

INCONTINENCIA URINARIA

De la Puente Martín M, Guzón Illescas O, Alonso Blas C, Gómez González del Tánago P, Panadero Carlavilla FJ

Se define incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina. Es un problema con distintos grados de severidad y que aparece en relación a etiologías muy diversas.

Mientras que en población joven suele existir una causa específica identificable, en personas de edad avanzada suele ser consecuencia de un síndrome multifactorial. Un grupo de factores relacionados con la edad, comorbilidades añadidas, patología neurourinaria, fármacos, deterioro cognitivo y alteraciones funcionales.

Tras la incontinencia urinaria, puede subyacer patología grave, y nunca ha de considerarse sólo como un trastorno propio del envejecimiento.

EPIDEMIOLOGÍA

Su frecuencia depende de la definición que se establezca para su estimación, de la población en que se estudie y de los instrumentos o encuestas que se empleen para su determinación.

La prevalencia, muy variable, se sitúa para mujeres entre el 5% y el 45% y para varones entre el 1 y el 39%.

Aumenta con la edad en la mujer, con un pico máximo alrededor de los 50 años (30-40%).

Entre los 60 y los 79 años se ven afectados el 23% de las mujeres y el 19% de los hombres.

El 50% de las mujeres nulíparas han sufrido algún grado de incontinencia. En el 6% de las personas afectadas, la incontinencia urinaria altera su calidad de vida.

Es un problema que no altera el pronóstico vital, pero tiene una morbilidad psicológica asociada, ya que la calidad de vida y la autopercepción de la salud se ven afectadas.

Por esta razón, la evaluación del impacto de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida debería formar parte de la historia clínica habitual en nuestros pacientes.

Tampoco es desdeñable la repercusión económica para el individuo y para la sociedad. En España se calcula que esta patología genera, entre costes directos e indirectos, un gasto aproximado de 1.500 millones de euros anuales.

Los factores de riesgo principales para el desarrollo de la incontinencia son:

- edad
- paridad
- parto con fórceps
- histerectomía
- obesidad
- déficit estrogénico
- enfermedad neurológica y daño cerebral
- deterioro cognitivo
- próstata aumentada de tamaño o tumores pélvicos
- prostatectomía
- alteración de la funcionalidad

CLASIFICACION

La incontinencia urinaria se clasifica en varios tipos según su sintomatología:

- **A. INCONTINENCIA DE ESFUERZO**: Es aquella que aparece durante el ejercicio o con un esfuerzo físico como toser, estornudar, maniobras que aumenta la presión intraabdominal, maniobras de Valsalva, etc.

Sus causas se pueden dividir en:

- Hipermovilidad uretral: producida por un descenso de la uretra o de la unión uretrovesical. Existe un papel esencial de suspensión que ejerce la pared vaginal, de forma que cuando la función de soporte se pierde, el aumento de la presión intraabdominal permite la entrada de orina en el cuello vesical y la apertura del esfínter uretral, provocándose así la urgencia miccional.
- Disfunción uretral intrínseca.
Más frecuente en mujeres a partir de los 60 años y en varones tras prostatectomía radical.
- B. INCONTINENCIA DE URGENCIA: Supone la aparición repentina de un inminente deseo de orinar, seguido de la pérdida involuntaria de orina durante ese instante o inmediatamente después.
Se debe a una hiperactividad del detrusor que causa una contracción inadecuada de la vejiga durante la fase de llenado que el paciente no puede inhibir, aunque esta alteración no es causa suficiente por sí sola para ocasionar incontinencia.
Esta hiperactividad del detrusor puede ser:
 - De causa neurológica:
 - Esclerosis múltiple
 - Demencia
 - Enfermedad de Parkinson
 - Diabetes Mellitus
 - Enfermedad vascular cerebral
 - De causa no neurológica:
 - Problemas de vejiga: infección, tumores, alteraciones de la pared, litiasis.
 - Déficit estrogénico
 - Diuréticos
 - Histerectomía
 - Hiperactividad del detrusor idiopática
- C. INCONTINENCIA MIXTA: Coexisten la incontinencia de esfuerzo y la de urgencia, es decir, se encuentra hiperactividad del detrusor e incompetencia del esfínter.
Frecuente en mujeres por encima de los 70 años de edad.
- D. INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO: Aparece un vaciado incompleto de la vejiga, y, por tanto, cierto grado de retención urinaria. Se produce una pérdida pequeña pero continua o en forma de goteo.
Puede aparecer de forma aguda o crónica.
Sus causas más frecuentes son:
 - Una obstrucción mecánica o funcional de la salida de la orina, que genera un aumento del volumen postmiccional y una distensión vesical. Puede asociar una hipoactividad del detrusor.
 - Pérdida del reflejo de la micción por un problema neurológico, por el uso de fármacos o por una cirugía previa de corrección de la incontinencia.
- E. INCONTINENCIA TRANSITORIA: se caracteriza por ser potencialmente reversible.
En ella la función del trato urinario inferior está perfectamente conservada.
Sus principales causas son:
 - Postmenopausia
 - Trastornos delirantes
 - Enfermedades psiquiátricas
 - Impactación fecal

- Fármacos: diuréticos de asa, alcohol, antipsicóticos, anticolinérgicos, inductores del sueño, calcioantagonistas.
- F. INCONTINENCIA CONTINUA: Se produce a lo largo de todo el día. Debe plantear el diagnóstico diferencial de fistula vesicovaginal o uréter ectópico.
- G. ENURESIS: Es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El síntoma de incontinencia no es suficiente para establecer un diagnóstico definitivo o etiológico. Hay que demostrarlo de forma objetiva con la exploración física o estudio urodinámico.

Historia clínica

Para ser adecuada debería contar con la siguiente información:

- Forma de presentación del síntoma, duración, factores que lo agravan.
- Historia ginecológica y sexual
- Existencia de otros síntomas miccionales. Estudios y tratamientos previos.
- Ritmo intestinal
- Antecedentes prostáticos
- Intervenciones quirúrgicas previas
- Enfermedades concomitantes, estado mental, movilidad
- Impacto de síntomas en la calidad de vida

Preguntas que orientan a la clasificación de la incontinencia	
¿Se le escapa la orina con el estornudo, la tos o la risa?	Incontinencia de esfuerzo
¿Alguna siente necesidad incontrolable de orinar?	Incontinencia de urgencia
¿Se le escapa la orina al sentir necesidad imperiosa de orinar?	Incontinencia de urgencia
¿Con que frecuencia orina durante el día?	Incontinencia de urgencia
¿Cuánto tiempo puede aguantar sin orinar?	
¿Con que frecuencia le despiertan las ganas de orinar?	Incontinencia de urgencia
¿Tiene la sensación de no vaciar la vejiga del todo al orinar?	
¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?	
¿Usa compresa o protectores? ¿Con qué frecuencia los cambia?	Ayuda a cuantificar
¿Pierde orina acostado boca arriba?	

Síntomas acerca del tracto urinario inferior
¿Tiene dificultad para empezar a orinar? ¿Necesita hacer fuerza?
¿Se interrumpe el chorro mientras orina?
¿Nota el chorro más flojo? ¿Desde cuando?
¿Cuánto líquido toma al día? ¿Toma bebidas con cafeína?
¿Ha observado sangre, arenillas o piedras al orinar?

Síntomas que orientan al prolapso de órganos pélvicos
¿Siente algún bulto o masa entre sus piernas?
¿Cuántos embarazos ha tenido?
¿Cuántos partos vaginales? ¿Cuántos instrumentados? ¿Ha tenido cesáreas?
¿Cuándo fue su última menstruación?

¿Toma terapia hormonal sustitutiva?

Existen, además, herramientas para elaborar el diagnóstico y la clasificación, para valorar la adecuación del tratamiento y del impacto en la calidad de vida, como questionarios estandarizados. Los de mayor utilidad son:

- Cuestionario de clasificación de la incontinencia de orina. Cuestionario IU-4 (Litago MC, 2007)
- Cuestionario de cribado de incontinencia urinaria (Espuña M, 2004) ICIQ-SF *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (Thüroff J, 2006)
- Cuestionario de calidad de vida. Kings Health Questionnaire (Kelleher CJ, 1997; Badia X, 2000).

El "diario miccional" es una herramienta esencial. Incluye un registro de los líquidos ingeridos (volumen y hora de la ingesta) y de las micciones (hora y volumen) emitidas. También deben anotarse los síntomas tales como urgencia miccional, dolor o episodios de incontinencia.

De esta manera se recoge una información básica: los hábitos miccionales del paciente y los síntomas que padece. Y supone una medida reproducible y fiable de las características de la incontinencia pre y postratamiento.

Exploración física

Debe incluir:

- Exploración abdominal: con especial atención a cicatrices de laparotomías previas y presencia de masas abdominales.
- Exploración neurológica general, tono del esfínter anal y reflejo bulbocavernoso
- Exploración pélvica:
 - Genitales externos*, atrofia vaginal, prolapsos, tumores, etc.
 - Tacto rectal* en el varón para estimar el tamaño prostático.
 - Prueba de esfuerzo*: solicitar a la paciente que realice maniobras de Valsalva con la vejiga llena mientras se observa el meato uretral.
 - Prueba del hisopo*: Con un hisopo lubricado introducido por la uretra hasta el cuello vesical se hacen maniobra de Valsalva y se observa el descenso del hisopo y el recorrido, resultando un ángulo de esfuerzo (patológico mayor de 35°)
 - Prueba de Bonney-Marshall*: Se observa si existe pérdida de orina por la uretra con Valsalva y en caso de que se produzca, se repite la prueba corrigiendo manualmente la hipermovilidad uretral.
 - Prueba de la compresa*: restando el peso de la compresa a su peso en seco tras la realización de una serie de ejercicios (patológico si la diferencia de peso es superior a 1 gramo en 1 hora, o 4 gramos en 24 horas)
- Orina residual postmiccional*: indicado en:
 - Fracaso de cirugía previa correctora de incontinencia
 - Fracaso de terapia con anticolinérgicos
 - Pacientes con daño medular
 - Enfermedad de Parkinson
 - Infecciones recurrentes del tracto urinario
 - Hiperactividad del detrusor determinada en el estudio urodinámico
 - Estreñimiento severo
 - Pacientes diabéticos con neuropatía diabética

Pruebas complementarias

Análítica: Incluyendo al menos pruebas de función renal (determinación de creatinina), calcio (sobre todo en pacientes con polaquiuria y elevado volumen miccional), vitamina B12, glucosa, PSA en varones, sistemático de orina y urocultivo.

Pruebas de imagen: En el caso del tracto urinario superior están indicadas cuando el riesgo de deterioro renal es alto y cuando existe la sospecha de incontinencia renal extrauretral (ectopia ureteral o fistula ureterovaginal, etc.). Se dispone de ecografía del aparato urinario, urografía intravenosa, TAC, resonancia magnética y estudios con radioisótopos. Para el aparato urinario inferior, se podrá evaluar su morfología y la existencia de reflujo vesicoureteral mediante la cistouretrografía de relleno. En caso de sospecha de incontinencia de causa neurógena, se dispone de pruebas como TAC, RM de columna lumbosacra, SPECT y PET cerebral.

Estudio urodinámico: Con esta técnica se estudia la micción en todas sus fases (llenado y vaciado) de forma que se reproduzcan los síntomas de la paciente. No debe considerarse como estudio de rutina.

Está indicada en caso de incontinencias urinarias complejas, que no encajan en ninguna clasificación; escasa respuesta al tratamiento; previo a cualquier cirugía para la corrección de la incontinencia; si no hay mejoría tras dicha cirugía y para valorar la obstrucción uretral.

Incluye diferentes pruebas:

-FLUJOMETRÍA: Mide la cantidad de orina que pasa por la uretra en un segundo. Valora el flujo, el tiempo de micción, el volumen miccional y el volumen residual postmiccional.

-CISTOMANOMETRÍA: Estudia la fase de llenado, valorando la funcionalidad vesical. En ella se observa el volumen al que aparece el deseo miccional (normal entre los 125 y los 250 cc), la capacidad vesical máxima (que oscila entre los 350 y los 500cc) y la aparición de contracciones del detrusor (inexistentes en la prueba normal).

-ESTUDIO PRESIÓN/FLUJO: Evalúa la función del detrusor. Un flujo normal con presión miccional normal determinará una micción normal.

Un flujo bajo con presión elevada pondrá en evidencia una obstrucción del tracto inferior. Un flujo bajo con presión baja determinará un déficit de contractilidad del detrusor.

-VIDEOURODINAMICA: Es el estudio urodinámico combinado con radiología convencional y grabación de la imagen y del registro urodinámico.

El estudio inicial de la incontinencia urinaria se lleva a cabo en atención primaria. Se debe derivar al especialista en el caso de que la incontinencia se acompañe de:

- hematuria con urocultivo negativo
- sospecha de enfermedad vesical o de fistula
- volumen residual mayor de 100cc
- Prolapso sintomático
- Incontinencia fecal
- Enfermedad neurológica
- Cirugía anterior de corrección de incontinencia
- Fracaso de tratamiento fisioterapéutico o farmacológico

TRATAMIENTO

La incontinencia urinaria es un problema infradiagnosticado en general. Sólo el 60% de los pacientes que sufren pérdidas de orina, al menos semanales, demandan un tratamiento para su incontinencia.

La aproximación terapéutica debe iniciarse por los tratamientos menos invasivos. Y en caso de existir factores desencadenantes o agravantes de la incontinencia, el primer paso será intentar corregirlos.

La eficacia del tratamiento vendrá determinada por la reducción del número de episodios diarios de pérdidas, la reducción del volumen de la pérdida, la capacidad vesical, y la disminución de los síntomas de urgencia, frecuencia o incontinencia (con o sin pérdidas de orina).

Estos síntomas pueden no estar en relación con la mejoría subjetiva del paciente, por lo que también debe usarse cuestionarios de satisfacción.

Como medida general, los cambios del estilo de vida pueden ser de utilidad la pérdida de peso (observándose que una pérdida de peso de 10-15% tiene una eficacia similar a otras terapias conservadoras), la disminución del consumo de bebidas alcohólicas o con cafeína, limitar la ingesta hídrica a 2 litros diarios, minimizar la ingesta de líquidos por la tarde para evitar la nicturia y el abandono tabáquico.

La elaboración de un diario miccional también puede tener valor terapéutico.

INCONTINENCIA DE ESFUERZO

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN:

-ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO

-Ejercicios de Kegel Se han demostrado eficaces para la incontinencia de esfuerzo, la hiperactividad vesical, y la relacionada con la gestación.

Se basan en el fortalecimiento de los músculos que componen el mecanismo de cierre de la uretra. Se recomienda que se pratiquen durante 15 a 20 semanas, 3-4 veces por semana, en grupos de 8 a 12 contracciones lentas de la máxima intensidad y de 6 a 8 segundos de duración.

Se han demostrado eficaces en los estudios, en relación con el grupo control, sobre todo en mujeres de mediana edad (entre 40 y 60 años).

Si no existe mejoría a los 2 meses, se revisará el cumplimiento y se valorará remitir a un fisioterapeuta para realizar los ejercicios bajo supervisión.

-Biofeedback como complemento a los ejercicios de suelo pélvico. A la paciente se le colocan sondas vaginales o rectales que monitorizan la amplitud y duración de las contracciones. No ha demostrado ser más eficaz que el feedback verbal.

-Conos vaginales: Como complemento para los ejercicios de suelo pélvico. Se introducen en la vagina y se usa la musculatura para mantenerlos en el lugar durante los ejercicios.

-También existe la terapia de **estimulación eléctrica** que actúa potenciando la contracción muscular y/o modulando las contracciones del detrusor, pero no ha demostrado superioridad frente a los ejercicios

-DISPOSITIVOS: Como tratamiento en el prolapso pélvico. Son dispositivos como pesarios o dispositivos intravaginales que elevan y suspenden el cuello vesical. Deben elegirse en función de la paciente. Son baratos, efectivos y seguros, indicados en mujeres que no desean someterse a cirugía.

Existen dispositivos intrauretrales, que la paciente retira justo antes de la micción, insertándolos posteriormente. Útiles en la incontinencia de esfuerzo, aunque limitados por problemas como infecciones de orina, hematuria y dolor.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la actualidad la terapia farmacológica de la incontinencia de esfuerzo tiene poco peso.

- Dado que existe una clara influencia estrogénica en el sistema urogenital de la mujer, se pensaba que la terapia hormonal sustitutiva podía mejorar la incontinencia, pero se ha demostrado que los **estrógenos** no sólo no son eficaces, sino que además pueden empeorarla. Sólo se consideran de utilidad en el tratamiento de la vaginitis atrófica, mejorando los síntomas de llenado vesical y previniendo las infecciones de orina recurrentes.

- Respecto a los **inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina** se ha demostrado que fármacos como la Duloxetina (indicados en depresión mayor, dolor neuropático y trastornos de ansiedad generalizada) aumenta la actividad simpática y somática de la vejiga, incrementa la fuerza de cierre uretral, y disminuyen así los episodios de incontinencia de esfuerzo. En los estudios realizados, mejora los síntomas de incontinencia respecto al placebo aunque las tasas de curación son similares en ambos grupos. Su principal efecto secundario son las náuseas, que ceden al mes de tratamiento. Combinado con ejercicios de suelo pélvico se considera una terapia más eficaz que en monoterapia, aunque en España su presentaciones farmacológicas no recogen esta indicación.

- Los **agonistas alfa-adrenérgicos** aumentan la contracción del músculo liso de la uretra, mejorando la resistencia a la salida de la orina. No son fármacos recomendados debido a su elevado número de efectos adversos.

- la **Imipramina** es un antidepresivo tricíclico con un efecto dual alfa-agonista y anticolinérgico que podría ser de utilidad en incontinencias mixtas. Pero su uso también ha sido desechado por sus efectos secundarios.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se considera sólo cuando existe un fracaso del tratamiento rehabilitador. Su objetivo es que la vejiga tenga una estructura de apoyo estable y así evitar su descenso cuando aumenta la presión intraabdominal.

Para ello, la técnica más usada es la colocación de un **slings** (banda de material sintético) sobre el que se apoyará la uretra. Al ser una técnica mínimamente invasiva, tiene menos efectos secundarios y unas tasas de efectividad aceptables en mujeres de cualquier edad. Las complicaciones más frecuentes son la aparición postoperatoria de incontinencia urinaria y la hiperactividad del músculo detrusor.

En varones, la efectividad tras prostatectomía es escasa. Debe insistirse en el tratamiento rehabilitador. Están en estudio nuevas técnicas quirúrgicas con balones periuretrales.

Otra opción terapéutica, especialmente indicada en personas en las que no está indicada la cirugía o en pacientes con deficiencia esfinteriana intrínseca son las inyecciones periuretrales, que aumentan la presión del cierre uretral mediante la introducción de una almohadilla de tejido formada con agentes expansores como silicona, colágeno, grasa autóloga y otros compuestos sintéticos.

INDICACIÓN	GRUPO FARMACOLOGICO	FARMACO	PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS
Incontinencia de esfuerzo	Alfaagonistas	Epinefrina/ Norepinefrina	ACV hemorrágicos, HTA, Trastornos del sueño, cefalea, palpitaciones
	Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina	Duloxetina	Naúseas
	Antidepresivos tricíclicos	Imipramina	Efectos anticolinérgicos, efectos cardiovasculares, manía, disfunción hepática, incompatibilidad con IMAO.
Incontinencia de urgencia	Anticolinérgicos	Bromuro de propantileno	Miastenia gravis, sequedad de boca, glaucoma, arritmias, alteraciones visuales, estreñimiento
	Anticolinérgicos + relajantes musculares	Oxibutinina, Tolteridona	Efectos anticolinérgicos
	Antidepresivos tricíclicos	Imipramina	Ver arrina
Síntomas irritativos en postmenopausia	Estrógenos	Estrógenos equinos conjugados	No en mujeres con riesgo de cáncer endometrial
Nicturia	Antidiuréticos	Desmopresina	Retención de líquidos, hiponatremia

INCONTINENCIA DE URGENCIA

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN

-REEDUCACIÓN VESICAL: se basa en 2 principios generales:

-aumentar la frecuencia de las micciones voluntarias para mantener un volumen vesical bajo: puede basarse en el diario miccional o establecer un horario de micción cada 2 horas (sólo durante la vigilia), aumentando progresivamente los intervalos según avance el entrenamiento.

-entrenar al sistema nervioso central y la musculatura pélvica para inhibir la sensación de urgencia: realizando técnicas de relajación para aplicarlas cuando sobrevenga la urgencia. Una vez que la sensación de urgencia esté controlada, el paciente se dirigirá lentamente al baño.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen varios grupos de fármacos alternativos a la terapia rehabilitadora, cuando ésta fracasa:

-Anticolinérgicos: Son los fármacos de elección en la incontinencia de urgencia. Compiten de forma selectiva con la acetilcolina, dificultando que ésta se una al receptor muscarínico y disminuyendo así la contracción de la musculatura lisa. Por este mecanismo, aumentan la capacidad vesical y disminuyen la sensación de urgencia sin eliminar las contracciones involuntarias del detrusor. Han demostrado su eficacia frente a placebo. La mejoría puede aparecer durante las cuatro primeras semanas del tratamiento, por lo que se recomienda no aumentar ni disminuir las dosis en caso de no aparecer respuesta antes de que concluyan las cuatro semanas. Su principal limitación son los efectos adversos sistémicos como sequedad de boca, retención urinaria, visión borrosa, hipotensión postural, confusión y estreñimiento. Y están contraindicados en glaucoma, retención urinaria o gástrica, miastenia gravis y diarrea severa.

Se encuentran dentro de este grupo, fármacos como la oxibutinina, tolterodina, solifenazina y fesoterodina.

La elección de uno u otro fármaco dependen de la eficacia, de las características del paciente, sus comorbilidades y de los efectos secundarios. La falta de respuesta a uno de ellos, no excluye a los demás.

-Está en estudio **la toxina botulínica**, al parecer, útil en casos de incontinencia de urgencias de causa neurológica.

TERAPIA DE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA

Puede tratarse de modular la contractibilidad del detrusor mediante impulsos eléctricos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía en la incontinencia de urgencia se reserva para casos muy severos, en los que las demás terapias han fracasado. Puede intentarse una **cistoplastia de aumento** que incremente la capacidad vesical o una **neuromodulación de la vía sacra**.

INCONTINENCIA MIXTA

En este caso el objetivo será tratar el tipo de incontinencia predominante.

INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO

El tratamiento consistirá en eliminar la causa subyacente. Es fundamental que médico y paciente se impliquen en la prevención de la morbilidad que la incontinencia urinaria puede traer consigo, mediante los cambios del estilo de vida, los ejercicios de suelo pélvico y el manejo de las patologías asociadas. Es responsabilidad del médico comentar con el paciente las distintas terapias y sus posibles efectos adversos.

CONCLUSIONES

- 1.- La incontinencia urinaria afecta al 30-50% de las mujeres mayores de 60 años. La incontinencia de esfuerzo supone el 50% de los casos de incontinencia en la mujer. La prevalencia de la incontinencia de urgencia aumenta con la edad.**
- 2.- Los principales factores de riesgo son la edad, la multiparidad y las enfermedades concomitantes. No debe asumirse que la incontinencia es un trastorno inevitable en pacientes con múltiples factores de riesgo ni un trastorno propio del envejecimiento, y deben considerarse siempre las causas tratables.**
- 3.- La incontinencia urinaria es un problema infradiagnosticado e infratratado. Debe hacerse screening a toda la población.**
- 4.- Los tipos principales de incontinencia son: de esfuerzo, de urgencia, mixta y por rebosamiento. Es fundamental una correcta historia clínica y una exploración completa. No deben faltar un análisis de rutina y un análisis sistemático de orina con urocultivo. Se llevará a cabo medición del volumen postmiccional en pacientes con clínica moderado-severa. El estudio urodinámico no se hará de rutina, quedando indicado para casos susceptibles de realizar terapias invasivas.**
- 5.- El tratamiento correcto de la incontinencia urinaria debe consistir en una terapia escalonada que comience por los cambios del estilo de vida, seguido de terapia rehabilitadora o medicación, combinando técnicas mínimamente invasivas. La cirugía debe reservarse para el fracaso de las técnicas conservadoras.**

Síntomas de incontinencia urinaria

- Anamnesis (incluidos diario miccional y cuestionarios de calidad de vida)
- Exploración física completa (incluyendo tacto rectal en varones)
- Pruebas complementarias: -Análítica de sangre y orina
 - Prueba de imagen si procede según sospecha

- Valoración de necesidad de estudio urodinámico
- Medición de volumen residual si procede

Incontinencia de esfuerzo

Incontinencia de urgencia

Incontinencia mixta

- Hematuria con urocultivo neg
- Sospecha de enfermedad vesical o de fístula
- Prolapso sintomático
- Incontinencia fecal
- Enfermedad neurológica
- Cirugía anterior de corrección de incontinencia
- Clínica prostática

- Cambios en estilo de vida
- Ejercicios de suelo pélvico

- Cambios en estilo de vida
- Ejercicios de suelo pélvico
- Reeducación vesical

- Otros:
- Biofeedback
 - Electroestimulación

Anticolinérgicos

Mejoría suficiente

SI: Tratamiento de mantenimiento

NO: Derivar a especialista

REFERENCIAS

DuBeau CE. Treatment of urinary incontinente. *UpToDate* Versión 19.1 Fecha consulta Abril 2011, disponible en <http://www.uptodate.com>

DuBeau CE, Brubaker L. Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinente. *UpToDate*. Versión 19.1 (enero 2011) Fecha consulta Marzo 2011, disponible en <http://www.uptodate.com>

DuBeau CE, Brubaker L. Epidemiology, risk factors, and patogénesis of urinary incontinente. *UpToDate* .Versión 19.1 Fecha consulta Marzo 2011, disponible en <http://www.uptodate.com>

Castro Díaz D, Pascual Amorós MA, España Pons M. *Guía práctica de uroginecología y urología femenina*. Editorial Egraf, 2006

Viana Zulaica C. Guía clínica de incontinencia urinaria. Marzo 2010 disponible en: <http://www.fisterra.com>