

Incontinencia urinaria en la mujer

Fecha de la última revisión: **13/06/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se clasifica?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina, problema que se puede manifestar con diferentes niveles de gravedad y en relación con diferentes causas. Afecta a un gran número de personas, la mayoría de ellas son mujeres.

La información sobre la prevalencia de la IU en la mujer en la literatura es variable, desde 17% (Bedretdinova D, 2015) a 55% (Wood LN, 2014). Otros autores informan de una prevalencia de 25% a 45% en mujeres y de 11% a 34% en varones (Buckley BS, 2008). Seis de cada 100 personas afectadas tienen un grado de IU que altera su calidad de vida. En muchos casos la IU se oculta al profesional (Cheater FM, 2000).

Si bien es un problema que no altera el pronóstico vital, tiene una morbilidad psicológica asociada. Puede afectar el sueño por pérdidas nocturnas. Disminuye la autoestima, la autonomía, incrementa el riesgo de aislamiento social, de depresión y de disfunción sexual. Ocasiona mala calidad de vida y percepción negativa de la propia salud. Existe un acuerdo universal sobre la importancia de este problema en términos de sufrimiento de las personas y de coste económico (Lucas MG, 2013).

¿Cómo se clasifica?

La clasificación de la IU es útil para el diagnóstico y para la decisión terapéutica.

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). La pérdida de orina se produce al toser, estornudar, reír, cargar peso o por realizar otro esfuerzo físico. Es el tipo de incontinencia prevalente en mujeres menores de 60 años. Se origina por insuficiencia en el esfínter uretral, debilidad de las estructuras que soportan la uretra o por la coexistencia de ambos problemas. La pérdida de orina ocurre en el momento de realizar el esfuerzo, por la apertura del esfínter uretral al aumentar la presión abdominal sin que exista contracción del músculo detrusor.

Factores de riesgo:

El embarazo, parto vaginal, histerectomía, prolapso vaginal que incluye cistocèle, rectocèle o prolapso uterino, son factores que favorecen la aparición de IU. La debilidad de la musculatura del suelo pélvico contribuye tanto al prolapso como a la IU, se consideran problemas relacionados al ser producidos por la misma causa (Wood LN, 2014). Factores de riesgo de IU:

- Paridad.
- Parto vaginal.
- Uso de fórceps.
- Recién nacido grande.
- Déficit estrogénico.
- Edad.
- Enfermedad neurológica.
- Prostatectomía.
- Alteraciones de la funcionalidad.
- Comorbilidad.

Un índice de masa corporal elevado, edad avanzada, antecedentes familiares de IU, consumo de tabaco y de café también contribuyen a la aparición de varios tipos de incontinencia (Wood LN, 2014).

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU). Se caracteriza por aparición repentina e inminente del deseo de orinar y pérdida involuntaria de orina durante la sensación de urgencia o inmediatamente después. Suele acompañarse de aumento de la frecuencia tanto diurna como nocturna. Es una forma de IU que pueden tener mujeres jóvenes, pero afecta en mayor medida a mujeres postmenopáusicas.

La IUU aparece por contracción inadecuada de la vejiga debido a hiperactividad del músculo detrusor que puede ser secundaria a problemas neurológicos o por anomalías en la vejiga (Nygaard I, 2010). En la mayoría de los casos no se encuentra causa (80%). La IUU incluye el síndrome de vejiga hiperactiva (VH), cuadro clínico complejo que generalmente se acompaña de aumento de la frecuencia y nicturia con o sin incontinencia, en ausencia de infección urinaria o de otra enfermedad (Wood LN, 2014).

Causas de vejiga hiperactiva:

- Idiopática.
- Secundaria:
 - De origen neurológico.

- Otras:
 - Problemas de vejiga:
 - Tumores.
 - Infiltración de tumores externos al aparato urinario (recto o endometrio).
 - Alteración de la pared.
 - Cálculos.
 - Infección.
 - Obstrucción.
 - Prolapso de órganos pélvico.
 - Cuerpo extraño.
 - Cistitis química, por radiación o química.
 - Déficit estrogénico.
 - Uso de diuréticos.
 - Histerectomía.
 - Diabetes.

La **incontinencia urinaria mixta (IUM)** combina la IUE e IUU, coexiste hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana. Es la más frecuente en mujeres mayores de 70 años.

Incontinencia por rebosamiento. Se manifiesta como goteo o pequeñas pérdidas continuas asociadas a un vaciado incompleto de la vejiga (también se le denomina incontinencia por vaciado incompleto), con un amplio rango de variabilidad en su sintomatología en relación con la causa que la origina. Se puede presentar de forma aguda o crónica. Este tipo de IU se produce por obstrucción mecánica o funcional a la salida de orina, con el consiguiente aumento de volumen postmiccional y vejiga sobredistendida; o bien por hipoactividad del detrusor en relación con afectación de músculo liso, fibrosis, neuropatía, etc.

Incontinencia urinaria transitoria o reversible. Situación en la que existen pérdidas de orina a pesar de estar conservada la funcionalidad del tracto urinario inferior. Puede producirse por infecciones, enfermedades psiquiátricas, fármacos, impactación fecal, déficit cognitivo o problemas que afectan la movilidad y dificultan el acceso al baño.

Fármacos y sustancias que pueden causar incontinencia urinaria:

- Alcohol.
- Bloqueantes α adrenérgicos (en mujeres).
- Diuréticos de asa.
- Antipsicóticos.
- Inductores del sueño.
- Anticolinérgicos.
- Calcioantagonistas.

¿Cómo se diagnostica?

Historia clínica relacionada con la incontinencia

Aunque el cribado de IU no forma parte de las recomendaciones de las asociaciones profesionales de actividades preventivas ni urológicas, la identificación y el tratamiento de IU en una mujer cuya calidad de vida está afectada por este problema puede proporcionar el máximo beneficio (Wood LN, 2014).

La historia clínica debe incluir datos sobre tiempo de evolución, síntomas urinarios, intensidad y frecuencia de las pérdidas, urgencia, nicturia, hematuria, síndrome miccional, uso de protectores e ingesta de líquidos. La manera en la que se presentan las pérdidas permite clasificar la IU en IUE, IUU o IUM (Lucas MG, 2013; Wood LN, 2014).

Preguntas sobre la incontinencia urinaria que ayudan a su clasificación:

1. ¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar o levantar pesos?
2. ¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina de ganas de orinar?
3. ¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de ganas de orinar?
4. ¿Cuántas veces orina durante el día?
5. ¿Cuál es el máximo tiempo que aguanta sin orinar?
6. ¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante el sueño?
7. ¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente?
8. ¿Se moja mucho o se le escapan sólo unas gotas?
9. ¿Tiene que usar compresas o algún otro protector?
10. ¿Tiene que cambiarse el protector a lo largo del día?

La respuesta positiva a la pregunta 1 orienta a IUE, las preguntas 2 y 3 a IUU. Nicturia y deseo frecuente de orinar a IUU.

Es interesante conocer la historia obstétrica y ginecológica, antecedentes de cirugía pélvica, o de radioterapia, comorbilidad y fármacos utilizados que puedan estar relacionados con los síntomas (Lucas MG, 2013).

Se recomienda realizar análisis de orina para evaluar microhematuria o la presencia de otros elementos anormales en la orina.

IU e infección urinaria

La infección de orina sintomática puede ocasionar pérdida de orina o agravar la IU establecida (Moore EE, 2008). Sin embargo la bacteriuria asintomática tiene muy poca influencia y la erradicación de la misma no la modifica. Se recomienda solicitar análisis de orina en la evaluación inicial de la IU y tratar la infección sintomática. El tratamiento de la bacteriuria asintomática no mejora la IU (Lucas MG, 2013).

Examen físico

El examen físico debe incluir evaluación cognitiva, exploración abdominal, neurológica y vaginal. En la exploración vaginal interesa evaluar atrofia, prolapsos de órganos pélvicos y la capacidad para realizar ejercicios de Kegel (NICE, 2015).

Cuestionarios

Se dispone de cuestionarios para evaluar síntomas de IU, calidad de vida, índices de gravedad, etc. (ICIQ, BFLUTS, I-QOL, SUIQQ, UISS, SEAPI-QMM, ISI y KHQ).

No hay datos que justifiquen la necesidad de su cumplimentación en la evaluación clínica ya que no se ha demostrado que mejoren los resultados en salud en las personas con IU. Los cuestionarios son de ayuda para evaluar el efecto de tratamientos, para estudios o para auditorías (Lucas MG, 2013).

Diario miccional

Los diarios miccionales sirven para cuantificar los síntomas de IU, Su realización se considera un criterio de calidad de la atención a la mujer con IU (NICE, 2015).

Se puede conocer la frecuencia, la intensidad y el momento en que se producen las pérdidas y el volumen total de orina en 24 horas. Ayudan al profesional y a la mujer a entender el motivo de las pérdidas y a orientar el tratamiento adecuado (NICE, 2015) al evitar errores de estimación (Stay K, 2009). Se recomienda que la duración de los registros sea inferior a 7 días, un registro de 3 días que incluya jornadas de trabajo y de descanso se considera suficiente (NICE, 2015; Ku JH, 2004). No suelen ser útiles en casos de IU muy importante (Lucas MG, 2013).

Hay diferentes tipos de diarios miccionales diseñados con objetivos específicos: registro de horario de micciones en 24 horas, registro de frecuencia y volumen en 24 horas, diarios vesicales para registro de los episodios de incontinencia, protectores usados, líquidos ingeridos, grado de urgencia y grado de IU (Lucas MG, 2013).

[illegible]

Diario miccional para descargar/imprimir (PDF)

Volumen residual

El volumen residual (VR) tras la micción indica vaciado inadecuado, en algunos casos puede ocasionar dilatación ureteral e insuficiencia renal. La presencia de VR se relaciona con la obstrucción a la salida de la orina y a hipoactividad del músculo detrusor. Se puede medir con sonda o con mayor precisión mediante ecografía. No hay datos que indiquen la necesidad de evaluar el VR en personas con IU ni se conoce el valor normal del mismo. Se recomienda hacer la evaluación de VR con ecografía en personas con alteraciones en la micción, infecciones urinarias de repetición (NICE, 2015), IU complicada o en tratamiento que pueda afectar al vaciado adecuado de la vejiga (Lucas MG, 2013).

Test del empapador

Una manera de cuantificar la pérdida es a través del test de la compresa o empapador. Para ello se mide la cantidad de orina contenida durante un tiempo determinado de uso. Hay dudas sobre variables como duración y papel de la actividad física, tiene escasa adherencia. No se recomienda su utilización rutinaria (Lucas MG, 2013; Groutz A, 2000; NICE, 2015).

Pruebas complementarias. Es conveniente conocer la función renal. Según el contexto se valorará solicitar los niveles de calcio, glucosa y vitamina B12 en sangre. En los casos de IUU o IUM se debe hacer estudio de orina mediante tira y si hay sintomatología urinaria se considerará la necesidad de solicitar urocultivo (NICE, 2015). La evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres no incluye la realización de pruebas de imagen (Lucas MG, 2013).

Para completar la exploración y los mecanismos que intervienen en la IU en casos seleccionados se plantea la realización de un **estudio urodinámico**, que evalúa la relación volumen/presión de la vejiga, la función motora y funcional. No es una exploración rutinaria. Se indica en casos de vejiga hiperactiva con sospecha de hiperactividad del detrusor, síntomas que sugieren disfunción de la micción, prolapso de compartimento anterior, cirugía previa a la incontinencia (NICE, 2015) y en casos de IU mixta (Wood LN, 2014).

La mayoría de casos de IU pueden ser estudiados inicialmente en atención primaria. Será necesario valorar la interconsulta con el segundo nivel en pacientes en los que la IU se asocia a alguna de las siguientes situaciones (NICE, 2015):

- Hematuria sin infección.
- Sospecha de enfermedad vesical o pélvica (cistitis intersticial, cálculo, fístula o tumor).
- Vejiga palpable en tacto bimanual tras el vaciado de la vejiga.

- No disponibilidad de pruebas necesarias para realizar el diagnóstico diferencial.
- Falta de respuesta a tratamiento con fisioterapia o fármacos, en IUE o en IUU.

Derivación a segundo nivel si la IU se asocia a (NICE, 2015):

- Dolor vesical o uretral persistente.
- Masas pélvicas clínicamente benignas.
- Incontinencia fecal asociada.
- Sospecha de enfermedad neurológica.
- Dificultad para orinar.
- Sospecha de fístula urogenital.
- Cirugía de continencia previa.
- Cirugía previa de cáncer.
- Radioterapia pélvica previa.

Derivación urgente si la IU se asocia a:

- Microhematuria en mujeres de edad de ≥50 años.
- Hematuria.
- Infección urinaria persistente asociada a hematuria en mujeres >40 años.
- Sospecha de tumor maligno en el tracto urinario.

¿Cómo se trata?

En las personas mayores la IU puede estar causada por un problema de salud asociado, que también podría empeorar una IU previa establecida. Las enfermedades implicadas con mayor frecuencia son las que originan poliuria, nicturia, aumento de la presión abdominal o alteraciones del sistema nervioso central (SNC).

- Insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia renal crónica.
- Diabetes.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Problemas neurológicos.
- Ictus.
- Demencia.
- Esclerosis múltiple.
- Trastornos del sueño.

Es posible que la solución de alguna de las enfermedades mejore los síntomas de IU. En muchos casos es difícil individualizar el problema fundamental.

Se insiste en la necesidad de revisar los fármacos utilizados, los que actúan sobre en SNC y estrógenos que pueden tener responsabilidad en los síntomas.

Cambios en estilo de vida

En los casos de IUU o VH es conveniente hacer una ingesta racional de líquidos. Considerar el líquido contenido en los alimentos en el cómputo diario, salvo que esté indicada una ingesta alta de líquidos por otro motivo, se recomienda evitar la cafeína (NICE, 2015).

Evitar el estreñimiento por ser un factor que contribuye a la IU o a disfunciones en la micción. Recomendar la pérdida de peso si el índice de masa corporal es superior a 30 kg/m², la pérdida de peso reduce de manera significativa los síntomas de IU (NICE, 2015; Wood LN, 2014; Subak LL, 2009).

Tratamiento IUE

Tratamiento no farmacológico:

Los **ejercicios de suelo pélvico o de Kegel** son la primera línea de tratamiento para la IU en sus presentaciones de esfuerzo, de urgencia y mixta. Se recomienda realizar al menos 8 contracciones tres veces al día durante 3 meses. Si los resultados son favorables se puede continuar (NICE, 2015). Son más efectivos que placebo o no tratamiento en las tres presentaciones de la IU de esfuerzo, IU de urgencia e IU mixta (Dumoulin C, 2014). Las personas con vejiga hiperactiva también se benefician de su realización (Gormley EA, 2012).

Las mujeres pueden hacer los ejercicios con la ayuda de dispositivos. Se trata de elementos de forma cónica con distintos pesos diseñados para ser introducidos en la vagina por la propia mujer que ha de realizar contracciones de la musculatura pélvica para evitar que se caigan. No se ha demostrado que tengan resultado mejor que la realización de los ejercicios de Kegel, pero es una opción para las mujeres que lo consideren adecuado.

El pesario (dispositivo similar al diafragma usado como anticonceptivo de barrera por la mujer) introducido en la vagina con la finalidad de hacer presión sobre la uretra para mantenerla contraída, se menciona como otra posibilidad de tratamiento de la IU, con resultados inferiores a los obtenidos con los ejercicios (Richter HE, 2010). Si bien su utilización es rechazada por instituciones acreditadas (NICE, 2015) puede ser una solución para casos muy aislados.

La fisioterapia con estimulación eléctrica o biofeedback sobre músculos seleccionados es una alternativa válida en mujeres que tienen dificultades para el adiestramiento (NICE, 2015).

Tratamiento farmacológico:

En la actualidad los fármacos tienen un escaso papel en el tratamiento de la IUE.

La **duloxetina** inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, aprobado por la EMEA en sus distintas presentaciones para el tratamiento de la depresión mayor, dolor neuropático periférico y ansiedad generalizada, tiene un efecto positivo en la IUE de grado moderado-grave en la mujer. Los ensayos clínicos revelan una mejoría de los resultados de las medidas de calidad de vida, pero cuestionan los beneficios sustanciales sobre la propia IUE (Shamliyan TA, 2008; Mariappan P, 2007). Las presentaciones farmacológicas de la **duloxetina** disponibles en España no incluyen la indicación de la IUE.

Tratamiento quirúrgico:

Si fracasa el tratamiento conservador se puede recurrir a tratamiento quirúrgico. Con la cirugía se intenta mantener una estructura de apoyo estable para el cuello de la vejiga que evite su descenso con el aumento de presión abdominal. La técnica más usada es la implantación de un cabestrillo o *sling*, banda de material sintético sobre la que se apoya la uretra. Es una cirugía mínimamente invasiva con buenos resultados (84-99%), menos complicaciones y mejor tasa de incontinencia en mujeres de cualquier edad que las técnicas clásicas. Los efectos adversos más frecuentes son sangrado, dolor, infección, urgencia de novo (tipo de incontinencia que aparece tras la cirugía y con características diferentes de la IU previa), retención urinaria o fracaso del tratamiento (Ford A, 2015; Wood NL, 2014).

Tratamiento IUU

Tratamiento no farmacológico:

El primer paso es reeducar la vejiga con el objetivo de reducir la frecuencia de las micciones alargando el tiempo entre las mismas. Conocido el tiempo entre micciones mediante el diario miccional, se intentará prolongar en 15 o 30 minutos cada intervalo (Wood LN, 2014). Este entrenamiento se recomienda realizarlo durante 6 semanas en IUU e IUM (NICE, 2015).

Tratamiento farmacológico:

Los fármacos anticolinérgicos son la base del tratamiento de la IUU y del síndrome de vejiga hiperactiva cuando no hay respuesta adecuada al tratamiento de reeducación de la vejiga y de fortalecimiento de suelo pélvico (Rai B, 2012; Chapple C, 2008; Alhasso AA, 2006). Los fármacos utilizados son **oxibutinina**, **tolterodina**, **fesoterodina**, **trospio**, **solifenacina**, darifenacina y **mirabegron**. Mirabegron, de aprobación reciente, actúa a través de un mecanismo diferente a los anteriores (Wood NL, 2014).

Los anticolinérgicos son efectivos en el tratamiento de la vejiga hiperactiva y sus resultados mejoran si se asocian a la terapia conductual de la IUU mencionada. La elección del fármaco depende de la eficacia, de los efectos secundarios, de la presencia de otras enfermedades y del coste. La falta de respuesta con un fármaco no excluye buena respuesta con otro. Se indican también en las formas mixtas de IU y en el síndrome de VH. No se recomiendan en IUE ni en ancianas frágiles (Wood NL, 2014).

Si se exceptúan los efectos secundarios, no existen grandes diferencias entre fármacos, aunque se toleran mejor los de acción prolongada (Wood NL, 2014). Los efectos beneficiosos del tratamiento pueden demorarse hasta cuatro semanas desde el inicio. Si pasado ese tiempo no se obtienen resultados favorables o los efectos secundarios no se toleran se puede cambiar por otro fármaco o incrementar la dosis si es bien tolerado. Se recomienda esperar más de cuatro semanas antes de hacer cambios (Wood NL, 2014). Si se establece el tratamiento a largo plazo se aconseja hacer revisiones anuales. Si no se solucionan los síntomas de VH es necesario derivar al segundo nivel (NICE, 2015).

Estimulación de vía sacra:

La estimulación de la vía sacra es una opción para las pacientes que no responden al tratamiento conservador, los estudios informan de mejoría significativa de los síntomas mediante la aplicación transcutánea de un dispositivo en la raíz S3 (Cameron AP, 2011; Starkman JS, 2010; Starkman JS, 2007; Brazzelli M, 2006).

La estimulación se puede realizar de una manera menos invasiva a través del nervio tibial posterior aplicando una aguja en el maléolo medial (MacDiarmid SA, 2010; Peters KM, 2008). El mecanismo de acción no se conoce bien. Se recomendará si se dispone de un equipo multidisciplinar para el tratamiento, si el tratamiento conservador ha fracasado y si la mujer no desea la aplicación de toxina botulínica ni estimulación percutánea de nervio sacro, explicando que no hay suficientes datos para recomendar este tratamiento (NICE, 2015).

Toxina botulínica A:

Mejora de manera significativa la calidad de vida y la intensidad de los síntomas del síndrome de VH a las 12 semanas de utilización. Efectiva para las personas que no responden al tratamiento con anticolinérgicos y en los casos de VH de causa neurógena como esclerosis múltiple o lesión espinal traumática (Chartier-Kastler E, 2015; Cruz F, 2011). Se aplica en inyección intravesical con anestesia local. Los efectos secundarios más frecuentes son la infección de orina y la retención urinaria, en el 5% de los casos se necesita utilizar sonda vesical. Se considera la tercera línea de tratamiento en mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva que estén dispuestas a realizar auto sondaje (Gormley EA, 2011).

Estos métodos incluidos en el tratamiento no quirúrgico ni farmacológico de la IU, con excepción de ejercicios de suelo pélvico y la reeducación de la vejiga, son cuestionados por los resultados de los estudios, motivo por el que no existe una aceptación unánime de los mismos (Shamliyan TA, 2008).

Tratamiento quirúrgico:

No hay muchas opciones para solucionar la IUU de manera quirúrgica. En casos muy exagerados de la IUU se puede llegar a aplicar técnicas como son la neuromodulación de la vía nerviosa sacra y la cistoplastia de aumento (EBM, 2008).

Otros tipos de incontinencia

En los casos de IU mixta se optará por tratar la forma dominante de incontinencia.

En los casos de incontinencia por rebosamiento se abordará la causa desencadenante.

Absorbentes

La utilización de pañales y otros absorbentes se reservarán para los casos que están pendientes de un tratamiento definitivo, como acompañamiento al tratamiento o a largo plazo cuando ya se han utilizado todas las opciones de tratamiento (NICE, 2015).

Bibliografía

- Alhasso AA, McKinlay J, Patrick K, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for overactive bladder syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD003193. PubMed **PMID: 17054163**
- Bedretdinova D, Fritel X, Panjo H, Ringa V. Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs. Eur Urol. 2016;69(2):256-64. PubMed **PMID: 26259998**
- Brazzelli M, Murray A, Fraser C. Efficacy and safety of sacral nerve stimulation for urinary urge incontinence: a systematic review. J Urol. 2006;175(3 Pt 1):835-41. PubMed **PMID: 16469561**

- Buckley BS, Lapitan MC; Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children--current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. Urology. 2010;76(2):265-70. PubMed **PMID: 20541241**
- Cameron AP, Anger JT, Madison R, Saigal CS, Clemens JQ; Urologic Diseases in America Project. National trends in the usage and success of sacral nerve test stimulation. J Urol. 2011;185(3):970-5. PubMed **PMID: 21247596. Texto completo**
- Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. Eur Urol. 2008;54(3):543-62. PubMed **PMID: 18599186. Texto completo**
- Chartier-Kastler E, Nitti V, De Ridder D, Sussman D, Sand P, Sievert K, et al. Durable improvements in urinary incontinence and positive treatment response in patients with idiopathic overactive bladder syndrome following long-term onabotulinumtoxin A treatment: Final results of 3.5-year study. Prog Urol. 2015;25(13):739. PubMed **PMID: 26544243**
- Cheater FM, Castleden CM. Epidemiology and classification of urinary incontinence. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000;14(2):183-205. PubMed **PMID: 10897319**
- Cruz F, Herschorn S, Aliotta P, Brin M, Thompson C, Lam W, et al. Efficacy and safety of onabotulinumtoxin A in patients with urinary incontinence due to neurogenic detrusor overactivity: a randomised, double-blind, placebo- controlled trial. Eur Urol. 2011;60(4):742-50. PubMed **PMID: 21798658**
- Dumoulin C, Hay-Smith ECJ, Mac Habée-Seguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Syst Rev. 2014;(5):CD005654. PubMed **PMID: 24823491. Texto completo**
- Ford A, Rogerson L, Cody J, Ogah J. Intervenciones con cabestrillos mediouretrales para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD006375. PubMed **PMID: 26849750. Texto completo**
- Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al; American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. J Urol. 2012;188(6 Suppl):2455-63. PubMed **PMID: 23098785. Texto completo**
- Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC, Resnick NM, Engleman K, Anzalone D, et al. Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests. J Urol. 2000;164(3 Pt 1):698-701. PubMed **PMID: 10953128**
- Ku JH, Jeong IG, Lim DJ, Byun SS, Paick JS, Oh SJ. Voiding diary for the evaluation of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: prospective assessment of patient compliance and burden. Neurourol Urodyn. 2004;23(4):331-5. PubMed **PMID: 15227650**
- Lucas MG, Bedretinova D, Bosch JLHR, Burkhard F, Cruz F, Nambiar AK, et al; European Association of Urology. Guidelines on urinary incontinence. Urinary Incontinence -Update March 2013.
- MacDiarmid SA, Peters KM, Shobeiri SA, Wooldridge LS, Rovner ES, Leong FC, et al. Long-term durability of percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder. J Urol. 2010;183(1):234-40. PubMed **PMID: 19913821. Texto completo**
- Mariappan P, Alhasso AA, Grant A, N'Dow JMO. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD004742. PubMed **PMID: 16034945**
- Moore EE, Jackson SL, Boyko EJ, Scholes D, Fihn SD. Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women. Obstet Gynecol. 2008;111(2 Pt 1):317-23. PubMed **PMID: 18238968**
- National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women. United Kingdom: NICE, clinical guideline cg171, September 2013 last modified January 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>
- Nygaard I. Clinical practice. Idiopathic urgency urinary incontinence. N Engl J Med. 2010;363(12):1156-62. PubMed **PMID: 20843250**
- Peters KM, Macdiarmid SA, Wooldridge LS, Leong FC, Shobeiri SA, Rovner ES, et al. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus extended-release tolterodine: results from the overactive bladder innovative therapy trial. J Urol. 2009;182(3):1055-61. PubMed **PMID: 19616802**
- Rai B, Cody J, Alhasso A, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for non-neurogenic overactive bladder syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD003193. PubMed **PMID: 23235594**
- Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010;115(3):609-17. PubMed **PMID: 20177294. Texto completo**
- Shamlivan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. Ann Intern Med. 2008;148(6):459-73. Erratum in: Ann Intern Med. 2011;155(11):796. PubMed **PMID: 18268288. Texto completo**
- Starkman JS, Smith CP, Staskin DR. Surgical options for drug-refractory overactive bladder patients. Rev Urol. 2010;12(2-3):e97-110. PubMed **PMID: 20811558. Texto completo**
- Starkman JS, Wolter CE, Scarpero HM, Milam DF, Dmochowski RR. Management of refractory urinary urge incontinence following urogynecological surgery with sacral neuromodulation. Neurourol Urodyn. 2007;26(1):29-35; discussion 36. PubMed **PMID: 17083097**
- Stay K, Dwyer PL, Rosamilia A. Women overestimate daytime urinary frequency: the importance of the bladder diary. J Urol. 2009;181(5):2176-80. PubMed **PMID: 19296975**
- Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, et al; PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. N Engl J Med. 2009;360(5):481-90. PubMed **PMID: 19179316. Texto completo**
- Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. BMJ. 2014;349:g4531. PubMed **PMID: 25225003**

Más en la red

- NHS. Guideline for the Treatment of Female Urinary Incontinence; 2015. Disponible en: <http://midessexccg.nhs.uk/index.php>
- Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. BJU Int. 2016;117(1):20-33. PubMed **PMID: 26033093. Texto completo**
- The Canadian Continence Foundation. Disponible en: www.canadiancontinence.ca/EN/bladder-health-leakage-control-problems.php

Autora

- Cristina Viana Zulaica Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

