

		SERVEI/ UNITAT/ ÀREA/ COMISSIÓ :  <b>GINECOLOGIA</b>
TÍTOL DOCUMENT:	<b>PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA</b>	
TIPUS DOCUMENT:	<b>PROTOCOL MÈDIC</b>	
Elaborat per: Sergio Martínez Román, Sara Iglesias, Rosana Diaz	<b>CODI DOCUMENT: GIN-PM-098</b>	
Estàndard:		Pàgina núm. 1 de 9

## GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

**Periodicitat de revisió: Anual**

**Responsable revisió: Rosana Diaz y Sara Iglesias**

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	01/01/2018	Elaboració del document	Cap de servei	Gener 2018
02	05/05/2023	Actualització	Cap de servei	Maig 2023

## DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Servicio de Ginecología
Servicio de Rehabilitación
Servicio de Urologia
Servicio de Anestesiología

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

**1. DEFINICION**

La International Continence Society (ICS) define la incontinencia como la pérdida involuntaria de orina que puede tener lugar tanto a través de la uretra como a través de otros trayectos. La pérdida de orina a través de trayectos fistulosos distintos a la uretra se denomina incontinencia extrauretral. El presente protocolo hace referencia exclusiva a la IU uretral.

**2. DIAGNÓSTICO****2.1.-PROCEDIMIENTOS SISTEMÁTICOS**

El protocolo diagnóstico de la IU incluye la realización de forma sistemática y ordenada de:

- a) Historia clínica uroginecológica
  - Edad, comorbilidad, fragilidad (índice de Barthel si procede)
  - Antecedentes de patología médica o quirúrgica relacionados con las anomalías del suelo pelviano
  - Historia obstétrica
  - Factores de riesgo reversibles y/o modificables
  
- b) Valoración de los síntomas y calidad de vida
  - Valoración subjetiva de la paciente sobre el impacto de la sintomatología
  - Cuestionarios validados en español (ICQ-SF para incontinencia de orina, CACV para detección de vejiga hiperactiva).
  
- c) Exploración física general
  - Peso, altura, IMC
  - Detección de posibles anomalías o patologías asociadas incluyendo cicatrices quirúrgicas, hernias, etc.
  - Evaluación de tono muscular y laxitud articular
  
- d) Exploración ginecológica completa
  - Despistaje de patología del tracto genital inferior, uterina y anexial incluyendo
    - Dermopatías vulvares asociadas a incontinencia
    - Grado de atrofia genital postmenopáusica

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

- Cribaje oportunista de las lesiones preinvasivas y del cáncer de cérvix uterino si procede
  - Tamaño, flexión y movilidad uterina
  - Despistaje de tumoraciones uterinas o anexiales con ocupación de espacio pélvico
  - Valoración uroginecológica
    - Objetivación de la incontinencia de esfuerzo (decúbito y bipedestación)
    - Valoración de la movilidad uretral y maniobra de Bonney si procede
    - Valoración del grado de prolapso genital
    - Valoración del grado de contractilidad y de la indemnidad de la musculatura del suelo pelviano y tono del esfínter anal (Test de Oxford)
    - Comprobación de los reflejos dependientes del arco sacro.
- e) Sedimento y cultivo para descartar la infección urinaria.
- f) Registro o diario miccional: auto-registro de las micciones, de la ingesta de líquidos y de la frecuencia e intensidad de los escapes involuntarios durante un periodo de tiempo significativo.
- g) Ecografía ginecológica y suelo pélvico en 2D y 3D:
- a. Valoración de genitales internos.
  - b. Valoración de paredes vesicales (regularidad y grosor), residuo postmiccional, longitud y movilidad uretral y ángulo uretrovesical, valoración de prolapsos genitales y valoración de músculo elevador del ano en ecografía 3D.
  - c. En pacientes con cirugía previa sobre la uretra: valoración de la banda suburetral, transobturadora o retropúbica, su relación con la uretra (localización, distancia a la luz uretral y trayecto en toda su extensión) o valoración después de infiltración con agentes inyectables (Bulkamid®).
- h) Estudio urodinámico para comprobación y caracterización del tipo de incontinencia de orina y otras disfunciones miccionales. Incluye:
- a. Flujometría, con medición del residuo postmiccional.
  - b. Cistometría de llenado y de vaciado. EMG simultánea cuando existe sospecha de disfunción de vaciado vesical.
  - c. Valoración de la función uretral con perfil de presión uretral y/o presión abdominal de fuga.

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

**2.2.- EXPLORACIONES DE INDICACION SELECTIVA****➤ Consulta urológica**

- Cistoscopia y citología urinaria
  - Pacientes con síntomas de urgencia, frecuencia, con o sin incontinencia de urgencia asociada y con diagnóstico urodinámico de aumento de sensibilidad
  - Pacientes con hematuria microscopia detectada en dos urianálisis consecutivos y sin infección urinaria
  - Pacientes con patología uretral
  - Cualquier sospecha de lesión intravesical como causa de los síntomas urinarios.
  - Pacientes que no han respondido al tratamiento médico.
- Cistografía miccional
  - Pacientes con síntomas de disfunción del vaciado vesical
  - Sospecha de reflujo vésico-ureteral
- Ecografía renal
  - Pacientes con antecedentes de pielonefritis de repetición
  - Pacientes con síntomas de disfunción del vaciado vesical
  - Hematuria

**➤ Consulta coloproctología**

- Manometría anorectal
  - Síntomas de incontinencia anal
  - Dificultad de evacuación intestinal asociada a alteraciones de la estática pélvica que afecten a la pared posterior (rectocele, enterocele).
- Videodefecografía
  - Síntomas de defecación obstructiva
- Ecografía del esfínter anal
  - Síntomas de incontinencia anal.
  - Estudio posparto después de lesión obstétrica de esfínter anal.

**➤ Estudios electrofisiológicos**

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

Pacientes con sospecha de disfunción neurógena del suelo pélvico y con disfunciones del vaciado vesical, con neuropatías, etc

**2.3.- DIAGNÓSTICOS CLINICO-URODINÁMICOS:****2.3.1.- Incontinencia de orina de esfuerzo ( IUE).**

Diagnóstico clínico: pérdidas involuntarias de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal

Diagnóstico urodinámico: la pérdida involuntaria de orina que se produce cuando la presión intravesical supera a la presión uretral máxima en ausencia de contracción del detrusor.

**2.3.2.-Incontinencia de orina de urgencia (IUU) / síndrome vejiga hiperactiva (VH).**

Diagnóstico clínico: pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de "urgencia", entendida como la percepción de un deseo miccional súbito, claro e intenso, no demorable y con miedo al escape.

La ICS también define el síndrome de la vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape) con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional aumentada y nicturia.

Diagnósticos urodinámicos la IUU/VH se puede asociar a los siguientes diagnósticos urodinámicos:

a- Hiperactividad del detrusor y pérdida involuntaria de orina secundaria a contracciones no inhibidas del detrusor demostrada en el estudio urodinámico (puede ser de origen neurogénico o idiopático).

b- Acomodación (compliance) vesical disminuida. Alteración en la relación entre la presión vesical y el volumen vesical (presión elevada en relación al volumen vesical).

2.3.3.- Incontinencia mixta. Es la incontinencia que presentan las pacientes con la asociación de una IUE y una IUU / VH .

**2.3.4.- Disfunción del vaciado vesical.**

Diagnóstico clínico: Disfunción miccional que impide el vaciado parcial o total de la vejiga urinaria.

Diagnóstico urodinámico:

a. Disfunción de vaciado asociada a obstrucción

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

b- Disfunción de vaciado asociada a ausencia de contracción del detrusor durante la micción voluntaria.

### 3. TRATAMIENTO

#### 3.1.- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

##### 3.1.1.- TRATAMIENTO DE REEDUCACIÓN VESICAL

- Tratamiento inicial. El objetivo es la reeducación de los hábitos miccionales de la paciente.
- Pautas de control de la micción: micción programada, micción inmediata, retraso de la micción, etc.
- Basado en el diario miccional que aporta la paciente.
- Consejos:
  - Ingesta de líquidos < 1,5 litros/día.
  - Incremento de intervalos entre micciones entre unos 15–30 minutos. Al cabo de una semana se le indica incrementar de nuevo los intervalos. El objetivo final es conseguir micciones cada 3- 4 horas.

##### 3.1.2.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Indicación: síndrome de vejiga e incontinencia urinaria de urgencia clínica o con estudio urodinámico.
- Actualmente se acepta que pacientes con síndrome de urgencia/frecuencia sin incontinencia de urgencia pueden responder al tratamiento farmacológico aunque no se haya podido evidenciar contracciones no inhibidas en el estudio urodinámico.
- Fármacos anticolinérgicos:
  - Contraindicados en pacientes con: glaucoma, estenosis pilórica, broncoespasmo severo, esofagitis por reflujo, ileo intestinal, colitis ulcerosa severa, miastenia gravis y lactancia.
- Fármacos b3-adrenérgicos:
  - Vigilancia de tensión arterial.
  - Meenos efectos secundarios.

##### 3.1.3.- TRATAMIENTO CON ELECTROESTIMULACIÓN

Se utiliza como tratamiento alternativo o adyuvante al farmacológico en casos muy severos o cuando no hay respuesta o está contraindicado el farmacológico.

##### 3.1.4.- TRATAMIENTO CON ESTIMULACION DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR

Se utiliza como tratamiento alternativo o adyuvante al farmacológico o a la electroestimulación, en casos muy severos o cuando no hay respuesta o está contraindicado el farmacológico.

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

**3.1.5.- TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA:**

Las pacientes con síntomas de IUU-vejiga hiperactiva graves, en las cuales han fracasado las anteriores terapias mencionadas, se considerará la posibilidad de tratamiento con inyección intravesical de toxina botulínica. Estas pacientes se derivarán al servicio de urología para cistoscopia previa para descartar que no exista ninguna contraindicación.

**3.1.6.- TRATAMIENTO HORMONAL**

Tratamiento de la atrofia urogenital con estrógenos vaginales.

**3.2.- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MIXTA**

El tratamiento es complejo y debe ser individualizado. Como pauta general se preferirá:

3.2.1.- Tratamiento inicial como una incontinencia de urgencia (o vejiga hiperactiva) durante 6 meses salvo en paciente con prolapso genital severo o paciente con patología asociada que deban ser operadas.

3.2.2.- Si la incontinencia de esfuerzo es leve o moderada, se indica reeducación del suelo pélvico para corregir el componente de esfuerzo y electroestimulación para la hiperactividad del detrusor (ocasionalmente se iniciarán los dos tratamientos de forma simultánea).

3.2.3.- Si no responde al tratamiento para el componente de hiperactividad y la incontinencia de esfuerzo es severa, se indica cirugía para corregir el componente de esfuerzo. Es importante advertir a la paciente de que su condición de IU mixta disminuye las posibilidades de curación con la cirugía en comparación a las pacientes con IUE aislada.

**3.3.- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO****3.3.1.- TRATAMIENTO CONSERVADOR. REHABILITACION DEL SUELO PELVIANO**

La reeducación de la musculatura del suelo pelviano es el tratamiento conservador más utilizado en la IUE. Consiste en la realización de contracciones voluntarias de los músculos pubococcígeos, asociadas a técnicas de biofeedback y/o electroestimulación. Existe evidencia de que en mujeres con síntomas urinarios (pérdida de orina con el esfuerzo, urgencia e incontinencia de urgencia) el tratamiento con reeducación de los músculos del suelo pélvico, con la realización de contracciones activas, es mejor que no tratamiento. También se recomiendan a algunas mujeres con incontinencia mixta y con IUU/VH. Está indicado en:

- Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

- Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de tipo mixta, en asociación con reeducación vesical y tratamiento médico.
- Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de urgencia o síndrome de urgencia frecuencia (vejiga hiperactiva). En estas pacientes el tratamiento se asocia a reeducación vesical.
- Pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria por hiperactividad del detrusor. En estas pacientes el tratamiento se considera complementario del tratamiento básico de la hiperactividad con reeducación vesical y anticolinérgicos.
- Pacientes con prolapso genital no quirúrgico (grado I y II), en las que los síntomas sean mínimos y en aquellas en las que en la exploración física se evidencia una debilidad de las estructuras musculares del suelo pelviano.

**3.3.2.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO****INDICACION:**

- Pacientes con diagnóstico urodinámico de incontinencia urinaria de esfuerzo de grado severo
- Pacientes con diagnóstico urodinámico de incontinencia urinaria de esfuerzo de grado moderado que no desean tratamiento conservador o con síntomas severos que afectan a su calidad de vida y autonomía
- Pacientes con diagnóstico urodinámico de incontinencia urinaria de esfuerzo de grado moderado en las que el tratamiento conservador no ha resultado efectivo.

**TECNICAS:**

1. BANDA LIBRE DE TENSIÓN TIPO TRANSOBTURADORA: técnica de elección para la incontinencia urinaria de esfuerzo primaria (primera cirugía).
2. BANDAS DE INCISIÓN ÚNICA: alternativa opcional a la banda transobturadora, para disminuir el riesgo de complicaciones sobre todo minimizar el dolor postoperatorio.
3. BANDA LIBRE DE TENSIÓN RETROPÚBICA: técnica de elección para la incontinencia urinaria de esfuerzo primaria con disfunción uretral intrínseca y en las pacientes con IUE recidivada tras una técnica transobturadora.
4. PROTESIS REGULABLE TIPO REMEEX: en pacientes con uretra fija por cirugías previas. Algunos casos precisarán uretrolisis previa.
5. TÉCNICA DE BANDAS: Indicación muy excepcional en pacientes con incontinencia recidivada y/o diagnóstico de disfunción uretral intrínseca. En los casos con I.U recidivada en los que la exploración física demuestra falta de movilidad de la unión uretro-vesical por cicatriz de cirugías previas será necesaria la realización de una uretrolisis previa a la aplicación del cabestrillo a nivel de cuello vesical.

**CONTROL POSTOPERATORIO**

- Alta el mismo día, si micción espontánea.

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol



**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA MUJER ADULTA**

QUA-IM-004.Rev.03

- No precisa control de orina residual.
- Si retención aguda de orina: ver protocolo específico.

**CONTROL DE RESULTADOS QUIRURGICOS**

- Control clínico en 1 mes.
- Control clínico en 6 meses.

**PARAULES CLAU**

Incontinencia urinaria. Diagnóstico. Tratamiento conservador. Tratamiento farmacológico. Cirugía.

**DOCUMENTOS RELACIONADOS**

TÍTOL DOCUMENT	CODI DOCUMENT
Protocolo de diagnostico y tratamiento del prolapso de los organos pelvicos de la mujer	<b>GIN-PM-097</b>

**ANNEXOS**

[1.- Cuestionario ICQ-SF](#)

[2.- Cuestionario CACV](#)

QUA-IM-004.Rev.03

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol