

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Primera versión.

INDICE

1. Diagnóstico.
2. Tratamiento.

1. DIAGNÓSTICO

La evaluación básica de una mujer con clínica de incontinencia de orina (IU) consiste en la realización de:

- 1.- Anamnesis, con la búsqueda de síntomas urinarios específicos
- 2.- Exploración física, midiendo la orina residual
- 3.- Análisis de orina
- 4.- Diario miccional

1.- Anamnesis:^[1]_[SEP]

-Identificar factores de riesgo: ingesta líquidos, fármacos, parto, prolapso, obesidad, histerectomía....

Preguntar si se le escapa con el esfuerzo o con la urgencia de correr hacia el retrete.

Si tiene síntomas asociados, como la nocturia.

Si presenta síntomas de disfunción de vaciado o sensación de no haber vaciado bien la vejiga.

Valorar la gravedad, ya sea porque se le escapa mucha cantidad o porque necesita usar muchos absorbentes.

-Definir patrón clínico de IU:

* IUE: Escapes con esfuerzo. Frecuencia miccional normal.

* IUU: Escapes moderados con sensación de urgencia. Frecuencia miccional >8 veces al día.

* IU mixta: mezcla de los 2 anteriores

* Vejiga hiperactiva: síndrome de urgencia-frecuencia, con o sin escapes, con o sin nocturia.

Esta patología engloba realmente a la IUU y aquellas IU mixta donde el componente de urgencia es más evidente.

-Para realizar una anamnesis correcta es necesario aplicar los siguientes cuestionarios:

ICI Q-IU-SF y King's Health Questionnaire, que evalúan qué tipo de incontinencia, así como la afectación a la calidad de vida. CACV, que evalúa el control de la vejiga. Test de severidad de Sandwick.

2.- Exploración física general y pélvica:^[1]_[SEP]

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

INCONTINENCIA DE ORINA. EVALUACION BÁSICA

-Objetivar la IU con maniobra de valsalva en posición de litotomía, bipedestación y si existe prolapso con éste reducido.^[1]^[2] Para ello a veces con volúmenes pequeños se objetiva, pero a veces hay que esperar a tener al menos un volumen vesical de 300 ml.

-Evaluación de reflejos perineal y bulbo cavernoso.

- Valorar existencia de hipermovilidad uretral mediante visión directa, Q-tip test o ecografía.

Prueba de Marchall-Bonney

- Exploración vaginal completa.^[1]^[2]

-Realizar Testing Perineal.

- Test de Oxford, para evaluar la capacidad contráctil del suelo pélvico.

- Valoración de los residuos postmiccionales. Estos deben de ser inferiores a 100 ml.

3.- Realizar análisis de Orina.

4.- Confección de Diario Miccional (valorando frecuencia, episodios de IU, ingesta de líquidos y número de absorbentes)

En casos complejos y recidivas se debe de realizar una:

2.- EXPLORACIÓN ESPECIALIZADA

Donde ya se solicitaría un estudio urodinámico, cistoscopia, ecografía específica.

El estudio Urodinámico es clave sobre todo en las pacientes:

-Diagnosticadas mediante exploración básica en la que ha fracasado el tratamiento.

-Con indicación de tratamiento quirúrgico (si con la anamnesis y exploración el diagnóstico de IUE es claro no se precisa. En pacientes con prolapso genital carece de valor si el prolapso no está reducido)

^[1]^[2]-Con sintomatología de ambos tipos de IU, sobre todo si existe urgencia sensorial.

-Con fracasos y complicaciones de la cirugía previa.

2. TRATAMIENTO

En todos los casos de IU.^[1]^[2]

-Recomendaciones higiénico dietéticas y entrenamiento miccional, llamado también micciones programadas.

-Rehabilitación del suelo pélvico con la realización de ejercicios musculares. Estos siempre deben de ser supervisados por una fisioterapeuta, al menos en las primeras sesiones.

A.- INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

-Tratamiento médico:

a) Antimuscarínicos (anti M3) todos tienen un Nivel 1 Grado A de recomendación.

a.1) Con efecto exclusivo antimuscarínico:

Clorhidrato de Tolterodina 4 mg (Neo)

Solifenacina 5 o 10 mg

Fesoteridina 4-8 mg

Cloruro de Trospio 20 mg/ 12h.(2o elección)

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

INCONTINENCIA DE ORINA. EVALUACION BÁSICA

a.2) Con efecto dual:

Oxibutinina en parches 3.9 mg

Propiverina 30 mg

b) B3 estimuladores, Nivel 1 Grado A de recomendación

Mirabegron 50 mg

B.- INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

a.- Casos leves : Medidas dietéticas + tratamiento rehabilitador.

b.- Casos moderados y graves:

1.- IUE por Hipermovilidad uretral: Banda libre de tensión (TVT, TOT o minibandas de incisión única).

2.- IUE por hipermovilidad uretral + patología suelo pélvico: Cirugía correctora patología suelo pélvico + Banda libre de tensión.

3.- IUE por hipermovilidad uretral + patología que precise cirugía abdominal: cirugía abdominal + Banda libre de tensión (Burch, que se podría realizar concomitantemente pero tiene una gran morbilidad).

4.- IUE por Disfunción uretral intrínseca con uretra fija o IUE recidivantes tras tratamiento quirúrgico: mecanismos ajustables tipo Remeex.

5.- IUE por Disfunción uretral intrínseca en paciente no candidata a cirugía: Inyecciones parauretrales.

| | | | |
|-------------------|-------------------------|----------|-------------------|
| Autores | Dr. Diaz López | | |
| Fecha elaboración | Fecha 14/12/2022 | Vigencia | 14/12/2025 |