

# Incontinencia urinaria en el varón

**Francisco José Brenes Bermúdez\***  
**M. Esperanza Naval Pulido\*\***

\*Médico de familia. ABS Llefia. Badalona. Grupo de Trabajo de Urología SEMERGEN. Integrante del Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI).

\*\*Médico de familia. ABS Centre Dalt la Vila. Badalona. Grupo de Trabajo de Urología SEMERGEN.



Actividad acreditada por la Comisión Nacional de  
Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con  
**3,8 créditos**

Test de evaluación disponible en:  
[www.elmedicointeractivo.com/Documentos/Evaluacion](http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/Evaluacion)

*Grupo*  
**saned**

© SANED 2009

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta  
publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en  
cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico,  
mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso  
de los editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.  
Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel: 91 749 95 00  
Fax: 91 749 95 01. saned@medynet.com  
Anton Fortuny, 14-16. Edificio B, 2º 2ª.  
08950 Esplugues de Llogregat (Barcelona). Tel: 93 320 93 30  
Fax: 93 473 75 41. sanedb@medynet.com  
Composición y Fotomecánica: Artecomp

## Incontinencia urinaria en el varón

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>DEFINICIÓN, CONCEPTO Y TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA (IU)</b> .....	7
<b>PREVALENCIA, MAGNITUD Y REPERCUSIONES DE LA IU EN EL VARÓN</b> .....	9
<b>FISIOPATOLOGÍA DE LA IU EN EL VARÓN</b> .....	12
● Recuerdo anatómico y funcional del tracto urinario inferior.....	12
● La vejiga.....	14
● La uretra.....	15
● Musculatura del suelo pélvico.....	16
<b>CÓMO DIAGNOSTICAR LA IU EN EL VARÓN</b> .....	17
<b>SITUACIONES MÁS FRECUENTES Y ESPECÍFICAS DE IU EN EL VARÓN</b> .....	22
● IU tras prostatectomía.....	22
● IU por obstrucción prostática.....	23
● IU tras patología medular.....	25
● IUU.....	26
<b>TRATAMIENTO DE LA IU</b> .....	27
● Modificaciones en el estilo de vida.....	27
● Ejercicios del suelo pélvico ± biofeedback.....	27
● Entrenamiento vesical.....	28
● Productos para la incontinencia (tratamiento paliativo).....	28
● Tratamiento farmacológico.....	29
<b>CONCLUSIONES</b> .....	31
<b>PUNTOS CLAVE</b> .....	32
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	34

## Introducción

La micción y la continencia son dos actos voluntarios e involuntarios a la vez. Para que éstos se produzcan se requiere de una perfecta integridad anatómica, neurológica y funcional del tracto urinario inferior “vejiga y uretra”. Cualquier alteración nos puede generar la aparición de pérdida involuntaria de orina.

La incontinencia urinaria (IU) es una de las patologías médicas más comunes en los pacientes que acuden habitualmente a la atención primaria (AP), aunque no siempre el paciente nos lo comenta ni los profesionales sanitarios lo preguntamos (1).

Es una de las patologías crónicas más prevalentes, superior a patologías como la diabetes y otras enfermedades que reciben una mayor y mejor atención médica. Genera unos costes elevados, superiores a la cirugía de bypass de arterias coronarias e incluso a la diálisis renal combinadas (2).

Las mujeres presentan unos índices más altos de IU que los hombres, aunque erróneamente se piensa que la IU es un problema que sólo afecta a las mujeres (3).

Anatómicamente los hombres están más protegidos ante la posibilidad de presentar IU. No debemos olvidar que existen circunstancias y factores de riesgo para la IU que pueden aparecer tanto en hombres como en mujeres (accidentes cerebrovasculares, demencia, cáncer de vejiga, diabetes, limitación de la movilidad, impactación fecal, medicamentos y el 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 (4).

Sin embargo, existen situaciones específicas de IU para los hombres como es la IU secundaria a patologías de la glándula prostática y sus tratamientos. Hasta el 30% de los pacientes a los que se les ha realizado una prostatectomía radical sufren algún grado de incontinencia.

Los tipos de IU varían con la edad y el sexo. En los hombres, como hemos comentado, se ve muy influenciada por la asociación de patologías de la glándula prostática y de sus tratamientos. Igualmente con la edad aumenta el uso de fármacos que pueden generar alteraciones en el tracto urinario. Fármacos de uso habitual interfieren en la dinámica de la micción, por lo que es muy impor-

tante que conozcamos las consecuencias que éstos puedan desencadenar en la aparición de IU (5).

No se ha demostrado que la IU aumente la mortalidad, pero debemos saber que es la segunda causa de ingreso en residencias y es una patología que genera un aumento en el número de visitas médicas. Son pacientes con más infecciones urinarias y más depresión.

Los médicos de familia, antes de iniciar un tratamiento para la IU en un varón, debemos conocer el tipo de IU y la causa de la misma. Debemos descartar la presencia de IU secundaria a patologías reversibles y valorar la presencia de patologías que requieren un estudio más completo (1-5).

## Definición, concepto y tipos de IU

De acuerdo con la última definición (año 2002) de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), se denomina IU "a toda queja de pérdida involuntaria de orina" (6). Esta definición simplifica su diagnóstico ya que la anterior era: "toda pérdida involuntaria de orina que genera en el individuo que la sufre un problema médico, higiénico y/o social", por lo que era complicado poder discernir si la IU producía o no un problema.

Los tipos más frecuentes de IU (**Tabla 1**) en la población general (5,7,8) son:

1. **IU de Esfuerzo (IUE)**. Consiste en la pérdida involuntaria de orina que aparece con la realización de un esfuerzo (coger peso, tos, saltar, correr, caminar, estornudar, etc.). Es mucho más frecuente en mujeres. En los varones sólo suele verse por lesión del esfínter, generalmente tras radiaciones o cirugía de próstata. En varones representa algo menos de un 10% del total de las causas de IU.

2. **IU de Urgencia (IUU)**. Consiste en la pérdida involuntaria de orina que aparece acompañada o precedida de un deseo imperioso de orinar (urgencia miccional). Este tipo de IU es la causa más frecuente en los varones. Un 80% de IU lo son por IUU.

3. **IU Mixta**. Es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la IUU como a la IUE.

Existen otros tipos de IU que pueden aparecer en los hombres como:

4. **IU por Rebosamiento (IUR)**, también denominada IU por vaciado incompleto. Consiste en la pérdida involuntaria de orina que se caracteriza por

**Tabla 1**

### Tipos de incontinencia urinaria (IU)

Según su duración	Según la clínica
IU transitoria, temporal, tratable	Incontinencia de Urgencia
IU establecida, crónica o persistente	Incontinencia de Esfuerzo Incontinencia por Rebosamiento IU Mixta (Incontinencia de Esfuerzo + Vejiga Hiperactiva "IUU") Incontinencia Funcional

cursar en forma de goteo; puede ser generada por una retención crónica de orina como consecuencia de un proceso obstructivo o asociarse a patología neurológica. En varones suele ser la causa de IU en un 10%.

5. **IU Continua (IUC).** Es aquella pérdida involuntaria de orina que aparece de forma continua sin que el paciente presente deseo miccional. Es un tipo de IU muy invalidante y que requiere un cuidado continuo, con la utilización de catéteres permanentes o de absorbentes para la IU.

Otras circunstancias que pueden generar IU sin que existan alteraciones en el tracto urinario inferior son:

6. **IU Transitoria o Reversible.** Es más frecuente en personas de edad avanzada con las funciones del tracto urinario inferior conservadas. Se debe a causas fundamentalmente farmacológicas o metabólicas. Las causas son:

- Infecciones del tracto urinario inferior.
- Efectos secundarios de fármacos: diuréticos, psicofármacos, narcóticos, anticolinérgicos, agonistas alfa y beta, bloqueadores alfa, bloqueadores de los canales del calcio.
- Aumento de la producción de orina: causas metabólicas (hiperglucemia e hipercalcemia), incremento de la ingesta de líquidos, sobrecarga de volumen (insuficiencia venosa con edemas e insuficiencia cardiaca congestiva).
- Enfermedades que originan un deterioro o restricción de la movilidad para manejarse en el baño.
- Delirio.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Impactación fecal.

7. **Incontinencia urinaria funcional.** Se manifiesta más en personas con deterioro del estado cognitivo o con enfermedades que ocasionan limitaciones para la movilidad, impidiendo que se pueda llegar a tiempo al baño.

## Prevalencia magnitud y repercusiones de la IU en el varón

Es una patología muy prevalente, sobre todo en la población adulta, presentándose en una proporción de dos a cuatro veces más común en mujeres que en varones, variando esta proporción según la edad. En varones aumenta considerablemente con la edad (9).

Por su elevada prevalencia en mayores de 65 años y por el impacto negativo que ocasiona en las personas que la padecen se considera a la IU como uno de los Síndromes Geriátricos (4-10), siendo además una de las principales causas de ingreso en residencias de los varones mayores (50-60% pacientes institucionalizados en España presentan IU) (5).

La prevalencia de la IU en el varón es difícil de conocer con exactitud; varía mucho dependiendo de los diferentes estudios. Esta diversidad se debe a las diferencias en la metodología, tipo de población estudiada y a los distintos conceptos utilizados en la definición de IU. Las cifras de prevalencia en el varón adulto varían entre el 7-17% en población general y del 18-55% cuando nos referimos a población institucionalizada (8).

Algunos autores consideran como IU a toda pérdida involuntaria de orina acaecida alguna vez en la vida. Si se considera esta definición la IU afecta a más del 50% de la población. Si sólo tomamos en consideración la IU cuando está registrada en la historia clínica la prevalencia es del 1% (11).

En un estudio realizado en Bélgica (12), publicado en el año 1997, se aprecia una prevalencia de IU en varones mayores de 30 o más años del 5,2%, siendo del 16,3% en las mujeres, en las que el tipo más frecuente fue la IUE (53%). En los varones fue la IUU, existiendo pocas diferencias entre los hombres y las mujeres en su prevalencia.

Los estudios epidemiológicos en España muestran unas cifras variables que oscilan de 2 a 6 millones de españoles afectados de IU.

En dos estudios realizados sobre la prevalencia de IU en varones se encontraron cifras del 12,7% y 17% de prevalencia (13).

Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid con personas no institucionalizadas valoró la IU en mayores de 65 años; se observó una prevalencia global del 15,3%, siendo de un 16,1% en mujeres y de un 14,5% en hombres. En este estudio se aprecia un aumento importante de la prevalencia en el grupo de edad superior a los 84 años de edad, que es del 26,3% (14). Otro estudio realizado en la misma comunidad encuentra unos valores de IU en los varones



de 65 o más años parecidos, aunque no concuerda con los valores de IU en la mujer; en este último estudio la prevalencia es superior (15).

Los resultados de un reciente metaanálisis auspiciado por el Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) (16), que fue presentado en el Congreso Nacional de Urología celebrado en junio de 2008 en Barcelona, arrojan una prevalencia de IU de más de 6 millones de españoles, de los que 1,7 millones corresponden a varones según la población española ajustada al año 2007. La tasa de prevalencia en los varones según los distintos grupos de edad se refleja en la **Tabla 2**.

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 (17); en el primero predomina la IUE y en el segundo la IUM y la IUU.

En los varones el crecimiento de la prevalencia es lineal aumentando exponencialmente con la edad. Con la edad se iguala la probabilidad de presentar IU. Hasta los 60 años, la gran mayoría de IU son mujeres en una proporción 3-1. A partir de los 60 años esta proporción es de 2-1, siendo de 1,5-1 a partir de los 80 años (16).

No se ha observado un aumento de la mortalidad en los pacientes con IU; sin embargo, sí existe un aumento de la morbilidad, con una gran repercusión en la calidad de vida (18).

La IU tiene también una elevada repercusión económica. Los gastos directos e indirectos que genera se estima que representan una mayor repercusión que patologías como la osteoporosis, el cáncer de mama y el cáncer ginecológico (19).

**Tabla 2**

## Prevalencia de incontinencia urinaria en varones en España

Edad	Varones
18-34	4,8 (3,1-7,3)
35-44	7,0 (5,1-9,5)
45-54	9,5 (7,5-11,8)
55-64	12,7 (10,7-15,1)
65-74	16,9 (14,1-20,1)
75-84	21,7 (17,4-26,6)
85+	27,4 (20,9-35,1)

Adaptado de: Damián J, Brenes F, Pastor-Barriuso R, Salinas J. Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI) 2008. Cita bibliográfica 16.

La IU, como vemos, representa un problema médico, afectivo, social y económico (1,5,20).

- A nivel médico, aumentan las infecciones urinarias, úlceras perineales, las caídas y fracturas.
- A nivel afectivo, pérdidas de autoestima, ansiedad y depresión.
- A nivel social, aislamiento social, necesidad de apoyo familiar, necesidad de recursos.
- A nivel económico, coste elevado de los tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y de las medidas paliativas.

De los pacientes que presentan IU varias veces al día, el 70% presentan mala calidad de vida; de los que tienen IU 2-3 veces al mes, el 10% presentan mala calidad de vida, y el 100% de los pacientes con IU permanente tienen alterada la calidad de vida. Aunque, paradójicamente, sólo una minoría (el 10%) lo atribuyen a la IU (22).

Vemos que la IU es una patología con un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, superior a la HTA y a la diabetes. La persona se automargina, cambia muchos de sus hábitos de vida y costumbres para adaptarse a la IU, limita sus viajes y salidas, evita la utilización del transporte público, se avergüenza, tienden a ocultar este problema, etc. (1,5,10).

## Fisiopatología de la IU en el varón (5,7,23)

La continencia en el varón precisa de un detrusor estable y distensible y que el tracto de salida vesical sea competente; a la vez se requiere de una inervación normal, musculatura lisa y estriada normales y las estructuras de sostén intactas.

El ciclo miccional podemos dividirlo en dos fases (23):

- Fase de llenado.
- Fase de vaciado.

La principal función de la vejiga es almacenar la orina proveniente de los riñones y expulsarla periódicamente de su interior.

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.

La musculatura pélvica ayuda a mantener la continencia en la fase de llenado y facilitar su expulsión en la fase de vaciado.

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

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

En la fase de vaciado puede ser por una deficiente contracción del detrusor o por obstrucción en el tracto urinario inferior (8).

### RECUERDO ANATÓMICO Y FUNCIONAL DEL TRACTO URINARIO INFERIOR (5)

La micción y la continencia son dos actos sucesivos, voluntario e involuntario a la vez. Dependen para su correcta realización del Sistema Nervioso Central (SNC) y del Sistema Nervioso Vegetativo (Simpático y Parasimpático) (5,7,23).

A nivel vesical y uretral existe una serie de neuroreceptores 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 (7,23) **(Figura 1)**.

- D10-L2. Núcleo Simpático \_\_\_\_\_ Nervio Hipogástrico
- S2-S4. Núcleo Parasimpático \_\_\_\_ Nervio Pélvico
- S3-S4. Núcleo Somático \_\_\_\_\_ Nervio Pudendo (Voluntario)

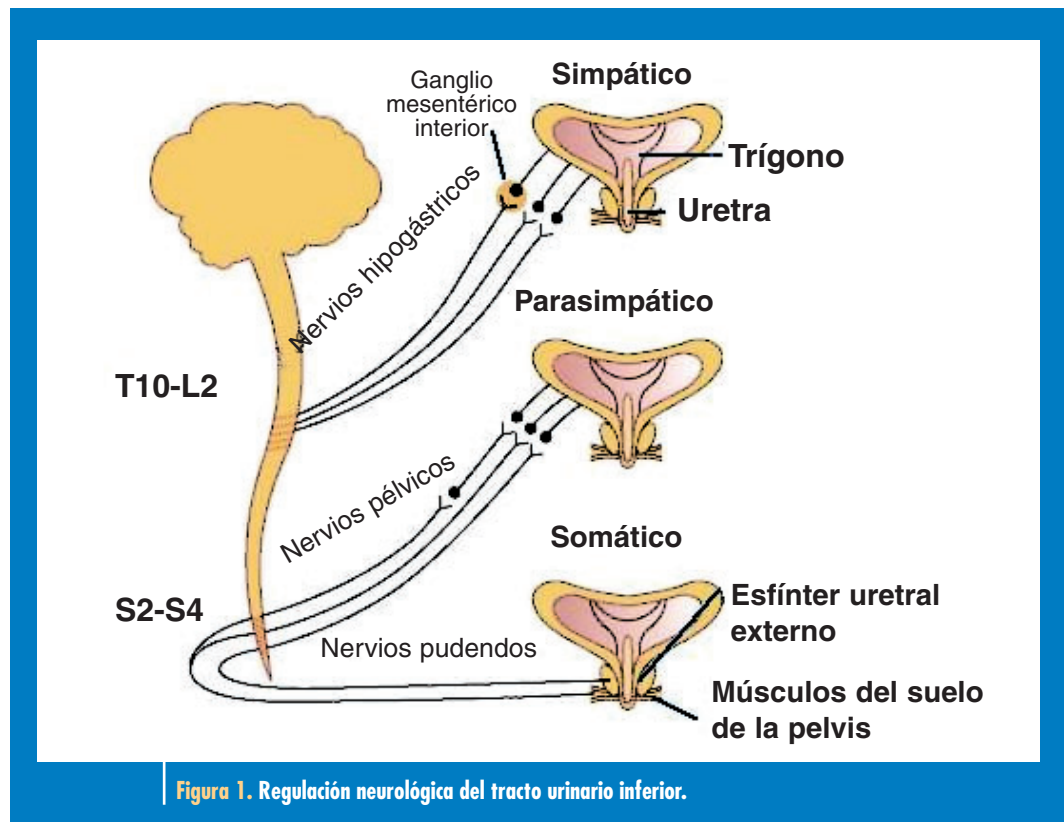


Figura 1. Regulación neurológica del tracto urinario inferior.

El **nervio hipogástrico** estimula a receptores que dependen de la noradrenalina. Estos son **beta 2 adrenérgicos** situados en el cuerpo vesical y su estímulo produce relajación vesical. A la vez también estimula la acción de receptores **alfa adrenérgicos** situados en el cuello vesical y zona anterior de la uretra (esfínter interno), cuyo estímulo produce contracción del esfínter, siendo útil en la continencia.

El **nervio pélvico** estimula receptores que dependen de la acetilcolina. Son receptores **colinérgicos muscarínicos**, situados en todo el cuerpo vesical y su estímulo produce contracción de la vejiga, siendo útil en el vaciado vesical (5,7,23).

El **nervio pudendo** depende del SNC, se estimula por receptores **nicotínicos** y su neurotransmisor es la acetilcolina. Inerva el esfínter externo, la uretra y el esfínter anal. Se contrae voluntariamente permitiendo cortar el chorro miccional a voluntad.

Así, podemos observar que la fase de llenado está regulada por el SN Simpático y la fase de vaciado por el SN Parasimpático (5-7).

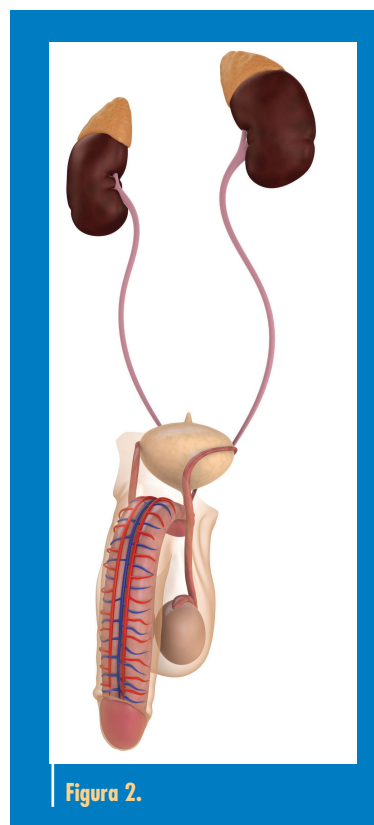
Los estímulos nerviosos generados a nivel del tracto urinario inferior son conducidos por los nervios aferentes hasta los núcleos medulares simpáticos (D10-L2), parasimpáticos (S2-S4) y somáticos (S3-S4) de la médula espinal, los cuales tienen capacidad de regular la respuesta motora eferente, activándola, o

inhibiéndola. Este proceso se conoce como **arco reflejo** (es el patrón de micción normal hasta los 2-3 años de edad; a veces hasta los 7 años no se obtiene la madurez miccional) (7).

Los humanos presentamos a nivel de la protuberancia un núcleo regulador llamado **Núcleo Pontino de Barrington**. Este núcleo recibe y envía información de los núcleos simpático y parasimpático. Presenta múltiples conexiones con el córtex cerebral, el cerebelo, los ganglios de la base, el tálamo y el hipotálamo y posibilita que tanto el llenado como el vaciado vesical sigan un proceso ordenado, convirtiendo la **micción normal en un acto voluntario, coordinado y consciente** (5,23).

La estimulación del núcleo de Barrington produce relajación del esfínter uretral y contracción vesical.

Además de la integridad de la función neurológica, la micción y la continencia requieren de la adecuada integridad anatómica del tracto urinario inferior (uretra y vejiga) (5,23) (**Figura 2**).



### LA VEJIGA

Es un órgano hueco que por sus características anatómicas presenta una gran capacidad de distensión sin que se produzcan cambios en la presión intravesical (capacidad viscoelástica). Esta capacidad se debe a la estructura de su capa muscular (músculo detrusor), rica en fibras elásticas, y a la estructura de su capa interna (urotelio), que consta de un epitelio de transición con cinco capas arrugada sobre sí e igualmente con una gran capacidad de distensión (5-7).

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** y que actúa como un embudo facilitando el vaciado vesical y evitando el reflujo de orina a los uréteres durante el vaciado.

El cuello vesical y la porción uretral inmediata a la salida de la vejiga

constituyen el denominado esfínter interno (formado por musculatura lisa), cuyo control es involuntario y de gran importancia en la continencia de la mujer.

## LA URETRA

Es una estructura tubular fibromuscular que presenta diferencias anatómicas y funcionales entre ambos sexos (5).

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. 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.

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, ileocoxigeos, pubocoxigeos y transversos del periné (5-7).

El esfínter interno es de control involuntario y el esfínter externo es inervado por el nervio pudendo y tiene control voluntario.

En el varón la uretra tiene una longitud de unos 20 cm (7).

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).
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. En el varón depende fundamentalmente del sistema esfinteriano proximal (24).

La causa más frecuente de IUE masculina es la lesión del sistema esfinteriano proximal, habitualmente tras cirugía que secciona o amplía el cuello vesical: resección transuretral del cuello vesical, o tras cirugía prostática: resección transuretral de próstata, la adenomectomía a cielo abierto y la prostatectomía radical retropúbica o perineal. En estos casos la continencia depende del sistema es-

finteriano distal, que si también se lesiona provoca incontinencia urinaria permanente (23,24).

### MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO

---

Además de la vejiga, la uretra y el esfínter uretral, los músculos del suelo pélvico también participan en los mecanismos de continencia (5,7,23).

Conforman una especie de hamaca sobre la que descansan la vagina, la vejiga y el cuello uterino en el caso de la mujer y la vejiga y la próstata en el caso del varón. Los principales músculos son el elevador del ano, el pubocoxigeo, el ileocoxigeo y el transverso profundo del periné (5).

El músculo elevador del ano, además, contribuye al mantenimiento de la angulación y soporte de la unión uretrovesical (5-7).

La musculatura del suelo pélvico es un factor importante en la continencia de la mujer y tiene menos importancia en el varón, en el que su principal función es la de reforzar el mecanismo esfinteriano distal (23). Es importante, como se ha comentado, en varones sometidos por ejemplo a cirugía radical de próstata, en los que los esfínteres pueden haber sido dañados o escindidos durante la cirugía (24).

Con la edad aparecen cambios fisiológicos estructurales y funcionales que pueden aumentar la probabilidad de presentar IU. Además aumenta la atrofia o hipotrofia muscular por falta de ejercicio (4,5,7,10,23).

## Cómo diagnosticar la IU en el varón

Para el diagnóstico y evaluación inicial de la IU en el varón la guía de la Asociación Europea de Urología (EAU) del año 2009 (25) aconseja (**Algoritmo 1**):

- **Valoración inicial y severidad del episodio** (1,5,8,10).

- Los antecedentes patológicos más relevantes (patología neurológica, patología osteoarticular, estreñimiento, alteración visual, patología urológica, cirugía pélvica previa).
- El consumo de fármacos (especialmente diuréticos, benzodiacepinas, hipnóticos, narcóticos, calcioantagonistas, anticolinérgicos).
- La severidad de los síntomas.
- El tiempo de evolución y momento de aparición.

- **Valoración de síntomas urinarios** (incluyendo gráfica de frecuencia-volumen y cuestionario) (1,5,10). Con **la hoja de registro miccional o diario miccional (Tabla 3)**: durante 24-72 horas se registra (por el propio paciente o cuidador) la cantidad y el tipo de líquido ingerido por el paciente durante el día, las veces que orina tanto de día como por la noche, las veces que ha presentado IU y en relación a qué actividad se presentó.

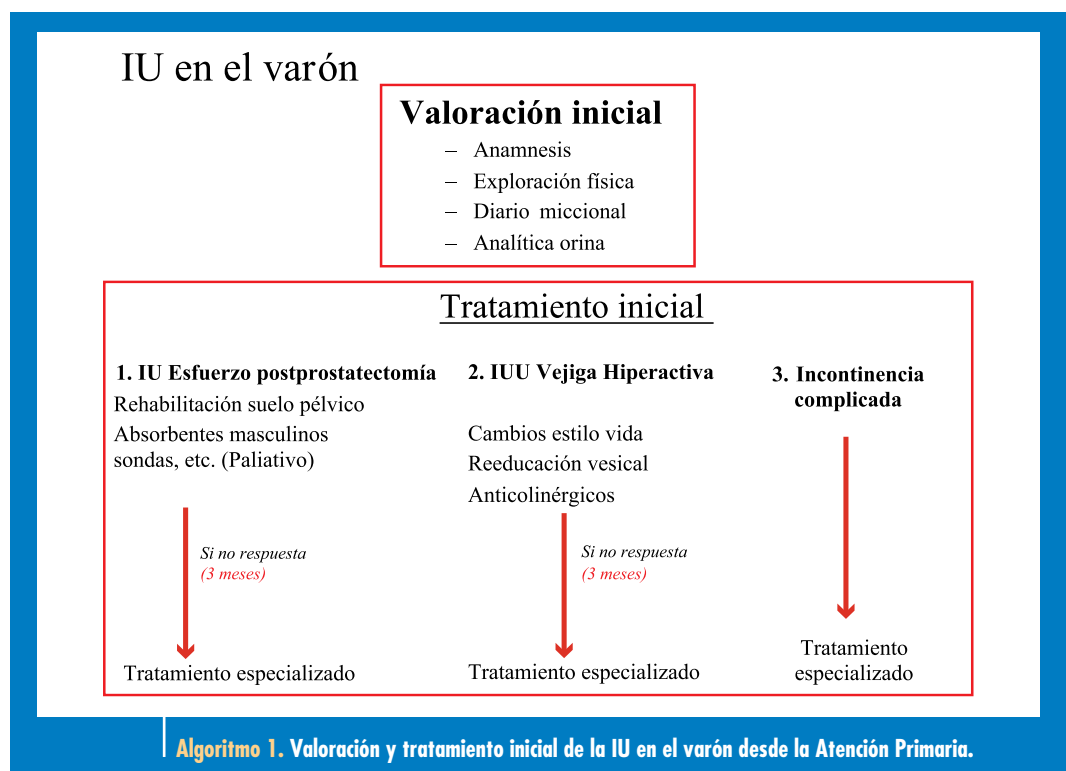




Tabla 3

Diario miccional

Hora	Ingesta de líquidos	Micción voluntaria	Urgencia. Deseo fuerte y repentino de orinar	Pérdidas involuntarias
6-9			SÍ/NO	SÍ/NO
9-12			SÍ/NO	SÍ/NO
12-15			SÍ/NO	SÍ/NO
15-18			SÍ/NO	SÍ/NO
18-21			SÍ/NO	SÍ/NO
21-24			SÍ/NO	SÍ/NO
24-3			SÍ/NO	SÍ/NO
3-6			SÍ/NO	SÍ/NO

Con la información recogida en el diario miccional junto con los cuestionarios clínicos, que explicaremos a continuación, podemos analizar la forma de presentación de los escapes: si aparecen al tocar agua, con el frío, al realizar esfuerzos..., la frecuencia miccional tanto diurna como nocturna, etc. (1,5,10).

• **Valoración de calidad de vida y deseo de tratamiento**

En el año 2002 el comité de expertos de la *Second International Consultation on Incontinence* (6) creó un cuestionario, el *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICIQ). Además desarrolló una versión corta autoadministrada del mismo (ICIQ-SF) (Tabla 4) que es de gran utilidad en la detección y evaluación de pacientes con IU por su brevedad y sencillez. Este cuestionario también lo utiliza y recomienda la EAU en su guía de 2009 (25).

En el año 2003 pasó a constituir el primer cuestionario corto de diagnóstico de IU validado en España (26).

El ICIQ-UI SF consta de dos grupos de preguntas:

(1) 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).

(2) 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 (de esfuerzo, de urgencia o mixta).

Además de la orientación que nos brinda el ICIQ-SF en el diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de IU, es conveniente pasar sistemáticamente un cuestionario clínico de IU. El número de ellos validados en español es muy escaso; quizá el más cómodo por su brevedad es el IU-4 (Tabla 5) (27).

Tabla 4

**Cuestionario ICIQ-SF**

Algunas personas pierden orina en un momento determinado. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas 4 semanas.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?

- Nunca
- Una vez a la semana o menos
- 2 o 3 veces a la semana
- Una vez al día
- Varias veces al día
- Continuamente

2. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no)

- No se me escapa nada
- Muy poca cantidad
- Una cantidad moderada
- Mucha cantidad

3. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado a su vida diaria?

Por favor marque con un círculo un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? (señale lo que le pasa a usted)

- Nunca pierde orina
- Pierde orina antes de llegar al WC
- Pierde orina cuando tose o estornuda
- Pierde orina cuando duerme
- Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio
- Pierde orina cuando acaba de orinar y ya se ha vestido
- Pierde orina sin un motivo evidente
- Pierde orina de forma continua

Existen otros cuestionarios centrados en la evaluación de los pacientes con IUU, asociados a vejiga hiperactiva, aunque en la práctica diaria es suficiente con la utilización de los cuestionarios anteriormente indicados (28).

**Tabla 5**

## Cuestionario IU-4

**Rodee con un círculo la respuesta que proceda.**

1. ¿Se le escapa la orina cuando hace esfuerzo físico (toser, correr, reír o saltar) que le hace cambiar de ropa?

SI NO

2. ¿Se le ha presentado bruscamente las ganas de orinar?

SI NO

3. ¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al servicio?

SI NO

4. Por causa de los escapes de orina, al presentársele bruscamente las ganas de orinar ¿ha necesitado algún tipo de protección?

SI NO

### **Codificación:**

IU de esfuerzo = Respuesta afirmativa al ítem 1.

IU de urgencia = Respuesta afirmativa a los ítems 2 y 3.

IU mixta = Respuesta afirmativa a los ítems 1,4 y 2 o 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 respuesta positiva a las preguntas 2 y 3 tiene una S del 83% y una E del 65% para diagnóstico de IUU.

- **Exploración física:** (1,5,8,10,23)

- Abdominal: masas abdominales, globo vesical...

- Tacto rectal: características de la próstata, tono del esfínter anal, ocupación de la ampolla rectal por heces o masas...

- Exploración neurológica: marcha, focalidad neurológica, sensibilidad perianal y perineal, reflejo bulbo-cavernoso.

- **Urinoanálisis y cultivo de orina** (1,5,8,10) si hay infección, tratamiento y revaloración. Si presenta hematuria asociada a la IU podemos pensar en la presencia de infección urinaria, litiasis vesical, cáncer vesical.

- **Valoración de la musculatura del suelo pélvico** (7,23,24).

- **Valoración del residuo postmiccional** (1,8,10), aconsejable mediante ecografía, al ser una técnica poco yatrogénica. También podemos valorarlo mediante la cateterización vesical. Si el residuo es superior a 100 ml orienta a una patología del tracto de salida (HBP, estenosis de uretra o una alteración contráctil del músculo detrusor) que puede manifestarse con clínica irritati-

va secundaria a la obstrucción o por una infección urinaria. Residuos de 50-100 ml pueden ser asimismo anormales, por lo que estaría indicado repetir la medición para confirmarlo.

En la evaluación de la IU debemos siempre conocer si existen barreras arquitectónicas y obstáculos que limiten el acceso al servicio (1,10).

Tras valorar todo lo anterior podemos llegar al diagnóstico del tipo de IU y decidir qué opción terapéutica es la más indicada.

Una revisión de la Cochrane (29) no encuentra diferencias significativas en la calidad del diagnóstico y tratamiento entre la realización o no de estudio urodinámico para filiar la IU.

Como vemos, las herramientas básicas del médico de familia siguen siendo la anamnesis y la exploración física. El valor predictivo positivo (VPP) de ambas para conocer la causa de una IU es del 87%. Si a éstas le añadimos la utilización de cuestionarios específicos para diagnosticar la IU y el diario miccional el VPP es cercano al 95% (30).

## Situaciones más frecuentes y específicas de IU en el varón

### IU TRAS PROSTATECTOMÍA

La IU es uno de los problemas más frecuentes tras una intervención quirúrgica por cáncer de próstata (**Algoritmo 1**) (31).

El carcinoma prostático es el tumor más frecuente y es la tercera causa de muerte por cáncer en hombres en España. La prostatectomía radical es el tratamiento de elección para la enfermedad localizada. Aunque es altamente efectiva para suprimir la recurrencia e incrementar la supervivencia, se asocia a una gran disminución en la calidad de vida como consecuencia de los efectos secundarios que genera este tratamiento quirúrgico, tales como IU y disfunción eréctil (32).

Tras una prostatectomía radical el 80% de los pacientes presentan IU, prevalencia que disminuye a medida que pasan los días o los meses (24).

La IU es el principal condicionante en la calidad de vida de los pacientes que son sometidos a prostatectomía radical. En su tratamiento adquiere un gran protagonismo el tratamiento terapéutico de fortalecimiento del suelo pélvico.

Los hombres con cáncer de próstata tienden a priorizar acciones que puedan optimizar la calidad de vida más que a maximizar la supervivencia (33).

La práctica cada vez más frecuente de la prostatectomía radical en el tratamiento del cáncer de próstata ha determinado que cada vez sea más frecuente la aparición de una IUE en el varón. La aparición de la IUE, generalmente debido a una deficiencia esfinteriana intrínseca, es una complicación que puede darse y se le debe advertir al paciente. Las opciones de tratamiento son diversas, desde la realización de ejercicios de rehabilitación a la utilización de sustancias como teflón, etc. En caso de gran incompetencia esfinteriana, la opción más recomendada es el esfínter urinario artificial. También pueden utilizarse los cabestrillos/slings masculinos como argus, invance..., así como las inyecciones periuretrales de agentes que producen aumento de volumen: ácido hialurónico + dextranómero. Estas tres últimas opciones terapéuticas deben indicarse por el especialista en Urología.

En un estudio realizado en España (34), encontraron un 19% de alteraciones miccionales (IUE) tras la intervención y, aunque la mayoría son de grado leve o moderado y mejoran durante los seis primeros meses, según este estudio sería aconsejable realizar tratamiento que mejore la sintomatología y acelere la recuperación. Los pacientes fueron instruidos para realizar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico al alta hospitalaria. A la retirada de la sonda vesical tras la intervención presentaban incontinencia en diferente grado el 64%; al fi-

nalizar el estudio (fueron 24 meses de seguimiento con visitas de control al mes, 3, 6, 12-18 y 24 meses) presentaban IU un 18% del total de los pacientes incluidos en el estudio. Un 71% de los pacientes que en principio presentaban IU alcanzaron la continencia.

En diferentes estudios se aconseja que el tratamiento de la IU tras prostatectomía radical sea conservador durante los primeros 9-12 meses. Aconsejan electroestimulación, biofeedback..., aunque no existe evidencia de que sean superiores a los ejercicios del suelo pélvico, estando estos últimos además exentos de efectos secundarios y pudiéndose combinar con cualquier tratamiento farmacológico para la incontinencia si fuera necesario.

En diferente literatura se encuentra una recuperación más temprana de la continencia si los pacientes empiezan a realizar rehabilitación del suelo pélvico de forma precoz, tras la retirada de la sonda vesical.

De todo ello se puede extraer que el médico de atención primaria tiene un importante papel en el seguimiento del paciente intervenido, aconsejando la realización de rehabilitación de suelo pélvico.

La mayoría de pacientes con síntomas leves-moderados desean intentar primero tratamientos conservadores. Sin embargo, los pacientes con síntomas severos pueden tener que remitirse directamente al especialista. La EAU (25) aconseja una serie de recomendaciones en el tratamiento de la IU tras prostatectomía (**Tabla 6**).

### IU POR OBSTRUCCIÓN PROSTÁTICA

En el varón, sobre todo anciano, los problemas miccionales a menudo se asocian a patología prostática: el agrandamiento de la próstata debido a la HBP provoca un problema fundamentalmente mecánico, dificultando el vaciamiento vesical que se manifiesta clínicamente como chorro débil, vacilación, sensación de vaciamiento incompleto, etc.. Esta obstrucción infravesical acaba provocando con el tiempo una alteración del funcionamiento vesical, una vejiga inestable (1,4,10,35). A la larga esta obstrucción puede generar retención de orina con distensión vesical y acabar en IU por rebosamiento (35).

Podemos diferenciar dos causas de IU por rebosamiento (35):

1. **Mecánica.** Una obstrucción infravesical impide el paso de la orina, la vejiga se distiende y es incapaz de vaciarse. Cuando la vejiga ya no puede distenderse más se produce el rebosamiento. Los tumores prostáticos y la hipertrofia benigna de próstata son las principales enfermedades que originan este tipo de incontinencia.

Tabla 6

**Recomendaciones para el tratamiento conservador de la IU en el varón tras prostatectomía radical**

Recomendaciones	Grado de recomendación
<p><b>Modificaciones estilo de vida:</b> Consiste en ofrecer una serie de consejos para reducir o retrasar el inicio de los problemas de continencia.</p>	No recomendado
<p><b>Rehabilitación del suelo pélvico tras prostatectomía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas instrucciones para los varones, explicadas tanto preoperatoriamente o inmediatamente tras prostatectomía radical, pueden ser provechosas.</li> <li>• No hay evidencia sobre si la rehabilitación de suelo pélvico enseñada mientras se realiza el tacto rectal tiene más ventajas que la instrucción verbal o escrita.</li> <li>• El empleo de biofeedback para ayudar a la rehabilitación es una decisión terapéutica basada en la economía y las preferencias del paciente.</li> </ul>	B
<p><b>Estimulación eléctrica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En varones con IU post-prostatectomía, si se añade estimulación eléctrica a la rehabilitación, no ofrece ninguna ventaja.</li> </ul>	B

Tomado y adaptado por los autores de: Schröder A, Abrams P (Co-Chairman), Andersson K-E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Tubaro A, Thüroff JW (Chairman) Guidelines on Urinary Incontinence. European Association Urology (EAU) 2009. Cita bibliográfica 25.

2. **Miógena.** Por falta de la capacidad de contracción del músculo detrusor. Hace que la vejiga se vaya distendiendo hasta su límite y, posteriormente, se produce el goteo por rebosamiento. También puede ser causada por lesión neurológica.

Entre un 15 y un 30% de los individuos con 60 o más años presentan IU por rebosamiento, dificultad de vaciamiento de la vejiga o síntomas de irritación vesical.

Con la edad aparece una reducción de la capacidad vesical, con la aparición de volumen residual postmiccional, apareciendo alteraciones en la morfología vesical por distintos factores, que pueden encontrarse más o menos combinados, como son (7,35):

- La edad.
- La disminución de la vascularización de la vejiga.

- La obstrucción mantenida.
- Los malos hábitos miccionales.
- Los cambios en la innervación.

Enfermedades como la diabetes, Alzheimer, Parkinson, accidentes vasculares cerebrales, etc., que presentan una alta prevalencia en pacientes ancianos, pueden también alterar la función normal vesical (1,5,8,10).

Ante un paciente con HBP se deben considerar los diferentes factores que aumentan el riesgo de retención de orina y de progresión de la enfermedad (según diferentes estudios): edad superior a 70 años, PSA superior a 1,4 ng/ml, la presencia de síntomas moderados-severos, próstatas agrandadas de 40 gramos o más, y el flujo máximo inferior a 12 ml/s (36).

Así mismo hay múltiples fármacos que pueden provocar retención de orina, que en algunos pacientes podría derivar en incontinencia por rebosamiento (5,10):

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- Agonistas alfa
- Anticolinérgicos
- Antidepresivos tricíclicos
- Antihistamínicos
- Antipsicóticos
- Antiespasmódicos
- Antagonistas del calcio
- Agonistas beta
- Sedantes
- Narcóticos

## IU TRAS PATOLOGÍA MEDULAR

Las características de la disfunción vesicoesfinteriana en el lesionado medular pueden ser variables, desde una mínima disfunción, apenas perceptible, hasta una alteración completa, y dependerán en parte de la especial distribución anatómica de la vascularización medular. El lesionado medular, al igual que el paciente con mielomeningocele, suele tener al urólogo como el médico que con mayor frecuencia consulta a lo largo de su vida. La incidencia de lesionados medulares en España es de 0,8 por cada 100.000 habitantes para las lesiones traumáticas y de 0,5 en las no traumáticas. Dentro de las causas médicas, las lesiones de origen vascular ocupan el segundo lugar, seguidas de los tumores (37).



La conservación de la función renal es el punto más importante en el tratamiento de la incontinencia de origen neurológico, junto con el control urinario. El impacto social y la calidad de vida tienen que ser tenidos en cuenta. Para el diagnóstico de alteraciones del tracto urinario inferior en pacientes con patología neurológica no sería suficiente la anamnesis y exploración física. El estudio urodinámico es crucial para el diagnóstico y determinar el pronóstico. Si los tratamientos empíricos iniciales fallan, el manejo temprano por especialistas está indicado en todos los casos de incontinencia de origen neurológico (25).

## INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA (IUU)

Es el tipo de IU más frecuente en el varón, secundaria a distintas causas (**Tabla 7**). Se asocia a la presencia de vejiga hiperactiva (1,7). El médico de AP puede y debe tratar este tipo de IU, siempre descartando una causa grave, siguiendo la sistemática de diagnóstico antes expuesta.

**Tabla 7**

### Causas de IUU (1,7)

Idiopática o primaria	Causa más frecuente
Obstructiva	Procesos obstructivos infravesicales, prostáticos y estenosis de uretra: síndrome irritativo miccional prostático. Se ha encontrado vejiga hiperactiva en un 40-69% de pacientes con hiperplasia benigna de próstata.
Inflamatoria e irritativa	Prostatitis, infecciones urinarias, carcinoma vesical, litiasis vesical, cistopatías
Neurológica	Esclerosis múltiple, hemiplejía, Parkinson, lesiones medulares
Dietética	Café, té, picantes, tónicas, colas
Farmacológica	Diuréticos

## Tratamiento de la IU

**E**n la guía de la EAU 2009 (25) se aconseja valorar las diferentes opciones de tratamiento junto con el paciente (**Tabla 8**).

### MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA (1,5,8,10,23)

- Evitar sustancias excitantes: té, café, alcohol.
- Hábitos de higiene, horario, no demorar la micción.
- Dieta equilibrada: evitar picantes, salados.
- No ingerir mucho líquido por la noche.
- Prevenir la impactación fecal.

### EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO ± BIOFEEDBACK (38)

En pacientes con IU tras prostatectomía, algunos autores aconsejan los ejercicios de suelo pélvico como primera opción de tratamiento inicial (34).

**Tabla 8**

### Recomendaciones para el tratamiento inicial de la IU en el varón

Recomendaciones	Grado de recomendación
Modificaciones estilo de vida	No recomendado
Rehabilitación del suelo pélvico tras prostatectomía (Tabla 6)	B
Reentrenamiento de la vejiga, para la vejiga hiperactiva	C
Antimuscarínicos para los síntomas de vejiga hiperactiva con o sin IUU. Siempre que no haya evidencia de residuo postmiccional significativo	C
Alfa-bloqueantes pueden ser utilizados si la IU se asocia con síntomas obstructivos	C

Tomado y adaptado por los autores de: Schröder A, Abrams P (Co-Chairman), Andersson K-E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Tubaro A, Thüroff JW (Chairman) Guidelines on Urinary Incontinence. European Association Urology (EAU) 2009. Cita bibliográfica 25.

## ENTRENAMIENTO VESICAL (1)

Requiere buena motivación por parte del paciente y una función cognitiva intacta. Se trata de crear una separación entre el deseo miccional y el acto de la micción, para establecer un control cortical sobre la vejiga. El paciente debe ir a orinar tenga o no deseo miccional de forma programada; al principio se puede empezar con intervalos de 30-60 minutos para luego ir espaciando las visitas en función de los logros alcanzados (39).

## PRODUCTOS PARA LA INCONTINENCIA (TRATAMIENTO PALIATIVO)

En algunos pacientes podemos utilizar una serie de medidas inespecíficas encaminadas a mejorar y a facilitar el manejo de la incontinencia, que en muchas ocasiones serán utilizadas de por vida (10,40).

Estas medidas pueden utilizarse previo al flujo (sondas uretrales) o posterior al flujo (colectores externos, absorbentes, bolsas, empapadores, etc.). Las medidas paliativas más utilizadas son los absorbentes y los colectores externos, sobre todo en aquellos varones que no presentan obstrucción al tracto de salida.

En los últimos años los absorbentes han mejorado sus propiedades de absorción al utilizar celulosas de absorción rápidas junto a partículas de material superabsorbente y mejorando igualmente su comodidad por la introducción de materiales elastómericos adaptando mejor su ajuste. Es muy importante utilizar el modelo y tipo que mejor se adapta a las características y necesidades del paciente.

Hasta hace poco se disponía de tres tipos de absorbentes:

- Rectangular, poco adaptable al cuerpo y poco discreto; se colocan con malla slip.
- Anatómico, se adapta mejor al cuerpo y es más discreto; también se colocan con malla slip.
- Elástico, con buena adaptabilidad pero poco discreto. Se encuentra en diferentes tallas: grande, mediano, pequeño (en función del perímetro de cintura del paciente se elige una u otra). Se reserva para pacientes con poca movilidad o deterioro cognitivo.

Según el grado de absorción se diferencian también varios tipos:

- Día (600-900 cc)
- Noche (900-1200 cc)
- Supernoche (> 1200 cc)

En la actualidad se dispone de absorbentes específicos para el varón que están diseñados anatómicamente para adaptarse a la forma del cuerpo masculino. Existen diferentes niveles de absorción para satisfacer las distintas necesidades.

Los hay de dos tipos, unos con forma de copa, diseñada específicamente para la anatomía masculina, muy discreto. Presentan una tira adhesiva que fija el absorbente en su posición adecuada en la ropa interior, para poder continuar con la actividad diaria (muy recomendados para pacientes autónomos y activos), y otros, también específicos para el hombre, que consisten en ropa interior absorbente que se ajusta al cuerpo, también discretos, con mayor capacidad de absorción.

En la **Figura 3** vemos en primer lugar los dos tipos de absorbentes específicos para el varón y en último lugar el absorbente elástico clásico (imágenes tomadas de [www.tena.es](http://www.tena.es)).

La higiene y los cuidados del paciente deben extremarse por el riesgo de dermatitis e irritaciones de la piel (40).

Si la causa de la IU es por retención o por atonia vesical, tal vez la medida más correcta consiste en la utilización de catéteres vesicales, aunque debemos recordar que el catéter vesical permanente se asocia con un número importante de complicaciones (trauma, hematuria, litiasis, obstrucción y con la aparición de bacteriuria). Debemos reservarlos para los casos de:

- Retención de orina secundarios a un mecanismo obstructivo y cuya corrección quirúrgica no es posible.
- En pacientes muy incapacitados en los que otras alternativas terapéuticas no son factibles.
- En pacientes con úlceras por presión para facilitar su cicatrización.
- En pacientes terminales con incontinencia si ésta les provoca discomfort.



Figura 3.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (1,5,8,23,41)

**Antimuscarínicos** (en el caso de vejiga hiperactiva  $\pm$  IUU). Es importante considerar los efectos secundarios: sequedad de boca, visión borrosa, estreñi-

miento. Contraindicados en glaucoma de ángulo estrecho, uropatía obstructiva, megacolon tóxico, colitis ulcerosa y miastenia gravis. Son fármacos que debemos pautarlos con mucha precaución en pacientes con deterioro cognitivo, incluso los antimuscarínicos más uroselectivos (40).

- Cloruro de trospio, dosis de 20 mg/12 horas. Como efectos secundarios: alteraciones gastrointestinales.
- Oxibutinina, dosis de 2,5-5 mg/8 horas. Puede provocar deterioro cognitivo en mayores de 65 años y presenta elevada incidencia de sequedad de boca (60-85%).
- Tolterodina, dosis de 1-2 mg /12 horas, presentación retard 4 mg/24 horas. Menor incidencia de sequedad de boca (35-23%).
- Solifenacina, dosis de 5-10 mg/24 horas. Baja incidencia de sequedad de boca (11%).
- Fesoterodina, fármaco de reciente comercialización en España, se trata de un profármaco que se transforma en 5-hidrximetil tolterodina por medio de las esterasas plasmáticas evitando su metabolización hepática (43). Se pauta a dosis de 4-8 mg/24 horas. El perfil de efectos secundarios es similar a tolterodina, aunque con mayor sequedad de boca y dolor de cabeza (44).

**Alfa-bloqueantes** (35) (en el caso de incontinencia urinaria por obstrucción prostática). Los alfa-bloqueantes actúan sobre el componente dinámico de la obstrucción, mejoran el vaciado vesical y la sintomatología al relajar la musculatura lisa del cuello vesical y de la próstata (rica en receptores alfa) y reducir la resistencia uretral. Los fármacos alfa-bloqueantes recomendados son:

- Doxazosina a dosis de 4-8 mg/día.
- Terazosina a dosis de 5-10 mg/día.
- Alfuzosina retard a dosis de 10 mg/día.
- Tamsulosina a dosis de 0,4 mg/día; es el fármaco alfa-bloqueante más uroselectivo. Puede presentar como efecto secundario eyaculación retrograda. Doxazosina y terazosina pueden presentar como efectos secundarios hipotensión y síncope.

## Conclusiones

La IU es una patología que no es infrecuente en el varón. Su prevalencia aumenta con la edad, aunque no podemos considerarla como un hecho normal o fisiológico. Las causas que pueden ser responsables de que aparezca la IU en el varón son diversas: patologías de la glándula prostática, tanto quirúrgicas asociadas a tratamiento del cáncer de próstata como secundarias a procesos obstructivos asociados a HBP; en varones más jóvenes puede aparecer como consecuencia de patología medular secundaria a traumatismos o procesos tumorales; en ancianos con enfermedad de Parkinson, Alzheimer, etc. se asocia a vejiga hiperactiva neurológica por abolición de los núcleos reguladores de encefalo y la protuberancia.

Desde la AP es importante evaluar a los pacientes varones con IU a partir de una anamnesis completa, con exploración física con tacto rectal y estudio neurológico. Valoraremos la movilidad y capacidad cognitiva. Descartaremos patologías reversibles como causantes de la IU así como la repercusión que ésta tiene en su calidad de vida. Utilizaremos cuestionarios dirigidos a conocer el tipo de IU para que podamos pautar el tratamiento más adecuado. Si el paciente, a los tres meses, no responde satisfactoriamente a las medidas que pautemos o si presenta IU grave o patología urológica que requiera una evaluación especializada, no debemos dudar en su derivación lo antes posible.

## Puntos clave

- La incontinencia urinaria (IU) es una de las patologías médicas más comunes en los pacientes que acuden habitualmente a la atención primaria.
- Erróneamente se piensa que la IU es un problema que sólo afecta a las mujeres.
- En los varones la IU se ve muy influenciada por la asociación de patologías de la glándula prostática y de sus tratamientos.
- La IU es la segunda causa de ingreso en residencias y es una patología que genera un aumento en el número de visitas médicas.
- En España 1,7 millones de varones presentan IU.
- La IU representa un problema médico, afectivo, social y económico.
- La IU puede producirse tanto por un defecto en la fase de llenado vesical como por alteración en la fase de vaciado.
- La fase de llenado está regulada por el SN Simpático y la fase de vaciado por el SN Parasimpático.
- La causa más frecuente de IUE masculina es la lesión del sistema esfinteriano proximal, habitualmente tras cirugía que secciona o amplía el cuello vesical o tras cirugía prostática.
- Además de la vejiga, la uretra y el esfínter uretral, los músculos del suelo pélvico también participan en los mecanismos de continencia.
- Es importante la musculatura pélvica en varones sometidos a cirugía radical de próstata.
- Las herramientas básicas del médico de familia para el diagnóstico de la IU siguen siendo la anamnesis y la exploración física. Si le añadimos la utilización de cuestionarios específicos y el diario miccional el Valor Predictivo Positivo (VPP) es cercano al 95%.
- El ICIQ-SF es el primer cuestionario corto de diagnóstico de IU validado en España.
- La IU es uno de los problemas más frecuentes en un varón tras una intervención quirúrgica por cáncer de próstata. Es la principal condicionante en la

### Puntos Clave

calidad de vida de los pacientes que son sometidos a prostatectomía radical.

- Entre un 15 y un 30% de los individuos con 60 o más años presentan IU por rebosamiento, dificultad de vaciamiento de la vejiga o síntomas de irritación vesical.
- En pacientes con patología neurológica no es suficiente la anamnesis y exploración física. El estudio urodinámico es crucial para el diagnóstico y determinar el pronóstico.
- La IUU es el tipo de IU más frecuente en los varones.
- Los ejercicios de suelo pélvico se aconsejan como primera opción de tratamiento inicial en pacientes con IU tras prostatectomía.
- El catéter vesical permanente se asocia con un número importante de complicaciones (trauma, hematuria, litiasis, obstrucción y aparición de bacteriuria).
- Los anticolinérgicos (antimuscarínicos) son fármacos indicados como tratamiento de pacientes con IUU. Debemos pautarlos con mucha precaución en pacientes ancianos y/o con deterioro cognitivo.



## Bibliografía

- (1) Brenes FJ. Vejiga Hiperactiva. Abordaje en Atención Primaria. Pautas Diagnósticas y Terapéuticas. Cuadernos Multidisciplinares de Vejiga Hiperactiva. Saned (Madrid) 2007: 39-55.
- (2) Resnick NM. Improving treatment of urinary incontinente. JAMA 1998;280:2034-2035.
- (3) Thorn D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. J Am Geriatr Soc 1998;46:473-480.
- (4) Verdejo C. Aging of the urogenital system. Rev Clin Gerontol 2000;10:315-324.
- (5) Abizanda M, Brenes FJ, Carbonell C, Vila MA. Manual de diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en atención primaria. Madrid Jarpyo Ed 2002.
- (6) Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The Standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation sub-committee of the International Continence Society. Neurology and Urodynamics 2002;21:167-178.
- (7) Conejero J. Fisiopatología y clasificación de la incontinencia urinaria. En Jiménez Cruz F. Incontinencia urinaria. Med Clin Monogr 2003;4(3): 4-8.
- (8) Verdú F. Incontinencia Urinaria en el varón. Monografías acreditadas sobre incontinencia urinaria en atención primaria. EUROMEDICE. 2003.
- (9) Sánchez R, Rupérez O, Delgado MA, Mateo R, Hernando MA. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. Aten Primaria 1999; 24:421-4.
- (10) Rexach L, Verdejo C. Incontinencia urinaria. Inf Ter Sist Nac Salud 1999;23:149-159.
- (11) Mohide EA. The prevalence and scope of urinary incontinence. Clin Geriatr Med 1986;2:639-655.
- (12) Schulman C, Claes H, Mathijis J. Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological study. Eur Urol 1997;32:315-320.
- (13) Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá J L, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. Actas Urológicas Españolas 2009;33(2):159-166.
- (14) Damián J, Martín-Moreno J, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo Márquez L, Martínez Agulló E. Prevalence of urinary incontinente among Spanish older people living at home. Euro Urol 1998;34:333-338.
- (15) Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. Atención Primaria 2003;32(6):337-342.
- (16) Damián J, Brenes F, Pastor-Barriuso R, Salinas J. Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI). 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.
- (17) Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. Int J Gynecol Obstet 2003;82:327-38.
- (18) Abrams P, Kelleher CJ, Kerr LA, Rogers RG. Overactive bladder significantly affects quality of life. Am J Manag Care 2000;6:580-590.
- (19) Darkow T, Fontes CL, Williamson TE. Costs associated with the management of overactive bladder and related comorbidities. Pharmacotherapy 2005;25:511-519.
- (20) Philic B, Miner JR. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. Gastroenterology 2004;126:S8-S13.
- (21) Sineiro E. Estado actual de la incontinencia urinaria como problema de salud. Incontinencia en el anciano. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2001;7-12.

- (22) Modroño MJ, Sánchez MJJ, Ganoso P, Valero M, Blanco M, Cuña FO. Estudio de la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria* 2004;34(3):134-139.
- (23) Salinas J, Virseda M. Incontinencia Urinaria en el varón. Aula Médica Ediciones 2001.
- (24) Postius Robert J. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria masculina. *Clínicas Urológicas de la Complutense* 2000;8:639-660.
- (25) Schröder A, Abrams P (Co-Chairman), Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Tubaro A, Thüroff JW (Chairman). Guidelines on Urinary Incontinence. European Association Urology (EAU) 2009.
- (26) Espuña Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia. *Med Clin* 2004;122:288-92.
- (27) Badía Llach X, Castro Díaz D, Perales Cabañas L, Pena Outeriño JM, Martínez-Agullo E, Conejero Sugranes J, et al. Elaboración y validación preliminar del cuestionario para la clasificación clínica de la incontinencia urinaria IU-4. *Actas Urol Esp* 1999;23(7):565-72.
- (28) Espuña M, Clota M, Rebollo P. Validación en España del Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga Hiperactiva en el primer nivel asistencial. *Actas Urol Esp* 2006;30:1017-1024.
- (29) Glazener CMA, Lapitan MC. Investigaciones urodinámicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- (30) Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp* 2006;30(2):110-122.
- (31) Majaros A, Bach D, Keszthelyi A, Hamvas A, Mayer P, Riesz P, Seidl E, Romics I. Analysis of risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy. *Urol Int* 2007;78:202-207.
- (32) Neulander EZ, Soloway MS. Failure after radical prostatectomy. *Urology* 2003; 61(1):30-36.
- (33) Litwin MS. Measuring health related quality of life in men with prostate cancer. *J Urol* 1994;152(5 Pt 2):1882-1887.
- (34) 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):991-997.
- (35) 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.
- (36) Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Rioja Sanz C, Emberton M, De La Rosette JMCH. EAU 2004 Guidelines on Assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of Benign Prostatic Obstruction. *Eur Urol* 2004;46(5):547-554.
- (37) Luján S, García G, Ramirez M, Arlandis S, Martínez Agulló E, Jiménez Cruz JF. Manifestaciones urológicas de los accidentes vasculo-medulares. *Actas Urol Esp* 2008;32(9):926-930.
- (38) Moore KH. Conservative management for urinary incontinence. *Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:251-289.
- (39) Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- (40) Cepeda R, Grau C, Díaz P. Tratamiento paliativo de la incontinencia urinaria. *Med Clin Monogr (Barc)* 2003;4(3):53-56.

(41) Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Moore K. Fármacos anticolinérgicos versus placebo para el síndrome de vejiga hiperactiva en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(42) Fesoterodine. New Drug Evaluation. NHS; September 2008.

(43) Fesoterodina (un anticolinérgico más para la vejiga hiperactiva). Servicio Navarro de Salud. Ficha de evaluación terapéutica; Febrero 2009.