infección urinaria, radio o quimioterapia, etc.

La prevalencia de la IU es muy elevada y está infradiagnosticada, por lo que es conveniente realizar un cribado oportunista al menos una vez en las mujeres asintomáticas > 40 años y varones de más de 55 años (NDE: 4, GDR: A); con factores de riesgo se realizará una vez al año a ambos sexos. Se realiza sobre tres situaciones:

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

Si las respuestas a estas tres cuestiones son afirmativas se debe realizar una evaluación diagnóstica para conocer el tipo de incontinencia y su repercusión en la calidad de vida (4).

Las pruebas que se deben realizar en el estudio de la IU, siguiendo las recomendaciones de la International Continence Society (ICS) y la Guía de la Asociación Europea de Urología del año 2009, lo referenciamos con nivel de evidencia científica (NDE) y grado de recomendación (GDR) (5, 6). Las podemos dividir en:

- Pruebas altamente recomendadas (recomendadas a todo paciente con IU).
- Recomendadas (en la mayoría de pacientes).
- Opcionales (valor probado en pacientes seleccionados según la clínica).
- No recomendadas: su uso queda limitado a pacientes concretos no habituales.

Tabla de pruebas a realizar en el diagnóstico de pacientes con IU

Altamente recomendadas (en todos los pacientes con IU)	Historia clínica (NDE:3; GDR A)	Tipo y duración del síntoma IU Tratamientos o cirugías previas Factores ambientales Movilidad Función sexual e intestinal
	Cuantificación de síntomas y efectos en la calidad de vida	Cumplimentación del diario miccional (NDE: 2; GDR: B) Uso de cuestionarios de calidad de vida (NDE: 3; GDR: C)
	Examen físico	Abdómino-pélvica (globo vesical) Neurológica básica (sensibilidad perineal, anal y glútea) Tacto rectal, reflejo bulbocavernoso y anal
	Evidenciar la IU	Maniobra de Valsalva, hacerle toser, etc., para evidenciar el escape de orina
	Estudio analítico básico	Glucemia basal y la función renal e iones (sodio, potasio y calcio) para descartar comorbilidad subyacente (NDE: 4; GDR: C)
	Análisis de orina	Infección, hematuria, glucosuria, etc. (NDE: 3; GDR: B) Se realizará mediante una tira reactiva de orina en la consulta
	Residuo posmiccional	Cateterismo o ecografía (NDE: 2; GDR: B-C), con disfunción miccional. La sensibilidad y especificidad de la ecografía es superior al resto de métodos utilizados y menos iatrogénica que el sondaje (NDE: 2; GDR: A)
Recomendadas	Uso de cuestionarios específicos	ICIQ-SF
	Evaluación de la función renal	Creatinemia, ionograma, aclaramiento de creatinina
	Flujometría	En pacientes con disfunción miccional
	Estudios urodinámicos	Cistomanometría: evalúa la fase de llenado, la capacidad, la acomodación, la función del detrusor y la competencia del esfínter Estudio presión-flujo: estudio miccional (en sospecha de obstrucción, detrusor poco contráctil. Se recomienda su realización antes de pautar tratamientos agresivos, para evaluar tratamientos previos, en incontinencias complicadas o graves, en pacientes neurológicos o en varones con obstrucción sin HBP)

Tabla de pruebas a realizar en el diagnóstico de pacientes con IU (continuación)

Recomendadas (continuación)	Pruebas de imagen	Ecografía: en varones con incontinencia
		Radiografía simple de abdomen
		Pielografía: en sospecha de patología de tracto urinario superior
		Cistouretrografía retrógrada y miccional (CUMS): en IU complicada o recurrente (descarta reflujo vesicouretral, estenosis, divertículos, fistulas, etc.)
		Tomografía axial computarizada (TAC) está desplazando a la pielografía
Opcionales	Endoscopia	Uretrocitoscopia: en IU complicada, hematurias, tras prostatectomía o dudas diagnósticas.
	Estudios urodinámicos opcionales	Dudas diagnósticas, si se sospecha hiperactividad del detrusor
	Prueba de la compresa (Pad test)	
	Estudios neurofisiológicos	Electromiograma
		Respuestas reflejas sacras a la estimulación eléctrica peneana
	Otras: situaciones específicas y con indicación individual	TAC
		Resonancia magnética

Complicaciones

Las complicaciones que se presentan en la IU se deben fundamentalmente a la comorbilidad, factores asociados o secundarismos de fármacos que toma el paciente, y, por otra parte, hay que tener en cuenta las complicaciones que presenta la cirugía por la propia incontinencia.

Hay que poner de manifiesto que existen una serie de complicaciones inherentes a la propia IU, que se dan en la esfera psicosocial y sexual, que deterioran de manera importante la calidad de vida de estos pacientes. En el siguiente cuadro se resumen las complicaciones más frecuentes que presenta la IU.

Las IU que no deben ser tratadas en Atención Primaria por su especial complejidad o por ser en sí mismas IU complicadas y deben tener una valoración mucho más específica son (7):

- Los pacientes con síntomas graves.
- Los pacientes con gran limitación de la calidad de vida.

Complicaciones más frecuentes

Dermatológicas	Dermatitis en la región perineal
	Úlceras cutáneas
Infecciones	Infección de vías urinarias
	Caidas
Psicológicas	Ansiedad, vergüenza
	Depresión
	Deterioro funcional
	Pérdida de la autoestima
	Influencia sobre las relaciones sexuales
Sociales	Aislamiento
	Sobrecarga para los cuidadores, mayor necesidad de apoyo familiar
	Factor de riesgo para internamiento en residencias
	Distorsión en el empleo
	Disminución de la actividad sexual
Secundarias al tratamiento	Médico: secundarismos y efectos adversos
	Quirúrgico: tras prostatectomía radical, tras cirugía de IU (perforación vesical, hematomas, erosiones vaginales, dificultad en la micción, urgencia, infecciones urinarias de repetición, dolor inguinal)

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

Además se deben derivar todos los pacientes que durante el seguimiento presentan un aumento o aparición de nuevos síntomas o que después de 3 meses no presenten respuesta al tratamiento.

Bibliografía

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: re-port from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-78.
2. Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI): Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España.
3. Pérez-Lorente M, Moriano P, Dávila V, Ledo MP, Serrano L, Nieto E, et al. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. *Enf Clin* 2004; 14(3):129-35. ISSN 1130-8621.
4. Abizanda M, Brenes FJ, Carbonell C, Vila MA. Manual de diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en atención primaria. Madrid: Ediciones Jarpyo, 2002.
5. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. Schröder A, Abrams P, Andersson K-E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Tubaro A, Thüroff JW. European Association of Urology 2010.
6. Lucas MG, Bosch RJJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. Guidelines on Urinary Incontinence 2012. EUA [consultado Jun 2012].
7. Algoritmo de actuación para atención primaria en la derivación de la incontinencia urinaria. Fdez-Pro A, Cózar JM, Esteban M, Brenes FJ, Molero JM. *Med Gen y Fam (digital)* 2013; 2(3):97-110.

T ratamiento de la incontinencia urinaria

Dr. Manuel Esteban Fuertes

Unidad de Urología. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo

Dr. José Manuel Cózar Olmo

Jefe de Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

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

El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la IU no complicada por su seguridad y eficacia (NDE: 1, GDR: A) (1-3). El tratamiento conservador es multifactorial y debe realizarse de una forma escalonada.

Tras la evaluación inicial, la IU en mujeres puede estratificarse en tres grupos sintomáticos principales para recibir tratamiento inicial (GDR: C) (3): síntomas de vejiga hiperactiva (VH) (tenesmo vesical, polaquiuria y nicturia), IU de esfuerzo (IUE) e IU mixta (IUE e IUU).

La IU en varones puede estratificarse en cuatro grupos sintomáticos principales para recibir tratamiento inicial (GDR: C) (3): goteo posmiccional aislado, síntomas de VH, IUE (con mayor frecuencia después de prostatectomía) e IU mixta (con mayor frecuencia después de prostatectomía radical por cáncer).

Tratamiento no farmacológico de la IU

El tratamiento conservador no farmacológico constituye el abordaje principal de la 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 (1-3).

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 del consumo de líquidos (GDR: C) y cafeína (GDR: B), y el ejercicio físico (GDR: C) (2).

El uso de productos absorbentes se recomienda para contener la orina en aquellos casos en los que no existen tratamientos curativos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida (NDE: 3, GDR: B) (1-3).

Deben realizarse las intervenciones médicas adecuadas dirigidas a controlar aquellas comorbilidades que se relacionan con el desarrollo o empeoramiento de la sintomatología de IU (NDE: 3, GDR: C) (2-3). También se recomienda el ajuste de la medicación que pueda ser responsable del empeoramiento de la sintomatología de la IU (GDR: C (A)) (2-3).

La rehabilitación muscular del suelo pélvico debe ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a las mujeres con IUE, IUU o IUM (NDE: 1, GDR: A) (1-5). También debe ofrecerse con una finalidad preventiva de IU en varones sometidos a prostatectomía radical por cáncer (NDE: 2, GDR: B) y a las mujeres durante su primer embarazo (semana 20), y después del parto vaginal (NDE: 1, GDR: A) (1-3, 6). Los programas de rehabilitación deben ser los más intensos posible, y siempre que se pueda, y de acuerdo con los recursos disponibles, con supervisión por parte de los profesionales sanitarios (NDE: 1, GDR: A) (3, 7). En AP, tanto los médicos de familia como enfermería deben ser los responsables de explicar y supervisar la realización de estos ejercicios (NDE: 3, GDR: C (A)) de forma individualizada o grupal. El programa de ejercicios se debe mantener durante un mínimo de 3 meses antes de tomar una decisión sobre su efectividad (NDE: 2, GDR: A) (8). Estos ejercicios también se pueden realizar en mujeres con la ayuda de conos vaginales. Los conos vaginales ocasionan molestias y requieren que las mujeres estén preparadas para usarlos (NDE: 1, GDR: B) (2, 3). En personas de más edad y/o con debilidad de la musculatura pélvica, se ha planteado la terapia coadyuvante con estimulación eléctrica y/o *biofeedback*. No se recomienda el uso rutinario de la electroestimulación por su utilidad clínica limitada, la dificultad técnica para utilizarla por parte de los pacientes y sus contraindicaciones (NDE: 2, GDR: B) (1-3).

Las técnicas de modificación conductual sobre hábitos miccionales se deben ofrecer en las mujeres y hombres con IUU o IUM como tratamiento de primera línea (NDE: 1, GDR: A) (1-3, 5). La duración debe ser de, al menos, 6-8 semanas antes de realizar la valoración sobre su efectividad (GDR: B) (1-3). En pacientes que no obtienen una mejoría suficiente, o la clínica es intensa al inicio, o tienen gran deterioro de la calidad de vida, se pueden asociar a anticolinérgicos, especialmente si la frecuencia miccional es un síntoma molesto (NDE: 2, GDR: B) (1-3).

Tratamiento farmacológico de la VH/IUU

Aunque se han probado diferentes fármacos para la IUU (tabla 1), y algunos han logrado un cierto beneficio, en la actualidad solo han demostrado su eficacia y efectividad clínica los antimuscarínicos. Los antimuscarínicos se deben ofrecer en el tratamiento farmacológico en pacientes con IUU, junto con tratamiento conservador (NDE: 1, GDR: A, B) (1-3). Los metaanálisis de los antimuscarínicos más utilizados en el tratamiento de la VH (trospio, solifenacina, fesoterodina, tolterodina y oxibutinina) han demostrado claramente que estos medicamentos proporcionan beneficios clínicos considerables comparados con placebo, han conseguido demostrar su eficacia para lograr la continencia y mejoría de la sintomatología de IU (9, 10).

El efecto adverso más común del tratamiento antimuscarínico es la sequedad de boca, aunque otros pueden aparecer, como son: estreñimiento, visión borrosa, fatiga y alteración cognitiva (2). Estos efectos secundarios pueden ser una de las causas del abandono del tratamiento y de la falta de cumplimiento por los pacientes (2). Ante la necesidad de interrumpir el tratamiento por efectos adversos, se puede intentar el tratamiento con otro agente (GDR: C) (11). Los antimuscarínicos están contraindicados en casos de glaucoma de ángulo cerrado, colitis ulcerosa severa, íleo intestinal, insuficiencia renal grave, hepatopatía grave, estenosis pilórica, lactancia y miastenia gravis. Se deben 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.

Se recomienda un seguimiento en consulta al mes de iniciar el tratamiento para comprobar efectividad y efectos adversos (NDE: 2, GDR: A) (8). Una vez que se ha logrado la estabilidad, se aconseja ampliar a 6-12 meses el periodo de seguimiento.

En los últimos años, la investigación en el tratamiento de la IUU se ha enfocado en la estimulación de los receptores beta-adrenérgicos, para incrementar la relajación del músculo detrusor y mejorar la fase de llenado en pacientes con VH e IUU. Las guías de la European Association of Urology (EAU) (2) en incontinencia urinaria indican que mirabegron, un agonista de los receptores beta 3-adrenérgicos, es eficaz en la mejora de la IUU (NE: 1b, GR: B). En la actualidad, la ficha técnica de este fármaco recoge su indicación en el "Tratamiento sintomático de la urgencia, aumento de la frecuencia de micción y/o incontinencia de urgencia que puede producirse en pacientes adultos con síndrome de vejiga hiperactiva (VH)", no estando comercializado en nuestro país.

Tabla 1. Fármacos empleados en el tratamiento de la IUU/VH (2)*

Fármaco	NDE	GDR
Antimuscarínicos:		
• Atropina, hiosciamina	3	A
• Darifenacina	1	B
• Propantelina	2	A
• Solifenacina	1	A
• Tolterodina	1	A
• Trospio	1	
Medicamentos que actúan sobre canales de la membrana:		
• Antagonistas del calcio	2	NR
• Agonistas de los canales de K ⁺	2	NR
Medicamentos con efectos mixtos:		
• Oxibutinina	1	A
• Propiverina	1	A
• Diccilomina	3	C
• Flavoxato	2	NR
Antidepresivos:		
• Duloxetina	2	C
• Imipramina	3	C
Antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos:		
• Alfuzosina	3	C
• Doxazosina	3	C
• Prazosina	3	C
• Terazosina	3	C
• Tamsulosina	3	C
Antagonistas de los receptores beta-adrenérgicos:		
• Terbutalina (β-2)	3	C
• Salbutamol (β-2)	3	C
• YM-178 (β-3)	2	B
Inhibidores de la PDE-5 (para los hombres con STUI/VH):		
• Sildenafil, taladafilo, vardenafilo	2	B
Inhibidores de la COX:		
• Indometacina	2	C
• Flurbiprofeno	2	C
Toxinas:		
• Toxina botulínica (neurógena), inyectada en la pared de la vejiga	2	A
• Toxina botulínica (idiopática), inyectada en la pared de la vejiga	3	B
• Capsaicina (neurógena), intravesical	2	C
• Resiniferatoxina (neurógena), intravesical	2	C
Otros medicamentos:		
• Baclofeno intratecal	3	C
• Estrógenos	2	C
• Desmopresina, para la nicturia (poliuria nocturna), aunque se debe tener cuidado debido al riesgo de hiponatremia, especialmente en los ancianos	1	A

NDE = nivel de evidencia; GDR = grado recomendación; K⁺ = potasio; STUI/VH = síntomas del tracto urinario inferior/vejiga hiperactiva; inhibidor de la PDE-5 = inhibidor de la fosfodiesterasa 5; inhibidor de la COX = inhibidor de la ciclooxigenasa.

* Las evaluaciones se han realizado con arreglo al sistema de Oxford modificado.

El tratamiento óptimo debe individualizarse, teniendo en cuenta la comorbilidad del paciente, los fármacos concomitantes y los perfiles farmacológicos de los diferentes medicamentos, así como los resultados disponibles sobre la calidad de vida, los costes y resultados a largo plazo en los diferentes estudios (2, 3).

En varones es especialmente relevante el ajuste farmacológico individualizado, donde debe contemplarse la IU, en muchas ocasiones, en el contexto de síntomas mixtos y tratamientos combinados, según las recomendaciones de la EAU, de síntomas urinarios del varón, y los criterios de derivación de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) de la EAU y las sociedades científicas españolas de AP (3, 12).

La sintomatología en el varón se debe abordar desde un enfoque diagnóstico-terapéutico en relación a los síntomas del tracto urinario inferior (STUI), evitando asociar inexcusablemente los síntomas urinarios en el sexo masculino con HBP. Así pues, ante síntomas de moderados a graves de llenado en el varón, si se sospecha una hiperactividad vesical como causa principal de los síntomas de llenado, se recomienda acudir a la opción terapéutica de abordar farmacológicamente la hiperactividad vesical con antimuscarínicos (NE: 1b, GDR: B) (13). Ante síntomas mixtos, tras excluir razonablemente un origen obstructivo severo (incluidos los casos de HBP con un volumen prostático significativo y residuos posmiccionales ≤ 200 ml), debe optarse por un tratamiento combinado entre alfa-bloqueantes y antimuscarínicos (NDE: 2, GDR: B) (13). La combinación de estos fármacos ha demostrado ser más efectiva que la monoterapia para mejorar la sintomatología y la calidad de vida en varones con STUI, todo ello, con un buen perfil de seguridad, sin producirse un incremento en las tasas de retención aguda de orina (NDE: 2) (13).

Tratamiento farmacológico de la IUE

El tratamiento farmacológico de la IUE pretende incrementar la fuerza de cierre intrauretral al aumentar el tono de los músculos liso y estriado uretrales. No obstante, el tratamiento farmacológico no constituye la primera elección terapéutica en la IUE (tabla 2). Su uso clínico se encuentra limitado por una eficacia baja y/o efectos secundarios (1-3).

Los estrógenos orales (con o sin progesterona) no deben emplearse para tratar la IU, ya que no se ha demostrado que ejerzan un efecto directo sobre las vías urinarias inferiores, y pueden empeorar la incontinencia (NDE: 1, GDR: A) (1-3).

Tabla 2. Medicamentos utilizados en el tratamiento de la IUE

Fármaco	NDE	GDR
• Duloxetina	1	B
• Midodrina	2	C
• Clenbuterol	3	C
• Estrógenos	2	NR
• Metoxamina	2	NR
• Imipramina	3	NR
• Efedrina	3	NR
• Norefedrina (fenilpropanolamina)	3	NR

NDE = nivel de evidencia; GDR = grado recomendación.

Monitorización del seguimiento del tratamiento conservador de la IU

Se recomienda realizar un seguimiento de la efectividad del tratamiento conservador farmacológico y no farmacológico (NDE: 2, GDR: B (A)) (8, 14). Las herramientas para valorar la efectividad son: el diario miccional durante 3 a 7 días (NDE: 2, GDR: A); se considera una buena respuesta la reducción de más del 70% de los episodios de incontinencia (14), las escalas de severidad de los síntomas y calidad de vida (NDE: 3, GDR: C) y la valoración clínica (anamnesis).

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.

Tratamiento quirúrgico

Técnicas de *sling*

En base a los estudios de De Lancey (19-21), se considera actualmente que el sector suburetral es el determinante en cualquier estrategia quirúrgica para el éxito del tratamiento de la IUE.

Tension Free Vaginal Tape (TVT)

Ulstem (22) revolucionó este tratamiento con el desarrollo del *Tension Free Vaginal Tape* (TVT); la operación es reglada, con tasas variables de complicaciones; los resultados son buenos a medio y largo plazo. Los resultados a largo plazo (5 años) con la utilización del TVT indican una curación en torno al 83,5%.

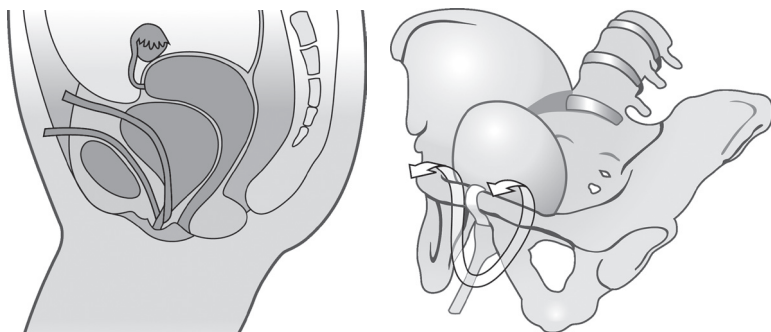
Entre las complicaciones registradas se destacan las lesiones viscerales y vasculares, tan raras como peligrosas (23-27). La complicación más común es la perforación vesical, que, de acuerdo con recientes informes, puede llegar hasta el 23% (28). El riesgo de perforación vesical aumenta significativamente cuando el paciente ya fue sometido a otra cirugía para la IUE previamente (29, 30). Los hematomas del espacio de Retzius se registran en torno al 1-2% (23).

La incontinencia de urgencia *de novo* se presenta con una frecuencia del 3-24% (31). Su causa es probablemente multifactorial, vinculándose tanto con la obstrucción uretral como con la irritación local que produce el emplazamiento del *sling*.

La retención urinaria con manifestación de síntomas obstructivos asociados: disuria, vaciamiento incompleto de la vejiga y urgencia, se presentan con diferente frecuencia entre 1,1-24% (32, 33). Las secuelas provocadas pueden dar lugar a la necesidad de extirpar la malla (34).

El requerimiento de la cistoscopia para el control de la colocación de la malla, así como el tiempo que ello conlleva, son inconvenientes que han influido en que su uso no se haya generalizado.

Figura 1



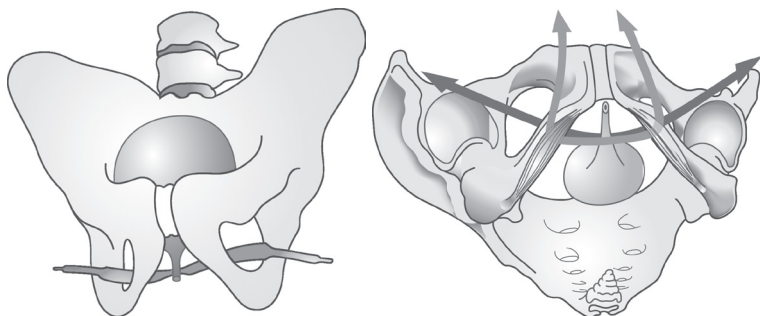
Tension free trans Obturator Tape (TOT)

Como alternativa para el emplazamiento de un *sling* suburetral, evitando el pasaje retropúbico causante de los riesgos y las complicaciones descritas, Delorme (35) ideó un abordaje alternativo por vía obturatriz. El TOT consiste en colocar una malla por detrás de la uretra media pasada a cada lado a través de la región obturatriz. Tiene como ventajas evitar la apertura del espacio retropúbico y paravesical (espacio de Retzius), disminuyendo la morbilidad por hemorragia e infección; al quedar posicionada en un plano casi transversal, la malla suburetral queda más abierta, decrece la posibilidad de angulación uretrovesical, disminuyendo así la causa de disuria y retención de orina. La ubicación por debajo de la vejiga hace innecesaria la cistoscopia intraoperatoria de control.

En conclusión, el TOT:

- Es una técnica muy eficaz para el tratamiento de la IUE, asociada o no a un trastorno del suelo pélvico.
- Es una técnica reglada que requiere un buen conocimiento anatómico de la región obturatriz y un entrenamiento en la cirugía vaginal.
- Es una técnica muy segura, con muy escasos efectos colaterales, como la urgencia miccional.
- La utilización de la malla de polipropileno es un material de amplia disponibilidad y de bajo coste.
- No requiere cistoscopia.

Figura 2



- Todo lo anterior, junto con los buenos resultados a medio plazo y la seguridad, avala su recomendación como técnica de primera elección en los casos de IUE con o sin otra enfermedad del suelo pélvico.

Técnicas de *mini-sling* o minicintas suburetrales

Las minicintas en hamaca (8-8,5 cm) colocadas de forma suburetral, transobturadora, en V o retropública en U son una herramienta más para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (36, 37).

La ventaja fundamental respecto a las técnicas de corrección mediante cabestrillo clásico con cintas de 21 cm es la posibilidad de realizar la cirugía con anestesia local en régimen ambulatorio, con menor tasa de complicaciones (6,6% urgencia *de novo*, 2,9% erosión de la malla, 2,9% dolor inguinal no invalidante, 2,2% obstrucción resuelta mediante cateeterismos o sección de un brazo de la malla, 0,7% hematoma obturador sin necesidad de cirugía).

La tasa de curación/mejoría al año es del 91,9% con IUE pura y del 88% con IU mixta. Sin embargo, en los resultados a largo plazo deben demostrar ser tan eficaces como las técnicas *gold standard* de las cintas TVT.

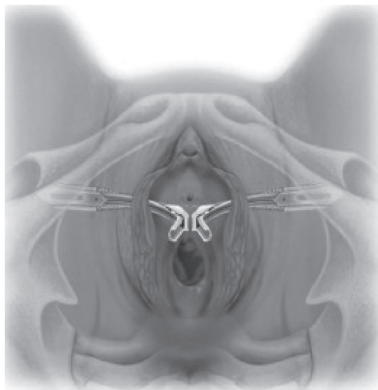
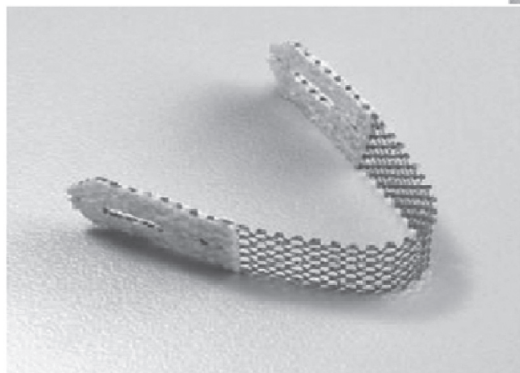
Inyección periuretral de sustancia para el tratamiento de la IUE

Se basan en la inyección vía transuretral (endoscópica o ciega) de sustancias que dan volumen a la uretra (*bulking*) (37-42).

Se recogen los diferentes materiales empleados en el transcurso de los años y, a través de la literatura, utilizados tanto para las inyecciones periuretrales en la IUE como para el tratamiento del reflujo vesicoureteral:

- Materiales artificiales: politetrafluoroetileno PTFE (teflón), silicona en micropartículas (macroplástico), microesferas de carbón pirolítico, hidroxiapatita de calcio, cristales de cerámica.
- Materiales heterólogos (colágeno bovino).
- Materiales autólogos: grasa, condrocitos y miocitos (en investigación).
- Balones inyectables.

Figura 3



Estas técnicas han sido utilizadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) de origen esfinteriano (componente intrínseco uretral), sin hipermovilidad anatómica significativa, con vejiga de buena capacidad y estable (sin hiperactividad).

Las tasas de éxito varían según el material empleado: PTFE (70-95%); colágeno (64-95%); las de grasa (70-90%) y las de macroesferas de silicona (70-82% de los casos).

Sin embargo, no se ha extendido su uso porque su utilización se asocia con tres desventajas principales:

1. Imposibilidad de determinar la cantidad necesaria de material a emplear en cada paciente.
2. Seguridad de los productos no autólogos en relación a su migración y producción de reacciones de cuerpos extraños y fenómenos inmunológicos.
3. Ausencia constante de duración de estos agentes con el paso del tiempo, que determina la pérdida de eficacia o la necesidad de reinyección.

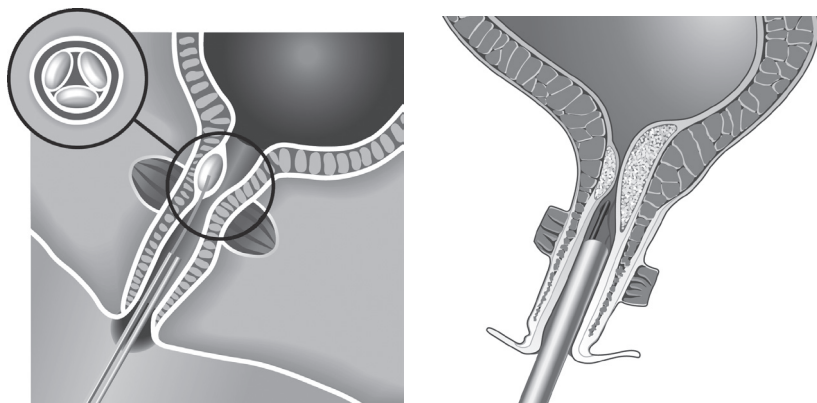
Con posterioridad han aparecido nuevos materiales que intentan dar solución a estos problemas consiguiendo mejores tasas de éxitos con mayor estabilidad:

- Ácido hialurónico y microesferas de dextranómero: tasa de éxitos del 57% a los 2 años (40).
- Gel de poliacrilamida, con tasa de éxitos del 87% al año (41).

Esfínter artificial (42-44)

En 1947, Foley diseñó el primer esfínter urinario artificial que consistía en un anillo que se colocaba alrededor del pene y se inflaba o desinflaba por medio de una bomba de control oculta en el bolsillo del paciente. El principal problema que este prototipo ocasionaba, a parte del estético, era la erección que inevitablemente se producía cuando el anillo se encontraba inflado.

Figura 4. Técnicas de inyección periuretral



Para evitar este problema, Foley desarrolló una técnica quirúrgica que permitía implantar el anillo alrededor de la uretra sin incluir los cuerpos cavernosos y, por tanto, restablecer la continencia de los pacientes incontinentes sin que se produjera erección alguna.

El segundo hito importante en la historia del esfínter urinario artificial se produce en 1972, cuando Scott, Bradley y Timm introducen el modelo AS-721. Se trataba de un prototipo cuyos componentes quedaban totalmente implantados en el interior del cuerpo y se podía manipular desde el exterior.

De todas formas, debido a la complejidad de la prótesis, la implantación era laboriosa y con frecuencia alguno de los componentes fallaba. Durante los años sucesivos se produjeron múltiples modificaciones (AS-761, AS-742, AS-791 y AS-792) para facilitar el acto quirúrgico y reducir la frecuencia de fallos mecánicos. El proceso culmina en 1983, con la aparición del esfínter AMS-800, el único disponible en el mercado durante los últimos 23 años. A pesar de los resultados satisfactorios publicados con la utilización del AMS-800, la tasa de revisiones por complicaciones supera el 30%, e incluyen desde la reaparición de incontinencia por atrofia uretral hasta la retirada de la prótesis por infección, erosión o fallo mecánico.

Desde 1986, los profesores Craggs y Mundy concibieron una serie de modificaciones sobre el modelo AMS-800 que incluía una bomba de control con un puerto autosellable para modificar el volumen de la prótesis sin necesidad de intervención, un manguito más adaptable a la uretra con menor probabilidad de erosión o perforación, y la introducción de un reservorio adicional sensible al aumento de presión intraabdominal en un prototipo de una sola pieza, para facilitar la técnica quirúrgica y disminuir la incidencia de fallos mecánicos, a la vez que para proteger la uretra de la excesiva presión continua que ejerce el AMS-800. Estos desarrollos evolucionan y han dado lugar a mejoras y nuevos modelos de esfínter artificial de los que se dispondrá en el futuro.

En la mujer (figura 5)

El manguito periuretral al inflarse ocluye la uretra femenina.

En el hombre (figura 6)

El esfínter artificial es actualmente el tratamiento considerado como *gold standard* en el tratamiento de la incontinencia urinaria posprostatectomía radical. Es una complicación que se presenta en un 5-25% de los pacientes sometidos a este tratamiento. Esta complicación

Figura 5

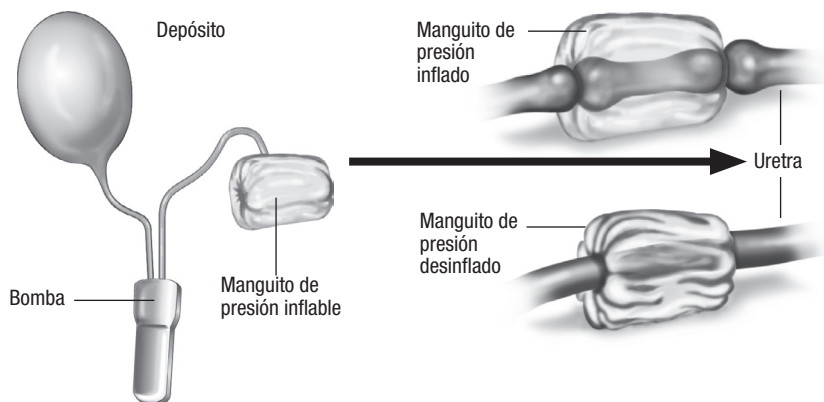
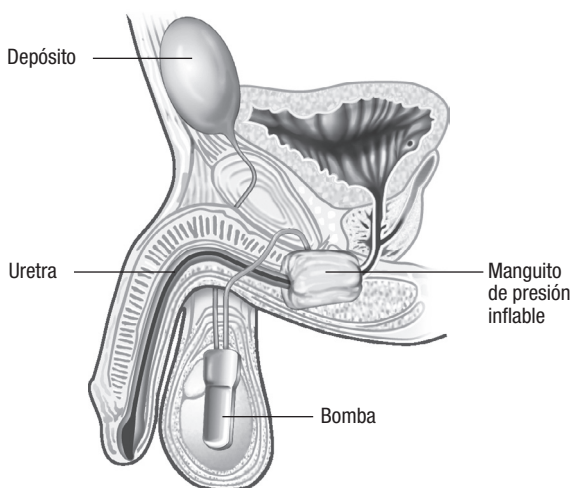


Figura 6. Esfínter artificial en el varón



genera en los pacientes un deterioro importante en cuanto a su calidad de vida. Han sido utilizados sin éxito tratamientos conservadores y mínimamente invasivos, como, por ejemplo, los ejercicios de Kegel, el uso de absorbentes, farmacoterapia y electroestimulación, o la cirugía menor, como los inyectables.

Bibliografía

1. Schröder A, Abrams P, Andersson KE, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. European Association of Urology 2010. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf. Último acceso: septiembre 2013.
2. Lucas MG, Bedretidnova D, Bosch JLHR, et al. Guidelines on Urinary Incontinence 2013. EAU. Disponible en: http://www.uroweb.org/gls/pdf/16052013Urinary_Incontinence_LR.pdf. Último acceso: septiembre 2013.
3. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, et al.; European Association of Urology. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. Actas Urol Esp 2011; 35(7):373-88.
4. Schnelle JF, Leung FW, Rao SS, et al. A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. J Am Geriatr Soc 2010; 58(8):1.504-11.
5. Glazener CMA, Lapitan MC. Investigaciones urodinámicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Lt. Último acceso: junio 2012.
6. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2008; (4):CD007471.
7. Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, et al. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2011; (12):CD009508.
8. National Institute for Health and Excellence. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. NICE clinical guideline 40. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40NICEguideline.pdf>. Último acceso: septiembre 2013.
9. Andersson KE, Chapple C, Cardozo L, et al. Pharmacological treatment of urinary incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, Ed. Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence. Paris: Health Publications, 2009; 631-700.
10. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, et al. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2008; 54(3):543-62.
11. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G, et al. Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012 Jan 18; 1:CD005429.
12. Molero JM, Pérez D, Brenes FJ, et al. Referral criteria for benign prostatic hyperplasia in primary care. Aten Primaria 2010; 42(1):36-46.
13. Oelke M, Bachmann A, Descasez A, et al. Guidelines on the Management of Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). 2013. EAU. Disponible en http://www.uroweb.org/gls/pdf/13_Male_LUTS_LR.pdf. Último acceso: septiembre 2013.

14. Shamlivan T, Wyman J, Kane RL. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92960/pdf/TOC.pdf>. Último acceso: septiembre 2013.
15. DeLancey JO. Functional anatomy of the female lower urinary tract and pelvic floor. Ciba Found Symp 1990; 151:57-69.
16. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. Am J Obstet Gynecol 1994; 170(6):1.713-20.
17. Delancey JO. Fascial and muscular abnormalities in women with urethral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(1):93-8.
18. Álvarez S, Hualde-Alfaro A, Jiménez-Calvo J, et al. Complicaciones de la cirugía de incontinencia urinaria femenina con minicintas. Actas Urol Esp 2010; 34(10):893-7.
19. DeLancey JO. Functional anatomy of the female lower urinary tract and pelvic floor. Ciba Found Symp 1990; 151:57-69; discussion 69-76.
20. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. Am J Obstet Gynecol 1994; 170(6):1.713-20; discussion 1720-3.
21. DeLancey JO. Fascial and muscular abnormalities in women with urethral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(1):93-8.
22. Ulstam U, Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1995; 29(1):75-82.
23. Boubliil V, Ciofu C, Traxer O, Sebe P, Haab F. Complications of urethral sling procedures. Curr Opin Obstet Gynecol 2002; 14(5):515-20.
24. Vierhout ME. Severe hemorrhage complicating tension-free vaginal tape (TVT): a case report. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12(2):139-40.
25. Zilbert AW, Farrell SA. External iliac artery laceration during tension-free vaginal tape procedure. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12(2):141-3.
26. Hermieu J. Complications of the TVT technique. Prog Urol 2003; 13(3):459-65.
27. Riedler I, Primus G, Trummer H, Maier A, Rauchenwald M, Hubner G. Fournier's gangrene after tension-free vaginal tape (TVT) procedure. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2004;15(2): 145-6.
28. Jeffry L, Deval B, Birsan A, Soriano D, Darai E. Objective and subjective cure rates after tension-free vaginal tape for treatment of urinary incontinence. Urology 2001; 58(5):702-6.
29. Haab F, Traxer O, Ciofu C. Tension free vaginal tape: why unusual concept is so successful. Curr Opin Urol 2001; 11(3):293-7.

30. Frankel G. Re: Complication of bowel perforation during insertion of tension-free vaginal tape. *J Urol* 2004; 171(5):1.888.
31. Morgan TO Jr, Westney OL, McGuire EJ. Pubovaginal sling: 4 years outcome analysis and quality of life assessment. *J Urol* 2000; 163(6):1.845-8.
32. Wang A, Chen MC. Randomized comparison of local versus epidural anesthesia for tension-free vaginal tape operation. *J Urol* 2001; 165(4):1.177-80.
33. Chassagne S, Bernier PA, Haab F, Roehrborn CG, Reisch JS, Zimmern PE. Proposed cutoff values to define bladder outlet obstruction in women. *Urology* 1998; 51(3):408-11.
34. Tsivian A, Kessler O, Mogutin B, Rosenthal J, Korczak D, Levin S, et al. Tape related complications of the tension-free vaginal tape procedure. *J Urol* 2004; 171(2 Pt 1):762-4.
35. Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2001; 11(6):1.306-13.
36. Jiménez Calvo J, Hualde Alfaro A, Cebrián Lostal JL, Álvarez Bandrés S, Jiménez Parra J, Montesino Semper M, Raigoso Ortega O, Lozano Uruñuela F, Pinos Paul M, González de Garibay AS. Nuestra experiencia con minicintas MiniArcs en la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Servicio de Urología, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.
37. Álvarez Bandrés S, Hualde-Alfaro A, Jiménez-Calvo J, Cebrián-Lostal JL, Jiménez-Parra JD, García-García D, Montesino-Semper M. Complicaciones de la cirugía de incontinencia urinaria femenina con minicintas. Servicio de Urología, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra.
38. Appell RA, Vasavada SP, Rackley RR, et al. Antegrade collagen injection therapy for urinary incontinence following radical prostatectomy. *Urology* 1996; 48:769-72.
39. Winters JC, Appell RA. Periurethral injection of collagen in the treatment of intrinsic sphincteric deficiency in the female patient. *Urol Clin North Am* 1995; 22:673-8.
40. Stenberg AM, Larsson G, Johnson P. Urethral injection for stress urinary incontinence: long-term results with dextranomer/hyaluronic acid copolymer. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003 Nov; 14(5):335-8; discussion 338. Epub 2003 Sep 13.
41. Lose G, Mouritsen L, Bugge Beilsen J. A new bulking agent (polyacrylamide hydrogel) for treating stress urinary incontinence in women. Department of Obstetrics and Gynecology, Glostrup County Hospital, University of Copenhagen, 2006.
42. Islah M, Cho SY, Son H. The current role of the artificial urinary sphincter in male and female urinary incontinence. *World J Mens Health* 2013 Apr; 31(1):21-30.
43. Holm HV, Fosså SD, Hedlund H, Dahl AA. Study of generic quality of life in patients operated on for post-prostatectomy incontinence. *Int J Urol* 2013 Sep; 20(9):889-95. doi: 10.1111/iju.12077. Epub 2013 Feb 19.
44. Hafez AT, McLorie G, Bāgli D, Khoury A. A single-centre long-term outcome analysis of artificial urinary sphincter placement in children. *BJU Int* 2002 Jan; 89(1):82-5.

Criterios de derivación entre los distintos niveles asistenciales

Dr. José María Molero García

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud San Andrés. Madrid

La incontinencia urinaria es una patología crónica, muy prevalente, que aumenta con la edad y con una historia natural conocida. Muchas personas frágiles, con discapacidad o de edad avanzada que están en la comunidad son incontinentes. Aunque a lo largo de la evolución clínica de la enfermedad es muy probable la necesidad de intervención de profesionales sanitarios de diferentes ámbitos asistenciales, tanto de Atención Primaria (AP) como de Atención Hospitalaria, el médico de familia de AP, al igual que en el resto de las patologías crónicas, es el profesional mejor situado para gestionar el manejo de la incontinencia, en coordinación con los profesionales de la Atención Especializada Hospitalaria. Para lograr una prestación más eficiente de los servicios sanitarios, la evaluación y el tratamiento inicial conservador para estas personas debería realizarse en su entorno habitual y reservar el hospital de referencia para los casos de incontinencia complicada que no responden a medidas conservadoras o para indicaciones específicas (1-5). Para lograr una atención eficiente de la incontinencia urinaria y garantizar la continuidad asistencial de los paciente se precisa una correcta coordinación entre los niveles asistenciales.

En la mayoría de los casos, el primer punto de contacto con el sistema sanitario del paciente con incontinencia urinaria suele ser la AP. En otras ocasiones el primer contacto puede ser con profesionales de Atención Hospitalaria. En estos casos debería remitirse al paciente a su médico de familia para que inicie la valoración diagnóstica. Además, los profesionales de AP son los mejor situados para realizar un despistaje, tanto oportunista como mediante la búsqueda activa en pacientes de riesgo de incontinencia urinaria (1).

La evaluación inicial de los pacientes con pérdidas involuntarias de orina, realizada por el médico de familia en AP, tiene como objetivo, además de identificar, clasificar y cuantificar la gravedad de los síntomas y la repercusión sobre la calidad de vida de la incontinencia, la identificación de los pacientes con una incontinencia complicada que van a precisar una derivación a un servicio especializado hospitalario para su abordaje específico. La incontinencia complicada

comprende pacientes con incontinencia recurrente tras cirugía previa fallida, con prolapso de órganos pélvicos en mujeres, tras prostatectomía en varones, incontinencia total y/o con síntomas asociados, como dolor, hematuria, ITU recurrentes, síntomas de vaciado deficiente, historial de radioterapia pélvica o de cirugía pélvica radical o sospecha de fístula (tabla 1) (1-8).

Tabla 1. Indicaciones de derivación al Servicio de Urología desde Atención Primaria de pacientes con incontinencia urinaria

Durante la valoración diagnóstica	
Remitir de forma preferente a pacientes con incontinencia urinaria con sospecha clínica de cáncer	• 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 asociada a hematuria persistente • Masa pélvica, aunque sea clínicamente benigna
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	

Tabla 1. Indicaciones de derivación al Servicio de Urología desde Atención Primaria de pacientes con incontinencia urinaria *(continuación)*

Durante la valoración diagnóstica	
Presencia de comorbilidad relevante que afecta a las opciones de tratamiento disponibles o cualquier otra dificultad insalvable para realizar tratamiento conservador	
Durante el seguimiento clínico	
Pacientes con incremento de síntomas o aparición de nuevos	
Ausencia de respuesta al tratamiento conservador inicial (incluye el farmacológico)	
Intolerancia al tratamiento farmacológico tras un periodo de prueba que no desea probar otro medicamento, pero le gustaría considerar un tratamiento adicional.	

Modificada de cita 2 (Brenes FJ, et al. Aten Primaria, 2013; 45: 263-73).

El tipo de especialista dependerá de los recursos locales y del motivo de la derivación. Como en otras patologías, la decisión de derivar a un paciente ha de tener en cuenta los objetivos de la asistencia, el deseo de tratamiento cruento del paciente o cuidador y la esperanza de vida estimada (1-4). Generalmente esta derivación se realizará a la consulta de urología y, en menor número de ocasiones, a ginecología. No obstante, determinados pacientes requerirán la intervención de otros profesionales. A los pacientes con deterioro funcional se les podría derivar a un geriatra o fisioterapeuta. También es importante la posibilidad de derivar a las unidades especializadas hospitalarias de fisioterapia de incontinencia determinados casos en los que se precise una intervención intensa y específica de la terapia conservadora. Muchas de estas unidades están especializadas en la administración de terapias conductuales para modificar los hábitos vesicales y en la fisioterapia de fortalecimiento del suelo pélvico, y deberían posibilitar la remisión de pacientes directamente desde AP (2-5).

Coordinación y criterios de derivación entre consulta médica de AP y la Atención Hospitalaria

Las sociedades científicas médicas de AP españolas (SEMERGEN, semFYC, SEMG) y la Asociación Española de Urología (AEU) han consensuado un documento sobre el manejo de la

incontinencia urinaria en AP y la coordinación con urología desde AP (1). Este documento sigue la línea de otros documentos elaborados por instituciones científicas europeas e internacionales (2-9). Tanto en el consenso nacional como en los internacionales se establecen recomendaciones sobre la valoración diagnóstica, terapéutica, así como el seguimiento por el médico de familia en AP y sobre los criterios de derivación entre el médico de AP y la atención urológica especializada hospitalaria. Las recomendaciones sobre derivación están basadas en los resultados de algunos estudios de cohortes y en la opinión del panel de expertos. Existen diferentes motivos consensuados por la comunidad científica para realizar la derivación de un paciente desde AP al especialista en urología hospitalario (tabla 1):

- Durante el diagnóstico:
 - Ante la sospecha de trastornos más complejos, como patología tumoral, estructural o funcional del aparato urinario, que requieren una evaluación diagnóstica específica (flujometría, estudios urodinámicos, citología, cistouretroscopia o estudios de imagen de las vías urinarias).
 - Ante la sospecha de presencia de enfermedades concomitantes o un deterioro funcional para identificar que estén contribuyendo a los síntomas.
 - Ante la incapacidad de clasificar la incontinencia como incontinencia de urgencia, de esfuerzo o mixta.
- Durante el tratamiento:
 - Los casos de incontinencia complicada que requieren tras la valoración tratamiento especializado.
 - Para valorar posibles indicaciones quirúrgicas en los casos de respuesta al tratamiento conservador insuficiente durante el seguimiento.

Coordinación y criterios de derivación entre consulta médica/ consulta de enfermería en AP

Los enfermeros forman parte de equipos multidisciplinares tanto en AP como en urología. El personal de enfermería juega un papel fundamental en la atención al paciente con incontinencia urinaria. En AP, al igual que en otras patologías crónicas, es necesaria la coordinación entre el médico de familia y enfermería para garantizar la continuidad del cuidado de pacientes con incontinencia.

Criterios de derivación entre los distintos niveles asistenciales

En recomendaciones elaboradas por asociaciones de enfermería de AP, se proponen las siguientes actividades a realizar por los profesionales de enfermería de AP para atender a los pacientes con incontinencia urinaria (10):

- Captación/detección de los pacientes con incontinencia, especialmente en los pacientes con factores de riesgo para desarrollar incontinencia.
- Realización de diagnósticos de enfermería: atención al patrón de la eliminación urinaria dentro de la valoración por patrones funcionales de salud.
- Colaborar con el médico de familia de AP en la valoración clínica inicial de los pacientes (anamnesis, administración de cuestionarios y realización de pruebas diagnósticas).
- Realizar información e instrucción del paciente y cuidadores en relación con:
 - Medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida que disminuyan o mejoren sus síntomas.
 - Los problemas de continencia y las formas en que se puede mejorar la salud del intestino y la vejiga.
 - Técnicas conductuales para realizar vaciamiento programado, doble vaciamiento, re-entrenamiento vesical.
 - Realización de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.
 - Uso de dispositivos como conos vaginales, colectores de orina, absorbentes.
- Valoración del cumplimiento de la terapia conservadora, incluida la farmacológica y detección precoz de posibles efectos adversos.
- Realizar un seguimiento clínico de los pacientes en coordinación con el médico de familia.
- Determinar la adecuada indicación de medidas relacionadas con las técnicas conductivas (colectores de pene, sondaje vesical y absorbentes para incontinencia).
- Actividades de prevención y promoción:
 - Promoción de los patrones de eliminación urinaria efectivos entre los pacientes.
 - Promover hábitos de vida saludables, relacionados con la incontinencia.

- Realizar actividades de prevención primaria en pacientes de riesgo de incontinencia (2-7, 11, 12):
 - Promover un peso corporal saludable.
 - Promoción de los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico en situaciones como el embarazo y puerperio.
 - Entrenamiento muscular del suelo pélvico para la prevención o el tratamiento de la pérdida de orina posterior a la cirugía radical de próstata por cáncer.

Abordaje deontológico entre ámbitos asistenciales y criterios de derivación

Caso clínico

Acude a consulta una mujer de 56 años por un cuadro de infección respiratoria aguda. Presenta episodios frecuentes de tos de 3 días de evolución. La paciente en la anamnesis comenta que con la tos se le escapa la orina y que no es la primera vez, pues ha tenido otras pérdidas. Las viene observando desde hace 5-6 meses, tras iniciar una clases de “aero-step” en un gimnasio, al que se apuntó para perder un poco de peso. Desde ese momento se ha fijado más y ha notado que con otros esfuerzos, como levantar algún objeto muy pesado o al subir las escaleras, tiene pérdidas de orina. Utiliza salva-slip en las clases y también ahora que está acatarrada. Aunque es consciente de que esto les ocurre a muchas mujeres, por ejemplo a su madre, sobre todo si han tenido hijos, y ella ha tenido cinco, todavía se siente joven y quiere una solución al problema. Además, “no quiere tener los problemas que tuvo su madre”.

Se realiza una valoración diagnóstica en la consulta del médico de familia. Esta valoración consiste en una historia clínica, exploración física, que incluye la abdómino-pélvica y el tacto rectal, la cumplimentación de un diario miccional, cuestionarios para evaluar la gravedad de síntomas y la calidad de vida y, como pruebas complementarias, un análisis de orina mediante tira colorimétrica de orina y una bioquímica básica que incluía la función renal.

En su historia clínica no existen datos clínicos ni antecedentes de interés. El médico le informa que tiene una incontinencia urinaria que se llama de esfuerzo y que, aunque a veces se puede tratar con cirugía, esta sería la última opción. Le aconseja cambiar el ejercicio

del gimnasio por otro de menos impacto para su vejiga, como caminar, yoga, gimnasia o natación. Además debe mantener unos hábitos de vida saludable y realizar unos ejercicios especiales para fortalecer la musculatura de la pelvis. Le citará con la enfermera para que se los explique.

La paciente dice que está un poco decepcionada, pues piensa que le debería haber realizado más pruebas diagnósticas. "No es posible que sepa lo que tiene, solo con un análisis de sangre y una exploración". Cree que necesita como mínimo una ecografía y quizás más pruebas, por lo que le pide que si se las va a hacer, que le derive al urólogo del hospital. El médico intenta tranquilizarla y le indica que no es preciso realizar más pruebas y que, antes de valorar un tratamiento especializado, debe probarse con otras técnicas menos agresivas que suelen mejorar mucho el problema. La paciente repite al médico que con 56 años quiere una solución a ese problema y que por muchos ejercicios que haga o incluso aunque pierda peso, que por cierto no sabe cómo lo va a hacer con las dificultades que tiene a la hora de hacer ejercicio, su problema no va a desaparecer. Le dice que le mande al urólogo o hablará con el director del centro para que le obligue a hacerlo.

Valoración ético/deontológica

Valores en conflicto

- El valor de cumplir por parte del profesional con uno de los principios básicos de la bioética, el respeto a la autonomía del paciente, para tomar sus decisiones, siempre que tenga capacidad demostrada para hacerlo. En España queda regulado el principio de autonomía en la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Además, el artículo 12 del Código de Deontología Médica de la OMC obliga al médico a respetar estas decisiones del paciente una vez informado.
- El valor de cumplir con las indicaciones de un protocolo/guía de práctica clínica y cumplir con el deber del médico de actuar de acuerdo con las normas de la buena práctica en el Código de Deontología Médica de la OMC (Organización Médica Colegial de España) y de acuerdo con lo establecido en las guías y protocolos clínico-asistenciales elaborados por la Institución Sanitaria para la que desarrolla su actividad profesional.
- El valor de justicia y evitar gastos innecesarios al sistema sanitario con otras pruebas complementarias o derivaciones, sin evidencia de beneficios clínicos demostrados.

Cursos extremos de la actuación del profesional

- Si opta por el primer valor, se antepondrían la voluntad y los deseos del paciente y se derivaría a la paciente a urología. De esta forma, el profesional evitaría la reclamación de la paciente y se garantizaría una buena relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Pero, al mismo tiempo, no actuaría acorde con la evidencia científica, contraviniendo lo establecido en el Código de Deontología Médica de la OMC.
- Si opta por el segundo y tercero de los valores, no derivaría a la paciente a urología. Actuaría de acuerdo a lo establecido en el Código de Deontología Médica de la OMC en relación con la calidad de la atención médica (art. 21) y con el compromiso con el trabajo en las instituciones sanitarias (art. 45).

Cursos intermedios

- Explorar exhaustivamente las razones que llevan a la paciente a solicitar la derivación. Es importante indagar sobre el antecedente familiar de esta patología, su madre.
- Interesarse por otros aspectos de su vida personal, social y familiar para saber cómo está interfiriendo la incontinencia en los mismos.
- Explicar detenidamente y con honestidad los motivos que le llevan a no considerar indicada la derivación a urología, ni la realización de más pruebas diagnósticas, como los riesgos-beneficios o la obligación de hacer sostenible el sistema mediante un uso racional de las pruebas.
- Acoger las opiniones de la paciente con empatía, sin enjuiciarlas ni infravalorarlas.
- Intentar pactar y llegar a un acuerdo con la paciente. Asegurar a la paciente que se realizará un seguimiento periódico en la consulta del médico y de enfermería y que, si empeora o no mejora lo suficiente, se remitirá a urología.

Curso óptimo propuesto

Adoptar una decisión respetuosa con el paciente, intentando mantener una relación médico-paciente y evitar la ruptura de la relación mediante los cursos intermedios propuestos.

Recomendaciones

- Aportar toda la información y evidencia disponible, promoviendo una relación de confianza con el paciente, ayuda a reducir la incertidumbre de los pacientes y facilita las alianzas terapéuticas.
- Ceder a las demandas de los pacientes que se alejan de lo que considera el profesional buena práctica puede acarrear perjuicios para el paciente, el profesional y el sistema.
- En muchas actuaciones, aunque no puedan estar indicadas por protocolos, su realización puede no estar contraindicada y no ser estrictamente maleficente. La decisión de no remitir a la paciente a urología se hace de acuerdo a un protocolo que no deja de ser un consenso de un panel entre expertos, lo que se corresponde con un nivel bajo de evidencia.
- Las situaciones de incertidumbre de los pacientes pueden deberse a personalidades obsesivas que hay que diagnosticar.

Bibliografía

1. Brenes Bermúdez FJ, Cózar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria* 2013; 45:263-73.
2. Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:213-40. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20870/pdf>.
3. Lucas MG, Bosch RJJ, Bedretidnova D, Bosch JLHR, Burkhard FC, Cruz F, Nambiar AK, De Ridder DJMK, Neisius A, Tubaro A, Pickard RS. EUA Guidelines on Urinary Incontinence [Monografía en línea]. Arnhem: European Association of Urology; update 2013. Acceso 15/09/2013]. Disponible en URL: http://www.uroweb.org/gls/pdf/16052013Urinary_Incontinence_LR.pdf.
4. Lucas MG, Bosch RJJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, Neisius A, et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* 2013; 37:199-213.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. NICE clinical guideline 171. [Monografía en línea]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2013 [Acceso 15/09/2013]. Disponible en URL: <http://guidance.nice.org.uk/cg171>.

6. Smith A, Bevan D, Douglas HR, James D. Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2013; 347:f5170. doi: 10.1136/bmj.f5170.
7. Bettez M, Tu le M, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, Bailly G. 2012 update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the canadian urological association. *Can Urol Assoc J* 2012 Oct; 6(5):354-63. doi: 10.5489/cuaj.12248.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline (79). [Monografía en línea]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2004. [Acceso 15/09/2013]. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign79.pdf>.
9. Shamlivan T, Wyman J, Kane RL. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness [Monografía en Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012. [Acceso 15/09/2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92960/pdf/TOC.pdf>.
10. Morilla Herrera JC. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 2ª Ed. Granada: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2007. Disponible en URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0272.pdf>.
11. Sampselle CM, Palmer MH, Boyington AR, O'Dell KK, Wooldridge L. Prevention of urinary incontinence in adults: population-based strategies. *Nurs Res* 2004; 53(6 Suppl.):S61-7.
12. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic Floor Muscle Training for Prevention and Treatment of Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women: A Short Version Cochrane Review. *Neurourol Urodyn* 2013 Apr 24. doi: 10.1002/nau.22402.
13. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Madrid: OMC, 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf.
14. García D, Rodríguez JJ, directores. Retos éticos en Atención Primaria. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud, 2012.

Algoritmo de actuación y seguimiento del paciente con incontinencia

Dr. José María Molero García

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud San Andrés. Madrid

Los algoritmos de decisión clínica se elaboran para ordenar procesos asistenciales complejos y multidisciplinarios como la incontinencia. Las sociedades científicas médicas de Atención Primaria (AP) españolas (SEMERGEN, semFYC, SEMG) y la Asociación Española de Urología (AEU) han elaborado un documento de consenso sobre el manejo de la incontinencia urinaria no complicada en AP (1). El documento se vertebra a partir de un algoritmo claro que guía la actuación cronológica de los profesionales en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas que presentan IU, desde el momento en que el paciente con pérdida involuntaria de orina entra en contacto con el sistema sanitario. Estos algoritmos de las sociedades científicas españolas plantea la secuencia de actuación idónea, basándose en el estudio de las evidencias disponibles y en el consenso entre expertos.

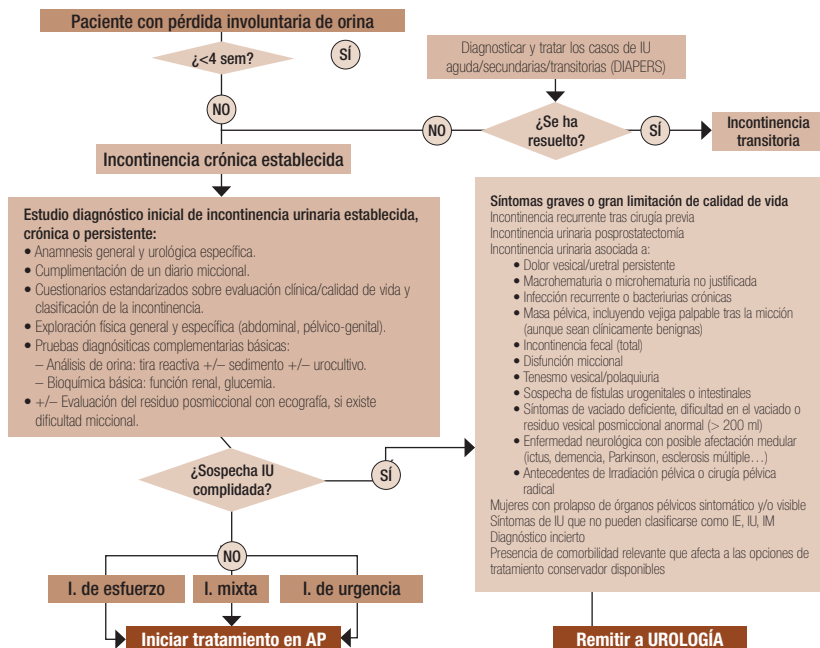
La incontinencia urinaria es una patología crónica, de alta prevalencia, de origen multifactorial, que precisa generalmente un abordaje multidisciplinar. Esta patología supone un elevado coste económico, social y sanitario (2-4). Es preciso esquematizar y simplificar la actuación clínica de los diferentes profesionales que intervienen en su atención mediante algoritmos de decisión que posibilitan una atención más eficiente a este problema de salud. Estos algoritmos de incontinencia urinaria no complicada deben incluir la valoración diagnóstica y el manejo terapéutico. Además es necesario indicar en cada momento los motivos de derivación de los pacientes a otros profesionales y/o ámbitos asistenciales desde la AP (figuras 1-4).

Algoritmo sobre la valoración diagnóstica inicial del paciente con incontinencia urinaria (figura 1)

La detección y la valoración diagnóstica inicial de la incontinencia urinaria se debería realizar en la mayoría de los casos en AP. La información sobre el paciente se obtiene mediante una anamnesis, que incluirá unos cuestionarios de valoración, un examen físico y unas prue-

bas complementarias básicas, disponibles en todos los centros asistenciales de AP. Aunque habitualmente el primer contacto del paciente con incontinencia urinaria con la sanidad se produce en el médico de familia de AP, en otras ocasiones el primer contacto puede ser con profesionales de Atención Hospitalaria. En estos casos debería remitirse al paciente a su médico de familia para que inicie la valoración diagnóstica (1-4). Esta valoración inicial es similar tanto en el varón como en la mujer (1).

Figura 1. Valoración diagnóstica inicial de la incontinencia urinaria en varones y mujeres



Modificada de Brenes FJ, et al. *Aten Primaria*, 2013; 45:263-273.

Los objetivos de la valoración inicial son:

- Detectar causas transitorias de incontinencia urinaria.
- Realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías distintas de la incontinencia urinaria.

Algoritmo de actuación y seguimiento del paciente con incontinencia

- Realizar el diagnóstico clínico de incontinencia urinaria persistente y caracterizarla:
 - Clasificar el tipo de incontinencia.
 - Valorar la intensidad y gravedad de los síntomas de incontinencia.
 - Evaluación de la repercusión de la sintomatología sobre la calidad de vida del paciente.
- Identificar los casos complicados que requieren derivación a urología.

Como la prevalencia de la IU es muy elevada y en muchos casos se encuentra infradiagnosticada, se recomienda la realización en AP de un despistaje oportunista y también una búsqueda activa en pacientes con factores de riesgo.

Antes de establecer el diagnóstico de incontinencia urinaria crónica o establecida, deben descartarse aquellas situaciones que produzcan incontinencia urinaria transitoria, aguda o potencialmente tratables (tabla 1). Es importante valorar la existencia de fármacos, de uso habitual entre los pacientes, que puedan estar alterando la continencia (tabla 1).

Una vez finalizada la valoración se diferenciará entre los casos de incontinencia no complicada que no precisan una derivación a nivel de Atención Especializada Hospitalaria y aquellos que sí necesitan la intervención de los profesionales del ámbito hospitalario porque los síntomas sugieren un trastorno más complejo o grave que requiere una evaluación diagnóstica más detallada u opciones de tratamiento específicas.

Algoritmo sobre el manejo terapéutico de la incontinencia urinaria (figuras 2 y 3)

Una vez confirmado el diagnóstico clínico de incontinencia urinaria no complicada, no son necesarias más pruebas diagnósticas para iniciar un tratamiento. La mayoría de los pacientes con síntomas leves o moderados son susceptibles de tratamiento en AP. Los pacientes con síntomas complicados o graves tendrán que ser derivados directamente para recibir tratamiento especializado.

En los casos no complicados, el tratamiento inicial debe ser conservador (1-5). El tratamiento conservador hace referencia a cualquier modalidad terapéutica que no suponga una intervención farmacológica o quirúrgica. Sin embargo, en procesos tales como la vejiga hiperactiva con frecuencia las estrategias conservadoras se combinan con tratamiento farmacológico (2).

Tabla 1. Causas de incontinencia urinaria transitoria o reversible (potencialmente tratables)

Causas	Situaciones
Alteraciones neurológicas	Delirio, lesiones neurológicas (incluyendo medulares)
Infecciones genitourinarias	Infecciones del tracto urinario recurrentes, vaginitis
Hábitos y estilos de vida	Aumento de ingesta de líquidos y bebidas estimulantes como café, té, colas o tónicas Consumo de tabaco, alcohol, infusiones diuréticas
Trastornos psiquiátricos	Ansiedad, depresión
Alteraciones metabólicas y endocrinas	Diabetes, hipercalcemia, hiperpotasemia, situaciones de retención de líquidos (como la insuficiencia cardiaca y edemas) y vulvitis y uretritis atróficas (posmenopáusicas)
Impactación fecal	Fecalomas
Restricción de la movilidad	Barreras físicas domiciliarias
Fármacos	Retención de líquidos, edemas, nocturia: AINE, calcioantagonistas, esteroides, diuréticos (administración vespertina/nocturna), gabapentina, glitazonas Aumento de frecuencia y/o volumen: diuréticos, alcohol, inhibidores de la colinesterasa, cafeína, teofilina, litio Contractilidad vesical afectada e interferir con el vaciado vesical: anticolinérgicos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, agonistas alfa-adrenérgicos y beta, antiespasmódicos, opioides Aumento del estrés de la incontinencia: inductores de la tos (IECA), alfa-bloqueantes Interfieren la relajación uretral: agonistas alfa-adrenérgicos, relajantes musculares, simpaticolíticos. Evitan el cierre adecuado: antagonistas alfa-adrenérgicos, misoprotol

El orden en el que se administran estos tratamientos depende del tipo de la incontinencia predominante. El tratamiento conservador se debe realizar de forma escalonada, desde las opciones menos invasivas hasta otros métodos cada vez más invasivos cuando la anterior falla.

Solo cuando los resultados de los tratamientos menos agresivos no son óptimos, puede ser considerado la derivación a la Atención Especializada Hospitalaria, para valorar las intervenciones más invasivas, entre las que se encuentra la cirugía.

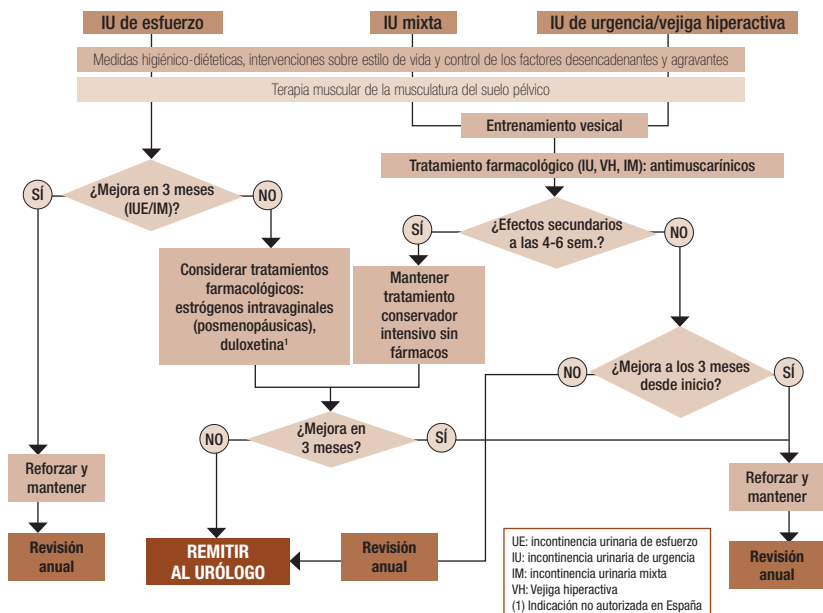
Para facilitar el abordaje, los cuadros clínicos se agrupan en los algoritmos en unos pocos diagnósticos, utilizándose la terminología estandarizada por la International Continence Society (ICS) (6). Además, para una mayor simplificación de las opciones de tratamiento y poder

Algoritmo de actuación y seguimiento del paciente con incontinencia

abordar las peculiaridades del tratamiento entre el varón y la mujer, se aborda por separado la actuación en cada grupo (1-3):

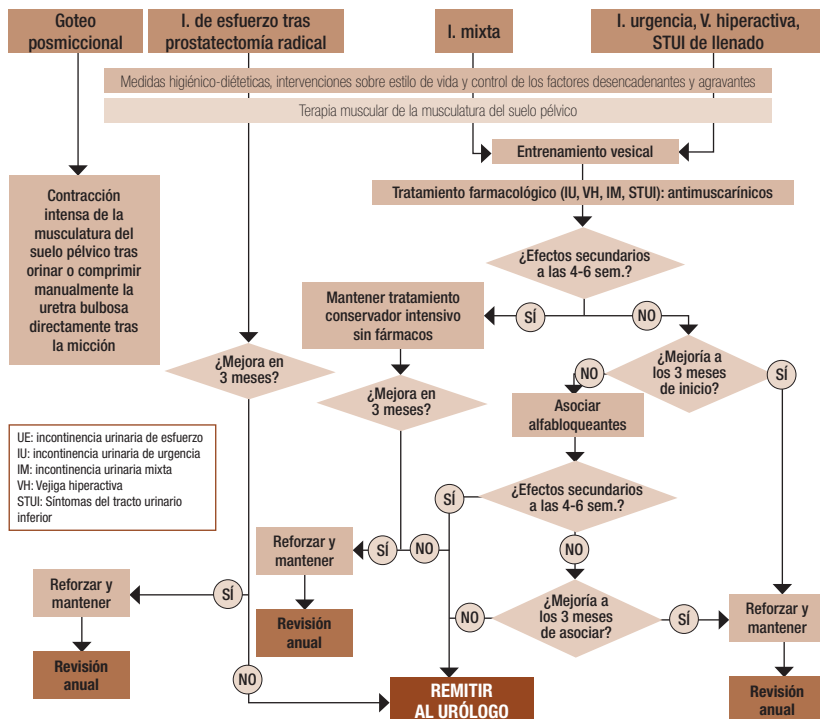
- Mujeres (figura 2): con excepción de la vejiga hiperactiva, que con frecuencia requiere una terapia inicial con medidas conservadoras y farmacológicas, el tratamiento conservador no farmacológico constituye el abordaje principal de la incontinencia urinaria no complicada (1-6). El tratamiento inicial consiste en control de factores desencadenantes/agravantes, asesoramiento sobre medidas higiénico-dietéticas y modificación de hábitos de vida, programas de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, una pauta miccional programada, terapia conductual y medicación.
- Varones (figura 3): en general, en el varón existen menos datos sobre la evidencia de estas medidas conservadoras en el tratamiento inicial de la incontinencia urinaria. No

Figura 2. Algoritmo clínico para el tratamiento conservador inicial de la incontinencia en mujeres



obstante, en la incontinencia no complicada se recomiendan también las modalidades de tratamiento similares a la mujer: ir a un asesoramiento adecuado sobre medidas higiénico-dietéticas y modificación de hábitos de vida, fisioterapia muscular del suelo pélvico, pautas miccionales programadas, terapias conductuales y medicación en los casos de vejiga hiperactiva (1-3).

Figura 3. Algoritmo clínico para el tratamiento conservador inicial de la incontinencia en hombres



Modificada de Brenes FJ, et al. Aten Primaria 2013; 45:263-73.

El tratamiento inicial debe valorarse en un periodo razonable de tiempo, nunca inferior a 8-12 semanas (1-4). Solo cuando este tratamiento es ineficaz, se recomienda el asesoramiento, generalmente de un especialista hospitalario en urología.

Monitorización del seguimiento del tratamiento conservador de la incontinencia urinaria

Se recomienda realizar un seguimiento de la efectividad del tratamiento conservador farmacológico y no farmacológico. En general, la adherencia a los tratamientos conservadores de la incontinencia urinaria no es óptima. Es frecuente la interrupción de los tratamientos farmacológicos debido a los efectos adversos de los fármacos y/o la ausencia de respuesta al tratamiento. Más del 50% de los pacientes dejan los medicamentos antimuscarínicos en los primeros 3 meses debido a la falta de beneficios, los efectos adversos y el coste (2). También existe un abandono progresivo de las técnicas de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico o de las pautas miccionales, a medida que transcurre el tiempo desde el momento del aprendizaje y no se realiza una supervisión de la técnica por parte de los profesionales sanitarios (2-4, 7, 8).

Se recomienda realizar una monitorización periódica de la eficacia de las modalidades terapéuticas conservadoras y de su cumplimiento por parte del paciente.

Para valorar la efectividad terapéutica se tiene en cuenta tanto la consecución de la continencia como la mejoría clínica en episodios de incontinencia urinaria, sin que exista curación. Alrededor del 50-60% de los pacientes con vejiga hiperactiva con incontinencia de urgencia obtienen beneficios satisfactorios con el tratamiento conservador (modificaciones de estilo de vida combinado con la terapia conductual, como el reentrenamiento de la vejiga y la rehabilitación muscular del suelo pélvico) (2, 3). Más del 60% de las mujeres con incontinencia urinaria muestran satisfacción con el tratamiento cuando experimentaron más de un 70% de reducción de los episodios de incontinencia urinaria (9, 10).

Las herramientas para valorar la efectividad son:

- Valoración clínica mediante 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. Se considera una buena respuesta la reducción de más del 70% de los episodios de incontinencia.
- Cumplimentación de las escalas de valoración de la severidad de los síntomas y de los efectos sobre la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes (ICIQ-SF y/o KHQ).

No se considera imprescindible, salvo empeoramiento detectado en la anamnesis, la realización de otras pruebas utilizadas en la valoración inicial, como una exploración física específica (abdomino-pélvica-genital), o de pruebas diagnósticas complementarias (análisis de orina, bioquímica básica): función renal, glucemia.

La periodicidad de la valoración depende de la técnica terapéutica empleada (tabla 2). En cualquier momento durante el seguimiento, son motivo de derivación a urología, el empeoramiento de la sintomatología o la intolerancia al tratamiento previo que obliga a valorar otras alternativas terapéuticas. En relación con el empeoramiento, es importante valorar antes de la remisión a la paciente a la Atención Especializada Hospitalaria la presencia de nuevas causas de incontinencia transitorias (tabla 1).

Tabla 2. Seguimiento en Atención Primaria del tratamiento conservador de la incontinencia urinaria

Tratamiento	Visitas para valorar efectividad/ efectos adversos	Seguimiento posterior
Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico	Seguimiento intensivo cada 3 semanas durante los 3 primeros meses para valorar cumplimiento y efectividad	Anual
Programa de entrenamiento vesical	Seguimiento cada 4 semanas durante los 2 primeros meses para valorar efectividad	Anual
Fármacos: anticolinérgicos	Revisión al primer mes para valorar efectos adversos Revisión al tercer mes para valorar efectividad	Anual
Fármacos: estrógenos intravaginales	Revisión al tercer mes para valorar efectividad	Anual

Bibliografía

1. Brenes Bermúdez FJ, Cózar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. Aten Primaria 2013; 45:263-73.
2. Lucas MG, Bosch R JL, Bedretidnova D, Bosch JLHR, Burkhard FC, Cruz F, Nambiar AK, De Ridder DJ, Tubaro A, Pickard RS. EUA Guidelines on Urinary Incontinence [Monografía en línea]. Arnheim: European Association of Urology; update 2013. Acceso 15/09/2013]. Disponible en URL: http://www.uroweb.org/gls/pdf/16052013Urinary_Incontinence_LR.pdf.

Algoritmo de actuación y seguimiento del paciente con incontinencia

3. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* 2013; 37:199-213.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. NICE clinical guideline 171. [Monografía en línea]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2013 [Acceso 15/09/2013]. Disponible en URL: <http://guidance.nice.org.uk/cg171>.
5. Teunissen TA, De Jonge A, Van Weel C, Lagro-Janssen AL. Treating urinary incontinence in the elderly--conservative therapies that work: a systematic review. *J Fam Pract* 2004; 53(1):25-30-2.
6. Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *NeurourolUrodyn* 2010; 29:213-40. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20870/pdf>.
7. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20; (1):CD005654.
8. Basra RK, Wagg A, Chapple C, Cardozo L, Castro-Diaz D, Pons ME, et al. A review of adherence to drug therapy in patients with overactive bladder. *BJU Int* 2008; 102(7):774-9.
9. Yalcin I, Peng G, Viktrup L, Bump RC. Reductions in stress urinary incontinence episodes: what is clinically important for women? *NeurourolUrodyn* 2010; 29(3):344-7. PMID 19475576.
10. Burgio KL, Goode PS, Richter HE, Locher JL, Roth DL. Global ratings of patient satisfaction and perceptions of improvement with treatment for urinary incontinence: validation of three global patient ratings. *NeurourolUrodyn* 2006; 25(5):411-7.

Consideraciones éticas en el tratamiento de la incontinencia urinaria

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Médico de Familia. Centro de Salud Menasalbas. Toledo

Los trastornos del suelo pélvico que producen IU son muy frecuentes, y cuando esta se produce, habitualmente se acompaña con una alteración importante en la calidad de vida, la intimidad, el pudor, la sexualidad, etc. de los pacientes que la sufren. Es más frecuente en las mujeres y aumenta su prevalencia con la edad. En los ancianos es un problema especialmente importante porque los hace mucho más dependientes; por este motivo, pasar los últimos años de forma saludable y con un confort aceptable van a ser logros determinantes para su calidad de vida. Debemos conseguir que el envejecimiento de la población deje de ser un fenómeno social negativo, ayudando a crear una sociedad donde las personas mayores puedan tener una vida saludable con participación social. La IU es un factor que dificulta al que la padece a tener una vida saludable e influye en problemas psicológicos, produciendo además un aumento en la incidencia de otras enfermedades (1).

Por otra parte, la IU es el problema cuyo enfoque es multifactorial y es abordado por diferentes profesionales sanitarios: urólogos, ginecólogos, obstetras, médicos de familia, internistas, geriatras y profesionales de enfermería, cuestión que hace que las consideraciones éticas que tenemos que tener en cuenta a la hora de manejar y pautar procedimientos y/o medicamentos, deben ser más profundas si cabe que con otras patologías. El Código de Deontología Médica-Guía de Ética Médica del CGCOM de España (CDME) (2), en su artículo 22.1 determina que el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá al paciente que recurra a otro compañero competente en la materia.

Las cuestiones éticas que debemos tener en cuenta en todo paciente con IU incluyen: evaluación médica adecuada, consentimiento informado, instrucciones para el paciente, contacto con el paciente (desnudarse, exploraciones...), seguridad del paciente y satisfacción del paciente (3).

La IU, tras una valoración completa y tras un tratamiento adecuado, tanto de sus causas como de los factores desencadenantes, es posible en muchos casos corregirla y si no, al menos,

minimizarla. Y si con todos los procedimientos y tratamientos prescritos no es posible su corrección, se deben poner en práctica medidas para fomentar el confort y la autonomía de los pacientes incontinentes.

La **toma de decisiones** a la hora de tratar la IU debe estar basada en: el diagnóstico clínico, en las evidencias científicas y en la elección y preferencias de los pacientes, una vez correctamente informados de las ventajas y desventajas de cada una de las opciones de los tratamientos médicos o quirúrgicos propuestos y tras el consentimiento informado realizado por los pacientes. Esto enlaza con lo que determina la Carta de Derecho del Paciente en Europa (4) (CDPE) (1996) en su punto 1.6, donde se determina que el paciente tiene derecho a la protección de su salud con los medios preventivos y sanitarios apropiados y a la oportunidad de exigir el máximo nivel posible de salud. Por otra parte, Striefel (5) refiere que los pacientes tienen el derecho ético a que el dolor y el sufrimiento se minimicen en el menor tiempo posible con la exposición menos lesiva y con los tratamientos más apropiados.

Los profesionales también tienen el deber de mantenerse al día en las leyes que le afectan, en los principios éticos, directrices y estándares de práctica clínica referentes a su nivel asistencial. El CDME, en su artículo 7.3, determina que la formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional.

Evaluación médica

Los médicos deben conocer las evidencias científicas de los procedimientos y tratamientos propuestos. La formación adecuada de los profesionales sanitarios suponen actitud y aptitud para enfrentarse y resolver de la manera más eficaz y efectiva los problemas que le plantean los pacientes. Por esto es especialmente importante la sensibilización y la implicación en patologías de alta prevalencia, como la IU, que dejándolas evolucionar alteran de forma importante la calidad de vida y la autoestima de los pacientes que las sufren (6). La detección de la IU en la consulta médica no parece una práctica habitual, el profesional no pregunta, pero tampoco lo hace la mujer que la padece. En el estudio Evolution de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), resalta en sus conclusiones que el 60% de las mujeres con pérdidas de orina no han sido preguntadas explícitamente por ningún profesional de la salud sobre si ha experimentado en alguna ocasión pérdidas de orina. Y el 68,2% de las mujeres con pérdidas de orina no han preguntado sobre sus pérdidas a ningún profesional de la salud.

Consideraciones éticas en el tratamiento de la incontinencia urinaria

Son cuestiones básicas las que un médico necesita saber:

- Cuándo y si un paciente necesita un examen médico, evaluación física y diagnóstico. Todos los pacientes con IU necesitan un examen médico y una evaluación física para descartar causas orgánicas.
- Cuándo un paciente necesita una evaluación y enfoque multidisciplinario de tratamiento con el objetivo de conseguir mayor éxito en comparación con una sola disciplina.
- Cuándo podría estar contraindicado un procedimiento o tratamiento: tumor, inflamación, embarazo, cirugía pélvica reciente, etc.

Consentimiento informado

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, en su artículo 6.1, establece que en toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica se exigirá el consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada, señalando que, cuando proceda, debería ser expreso, pudiendo ser revocado por la persona interesada en todo momento por cualquier motivo.

El médico debe obtener el consentimiento informado antes de realizar cualquier evaluación o tratamiento. El CDME, en su artículo 9.1, dice que el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias. Y en el artículo 16.2, que el consentimiento se expresa habitualmente de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo, se obtendrá el consentimiento por escrito.

La CDPE, en su punto 1.2: el paciente tiene derecho a decidir sobre su salud. Y en el 3.1: el consentimiento formal del paciente es requisito esencial para cualquier intervención médica. Y en su punto 2.1: los pacientes tienen derecho a estar perfectamente informados sobre su salud, incluyendo todos los datos sobre su estado, los procedimientos clínicos que se le proponen, con sus riesgos y ventajas; las alternativas en su medicación, incluidos los efectos que pudiera producir el no tratamiento; el diagnóstico, el pronóstico y las mejoras o cambios en el tratamiento.

Por otra parte, el CDME, en su artículo 12.1, manifiesta que el médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar

informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones. Y en el mismo artículo, en el punto 2: el médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica. Y en el punto 3: si el paciente exigiera del médico un procedimiento que este, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar.

Según Striefel (7), el médico siempre debe preguntarse:

- Cuáles son los tratamientos de elección para un paciente en concreto, con sus síntomas, historial, preferencias, características personales, etc., y razonar por qué no otro.
- Analizar con el paciente el nivel de cumplimiento que puede realizar para cada uno de los tratamientos o procedimientos propuestos.
- ¿Por qué utilizar un procedimiento o tratamiento que no tiene un claro nivel de evidencia científica?
- Cuáles son los posibles efectos secundarios. Y en su caso ser competentes para hacer frente a ellos si ocurren, para cada posible tratamiento, y cuáles son los riesgos potenciales y las ventajas de cada uno. Tener en cuenta que los efectos secundarios en el tratamiento son siempre una posibilidad.

Instrucciones al paciente

El CDME, en su artículo 16.1: la información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico. Debe ser asumida directamente por el médico responsable del proceso asistencial, tras alcanzar un juicio clínico preciso.

La CDPE, en el punto 2.4, determina que la información al paciente debe comunicarse de forma adecuada a su capacidad de comprensión, evitando utilizar terminología técnica difícil. Si el paciente no comprende las explicaciones, deberán ponerse los medios necesarios para aclarárselas.

Aunque existe muchísima literatura sobre qué información dar a los pacientes de los diferentes procedimientos y técnicas utilizadas en la IU, no existe un consenso en las instrucciones para dar a los pacientes con el objetivo de conseguir una realización eficaz de estos ejercicios; el

porcentaje de pacientes que tienen dificultades para realizarlos adecuadamente es desconocido, por lo que el profesional sanitario responsable debe realizar una correcta monitorización de los mismos hasta conseguir el correcto aprendizaje por parte de los pacientes.

Contacto con el paciente

El CDME, en su artículo 9.2, determina que en el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente, y en 8.1: el médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente. Y siguiendo con las connotaciones de la CDPE en su punto 1.4: el paciente tiene el derecho a que se respete su privacidad. En el 1.5: el paciente tiene derecho al respeto a sus propios valores morales, culturales, religiosos y filosóficos.

Es importante dar instrucciones claras a los pacientes a la hora de la exploración física de qué tipo de procedimiento se va a utilizar y qué tipo de exploración se le practicará. El uso de simuladores para instruir al paciente de determinado tipo de dispositivos podría evitar alguna situación pudorosa para el paciente.

Algunas deficiencias detectadas en publicaciones de la ética médica actual en la relación médico-paciente perfectamente extrapolables a la IU son:

- Poca privacidad en el examen de los enfermos (tacto rectal, examen de mamas, etc.). Toda exploración o reconocimiento a un paciente debe seguir el principio básico de preservar la dignidad. Algo tan simple como proporcionar un vestuario y espacios adecuados que guarden su intimidad serían suficientes para que el paciente se sintiera protegido (cosa que no siempre ocurre). Determinadas exploraciones o aplicación de técnicas en el tratamiento de la IU pueden resultar algo incómodas para el paciente y para el profesional sanitario; a esto no se le da importancia en muchas ocasiones y se puede minimizar con la presencia de un tercero durante el tratamiento. El CDME, en su artículo 9.3, determina que el médico y el paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o colaborador cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran. Y en su artículo 18 determina que el lugar donde se preste la asistencia sanitaria deberá ser acorde con la dignidad y el respeto que merece el paciente y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir.
- Discusión médica, docente y asistencial del caso junto al enfermo, lo cual produce alarmas e interrogantes en el mismo por las expresiones utilizadas.

- No mantener en algunos casos el estricto secreto profesional sobre la enfermedad del paciente.
- Deficiencias en la relación médico-paciente.
- Pérdida o extravío en ocasiones de pruebas complementarias.
- Condiciones materiales de trabajo deficientes en algunas consultas o salas, que afectan al paciente y a la calidad del trabajo médico.
- Deficiente relación entre la Atención Secundaria con la Atención Primaria que afecta al seguimiento médico de estos enfermos.

Seguridad del paciente

Tanto las técnicas como los procedimientos y tratamientos utilizados en el manejo de los pacientes con IU deben estar avalados y reconocidos con un nivel de evidencia científica suficiente, para que la seguridad del paciente esté salvaguardada en todo lo posible. El CDME determina en su artículo 26.1: el médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente. Y en el punto 2 del mismo artículo: que no son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida.

Los equipos utilizados deben usarse con todas las medidas de seguridad e higiene contrastadas (medidas de seguridad en los aparatajes, esterilización adecuada de materiales, material desechable, eliminación de residuos, etc.), evitando riesgos potenciales de infección y accidentes.

Satisfacción del paciente

Para evaluar la satisfacción del paciente es importante programar actividades de autoevaluación y seguimiento de las técnicas, procedimientos y tratamientos a los que se somete, pautando contactos periódicos con el objetivo de aclarar dudas antes de que supongan un problema, y analizar la eficacia de los programas y terapias aportadas. Esta es una medida adicional en la búsqueda de la responsabilidad ética. También es importante monitorizar continuamente el progreso y cumplimiento del programa en domicilio.

En definitiva, el tratamiento médico o quirúrgico y la aplicación de determinadas técnicas y entrenamientos en el manejo de la IU han sido bien documentados como efectivos, algunos de ellos con alto nivel de evidencia científica, pero los profesionales deben tener el debido cuidado para garantizar que estas prácticas cumplen los criterios, normas y directrices de las guías de ética y de los Códigos de Deontología Médica, dentro de los límites de lo que es una práctica común en el ámbito de la práctica profesional correspondiente. Como conclusión podemos decir que de lo que se trata es de buscar la mejor solución entre las posibles para un problema que tiene el paciente.

Bibliografía

1. Arai H, Ouchi Y, Yokode M. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int* 2012 Jan; 12(1):16-22. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x.
2. Código de Deontología Médica-Guía Ética Médica del CGCOM de España. Junio 2011.
3. Striefel S, Glazer HI. A Proposed Set of Ethical Practice Guidelines in the Assessment and Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 2008 December; 33(4): 181-93.
4. Carta de derechos de los pacientes en Europa, Organización Mundial de la Salud, Amsterdam. Jornadas Europeas sobre los Derechos de los Pacientes. 03/1994.
5. Percival G, Striefel S. Ethical beliefs and practices of AAPB members. *Biofeedback and Self-Regulation* 1994; 19(1):67-93.
6. Pérez-Lorente M, Moriano P, Dávila V, Ledo MP, Serrano L, Nieto E, et al. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. *Enf Clin* 2004; 14(3):129-35. ISSN 1130-8621.
7. Striefel S. Module 8: Professional conduct. In A. Crider & D. D. Montgomery (Eds.), *Introduction to biofeedback*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback 2006; Boundaries.

Test de evaluación para acreditación

pautas de **a**ctuación y **s**eguimiento en incontinencia urinaria es una actividad de formación continuada y acreditada. Para poder evaluarse y optar al diploma acreditativo, deberá dirigirse al Campus Virtual de la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC), web:

<http://formacion.ffomc.org>

La evaluación se compone de 30 preguntas, tipo test, con 5 opciones de respuesta, siendo una de ellas la válida. El criterio de evaluación exigido para obtener los créditos correspondientes será del 80% de respuestas correctas.

Para poder realizar una correcta evaluación del beneficio-riesgo de los tratamientos farmacológicos, aconsejamos a los profesionales que consulten la información sobre las alertas, notas informativas y de seguridad que emite la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), disponible en el siguiente enlace:

<http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/portada/home.htm>

Patrocinado por

