



Guía de Asistencia Práctica*

Diagnóstico de la incontinencia urinaria

Diagnosis of urinary incontinence

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La incontinencia de orina es la pérdida involuntaria de orina.

Preguntar si la mujer tiene pérdidas involuntarias de orina y problemas miccionales que afectan a su calidad de vida debe formar parte de la práctica diaria del ginecólogo. En caso afirmativo, debe ponerse en marcha todo el proceso diagnóstico de la incontinencia urinaria (IU). En la tabla I mostramos los tipos de IU más frecuentes en la consulta ginecológica.

El diagnóstico de la IU está basado en una serie de procedimientos: la anamnesis, la exploración física, la exploración urodinámica y las técnicas de imagen del tracto urinario inferior. Algunos de estos procedimientos componen la evaluación básica, que debe practicarse a toda mujer con síntomas de IU, mientras que otros, más específicos, se reservan para los casos complejos.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

Mujeres que acuden a cualquier consulta de ginecología y obstetricia con síntomas de incontinencia urinaria.

Tabla I.

Tipos de IU más frecuentes en la consulta de ginecología

En la consulta ginecológica los tipos de IU más frecuentes son:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo, actividad física, tos o estornudo.
- Incontinencia de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar.
- Incontinencia urinaria mixta: pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia y al esfuerzo.

ACTIVIDAD A REALIZAR

El objetivo es definir de forma sistemática el proceso diagnóstico que se llevará a cabo en la evaluación de la IU. Se incluye tanto la evaluación básica que debería realizarse a todas las pacientes como la especializada que irá dirigida a un subgrupo de pacientes en función de los hallazgos de la evaluación básica.

*Las Guías de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estas guías no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

Evaluación básica

Pretende identificar además de los factores de riesgo, el síntoma (mediante preguntas directas o a través de cuestionarios), el signo (mediante la exploración física y volumen residual) y la gravedad de la IU (con cuestionarios específicos o test de la compresa). El diario miccional será un instrumento importante para el diagnóstico y seguimiento de la IU. También es necesario descartar patología orgánica o infección urinaria como causante de IU.

Identificación factores de riesgo

Se realizará una anamnesis general como primer procedimiento de evaluación de la IU, para revisar los antecedentes familiares, personales, obstétricos y ginecológicos, y una anamnesis dirigida a la evaluación de la IU.

Mediante esta anamnesis podemos obtener una importante información:

Identificar los factores de riesgo para la IU, algunos de ellos modificables, como la ingesta excesiva de bebidas y estimulantes (café, té, etc.); o de ciertos tratamientos farmacológicos (documento adjunto n.º 1), con una importante repercusión como los diuréticos. A pesar de la existencia de estudios longitudinales de calidad, la literatura sobre los factores de riesgo para la incontinencia es muy heterogénea. Entre las mujeres jóvenes y de mediana edad solamente la edad, el IMC, la paridad y el modo de parto están inequívocamente asociados con la incontinencia. La asociación de estos factores de riesgo con IU de esfuerzo es mayor que con la IU de urgencia.

Preguntas clave

Van dirigidas a valorar los síntomas indicativos de cada tipo de IU.

En la tabla II mostramos las preguntas clave para el diagnóstico de presunción de la IU.

El conocimiento de la cantidad, del tipo de absorbentes y del número de episodios de IU va a permitir etiquetar la gravedad de la IU.

En el documento adjunto n.º 2 mostramos el test validado en español de gravedad de la IU de Sandvik.

Es importante identificar los síntomas asociados a la IU que corresponden al resto de las disfunciones del suelo pélvico, como son el prolapso, la incontinencia fecal, el dolor pélvico y la disfunción sexual.

La presencia de urgencia miccional con o sin incontinencia de urgencia y a menudo asociada a un aumento

de frecuencia diurna y/o nocturna forma el complejo sintomático denominado vejiga hiperactiva.

Cuestionarios

Existen cuestionarios estandarizados de síntomas que además de ayudarnos a identificar el tipo de IU nos permiten valorar la repercusión sobre la calidad de vida. Entre ellos destacan cuestionarios validados como el King's Health Questionnaire (documento adjunto n.º 3) y el Cuestionario Corto de Calidad de la Internacional Consultation on Incontinence (ICIQ-IU-SF) (documento adjunto n.º 4).

Exploración física

Comprende una exploración general, neurológica y ginecológica, seguida de una exploración dirigida a la IU.

- General. Valora el estado de salud de la mujer y los aspectos antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal).
- Neurológica. Nos informa de la función sensorial y motora, con una atención especial a los nervios de las raíces sacras. Para ello valoramos el reflejo anal y bulbocavernoso, la sensibilidad perineal.

Tabla II.

Preguntas clave para el diagnóstico de la IU

<p>Síntomas de IU de esfuerzo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar, levantar peso?
<p>Síntomas de IU de urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?
<p>Síntomas asociados con la incontinencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar? (urgencia). • ¿Cuántas veces orina durante el día? (polaquiuria). • ¿Cuánto tiempo, como máximo, aguanta sin orinar? (frecuencia miccional). • ¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante el sueño? (nicturia).
<p>Síntomas sugestivos de disfunción de vaciado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente? (vaciado incompleto).
<p>Síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se le escapan gotas o se moja mucho? • ¿Utiliza algún sistema de protección para la IU? ¿Cuál? • ¿Cuántas veces se cambia diariamente?

- Capacidad contráctil de la musculatura del suelo pélvico. Para su valoración contráctil utilizamos la escala Oxford (documento adjunto n.º 5).
- Ginecológica. Valora el trofismo de los tejidos, el tipo y grado de prolapso. Se deben descartar cicatrices, malformaciones y la presencia de masas pélvicas.
- Dirigida a la IU. Tiene como objetivo evidenciar la IU con el esfuerzo y la movilidad de la uretra.
- Prueba de esfuerzo. Con la vejiga llena, se solicita a la mujer que tosa en decúbito y de pie. Si evidenciamos la pérdida de orina por la uretra, nos orienta hacia una IU de esfuerzo. En pacientes con prolapso genital se debe realizar la prueba de esfuerzo previa reducción del mismo, con vistas a objetivar la IU de esfuerzo enmascarada por el prolapso.
- Movilidad de la uretra. Mediante inspección o con técnicas de imagen.
- Orina residual. Medir la orina residual permite descartar una disfunción de vaciado y ayuda a decidir la actitud terapéutica, por tanto se aconseja valorarlo en las pacientes con IU.

La ecografía es un método no invasivo, recomendado por su precisión y su economía (Nivel de evidencia 2, Grado de Recomendación B). Se puede cuantificar el volumen de la orina residual por ecografía aplicando sencillas fórmulas como se indicará en el apartado "Técnicas de imagen".

No existe un punto de corte aceptado del valor normal de la orina residual, aunque se considera aceptable por debajo de 100 ml.

Análisis de orina

Su objetivo es descartar la infección de orina y la hematuria, en cuyo caso debemos completar el estudio.

Diario miccional

El diario miccional es otra herramienta de la historia clínica de la que nos podemos servir para el diagnóstico y seguimiento de la IU. Su objetivo radica en:

- Identificar la frecuencia miccional y los episodios de IU, tanto de urgencia como de esfuerzo.
- Valorar la ingesta de líquido.
- Conocer el número y tipo de absorbentes que precisa para protegerse de la IU.

(Ver modelo en el documento adjunto n.º 6)

Test de la compresa

Es una prueba que cuantifica la pérdida de orina. Existen test cortos, de una hora de duración, homologados por la ICS, y de 24 y 48 horas, que son más reproducibles.

(En el documento adjunto n.º 7: test de la compresa de 24 horas, se describen las instrucciones para la paciente y una posible hoja de recogida de datos para esta prueba).

Evaluación especializada

Deberán ser remitidas a la evaluación especializada aquellas pacientes cuyo problema no pueda resolverse en un nivel asistencial básico.

Estudio urodinámico

La exploración urodinámica consta de la flujometría, la cistomanometría y el perfil de la presión uretral.

FLUJOMETRÍA

Valora la relación volumen/tiempo de la micción espontánea. Detecta disfunciones de vaciado y tiene poco valor para el diagnóstico de la IU.

CISTOMANOMETRÍA

Valora la relación del volumen y la presión durante la fase de llenado y de vaciado. Existen dos tipos de cistomanometría:

- De llenado: valora la sensibilidad, la capacidad, la acomodación de la vejiga (relación de volumen y la presión) y la actividad del detrusor (presencia o ausencia de contracciones involuntarias) durante la fase del llenado. Esta prueba nos aporta una serie de diagnósticos e informaciones:
 - IU por hiperactividad del detrusor: es la objetivación de la IU secundaria a contracciones involuntarias del detrusor.
 - IU de esfuerzo urodinámica: es la objetivación de la IU coincidiendo con un aumento de la presión abdominal, en el transcurso de una cistomanometría normal.
 - -U mixta: es la objetivación de la IU coincidiendo con un aumento de la presión abdominal, en el transcurso de una cistomanometría en que se evidencian contracciones involuntarias.

Además de todo ello, con la cistomanometría de llenado conoceremos:

- Si la capacidad vesical está disminuida, aumentada, o es normal.
- Si la sensibilidad está disminuida, aumentada, es normal, o aparece dolor.

Durante la cistomanometría de llenado podemos realizar la medida de la presión de pérdida con valsalva (PPV)

–*leak point pressure*–, que es el mínimo valor del incremento de la presión abdominal o vesical que condiciona una pérdida de orina.

- De vaciado (medida de presión-flujo durante la micción): estudia el comportamiento del detrusor durante la fase de vaciado. Permite diferenciar la disfunción de vaciado, por una obstrucción, de la disfunción de vaciado por una falta de actividad del detrusor. Cuando se realiza la cistomanometría de vaciado junto a la electromiografía se pueden diagnosticar las disfunciones vesico-esfinterianas (falta de relajación del esfínter uretral y los músculos del suelo pélvico durante la micción).

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN URETRAL

Su principal interés es para identificar la IU de esfuerzo por disfunción uretral intrínseca (DUI). Se puede evaluar mediante:

- Perfil de presión uretral (PPU): es la curva que indica la presión intraluminal a lo largo de la longitud de la uretra.
- Presión de pérdida con valsalva (PPV): es la presión intravesical a la que se produce escape por incremento de la presión abdominal en ausencia de contracción del detrusor.

Se utilizan como valores de referencia para el diagnóstico urodinámico de disfunción uretral intrínseca (DUI), cuando la PPV < 60 cm H₂O y la máxima presión uretral de cierre < 20 cm H₂O, si bien no hay acuerdo sobre la validez de estos datos.

Uretrocistoscopia

Es la visualización de la cavidad vesical y del conducto uretral por vía endoscópica. Permite descartar la patología orgánica. Está indicada en pacientes con hematuria y clínica de urgencia-frecuencia sin respuesta al tratamiento.

Técnicas de imagen

Las técnicas radiológicas han sido ampliamente superadas por otras menos invasivas como la resonancia magnética y la ecografía. La resonancia ofrece muy buenas imágenes anatómicas pero es difícil realizarla de modo funcional y además es una técnica muy cara. La ecografía en cambio, aparte de ser más barata puede ser realizada de forma funcional con mucha facilidad y en tiempo real.

Técnicamente han sido descritas muchas vías de abordaje para la ecografía. La vía transperineal es la más utilizada en el estudio de la patología del suelo pélvico.

Existen distintas aplicaciones de la ecografía en el estudio de la incontinencia.

El control de orina residual es una de las más importantes. De forma no invasiva es posible calcular el volumen residual sin cateterización. Para valorar la cantidad de orina (en ml) residual se han descrito muchas fórmulas ecográficas. Se trata de medir en el plano sagital el mayor diámetro (en cm) longitudinal y anteroposterior de la vejiga. Algunas fórmulas asocian también el mayor diámetro (en cm) transversal.

Algunas de las más utilizadas son:

- Haylen: $AxBx5,9-14,6$
- Dietz: $AxBx5,6$
- Dicuio: $AxBxCx0,5$

Estas medidas son válidas incluso en pacientes con prolapso avanzado.

Otra aplicación es la valoración de la movilidad uretral a partir del cálculo de distancias o ángulos.

También merece una consideración la valoración de la apertura del cuello vesical, conocida como embudización, cuyo significado sugiere una insuficiencia esfinteriana o una contracción involuntaria del detrusor.

La medida de la pared del detrusor, por su parte, se considera un parámetro relacionado con la vejiga hiperactiva, aunque está en discusión.

En la cirugía con mallas libres de tensión, la ecografía también permite controlar con precisión el emplazamiento y el trayecto que siguen las mallas, con la posibilidad de valorar en tiempo real lo que ocurre al realizar el esfuerzo. Permite objetivar la efectividad o el fracaso de la cirugía y ayudar a decidir la actitud a tomar en caso de complicaciones o recidivas.

En la rehabilitación del suelo pélvico, la ecografía también permite valorar la efectividad del tratamiento e incluso ser utilizada como técnica de *biofeedback* (Nivel de evidencia 2, Grado de recomendación B).

RESUMEN, RECOMENDACIONES Y ÁRBOLES DE DECISIONES

Evaluación básica de la mujer con síntomas de incontinencia urinaria

Toda paciente con síntomas de IU que afecten a su calidad de vida debe someterse a la exploración básica que consiste en:

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Análisis de Orina.
- Diario miccional.

En los casos carentes de complejidad, mediante la exploración básica, se puede establecer el diagnóstico clínico de la IU e indicar tratamientos no quirúrgicos y eliminar los factores de riesgo.

Indicaciones generales del estudio urodinámico

- Se recomienda el estudio urodinámico en pacientes:
- Diagnosticadas mediante la exploración básica, en las que ha fracasado el tratamiento.
 - Con indicación de tratamiento quirúrgico de la IU esfuerzo.
 - Con sintomatología compleja (síntomas de diferentes tipos de IU).
 - Con fracasos y complicaciones de cirugía previa.

- Cistomanometría de vaciado para el diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de disfunciones de vaciado.
- Uretrocistoscopia en los casos de hematuria, leucocituria con urocultivo negativo y sobre todo si se asocian a clínica de urgencia-frecuencia y dolor.
- La ecografía es un instrumento útil en el control de orina residual, en la valoración de la movilidad uretral y en el control en la cirugía con mallas libres de tensión.

Indicaciones de la exploración especializada

- Cistomanometría de llenado para el diagnóstico diferencial entre la IU de esfuerzo, la IU de urgencia y la IU mixta.

DOCUMENTOS ADJUNTOS

Documento n.º 1. Fármacos y sustancias que provocan o agravan la IU

Fármacos y sustancias que pueden provocar IU	
Sustancia	Mecanismo y síntoma de IU
Antidepresivos	Disminuye la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento.
Diuréticos	Contracciones por aumento de diuresis: IU de urgencia, vejiga hiperactiva.
Sedantes e hipnóticos	Depresión central: IU de urgencia, vejiga hiperactiva.
Antipsicóticos	Disminuye la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento.
Abuso de Alcohol	Depresión central y efecto diurético: IU de urgencia, vejiga hiperactiva.
Cafeína	Contracciones: IU de urgencia, vejiga hiperactiva.

Documento n.º 2. Test de severidad de Sandvik

Test de gravedad de la IU de Sandvik

¿Con que frecuencia pierde orina?

- Menos de una vez al mes.** 1
- Una o varias veces al mes.** 2
- Una o varias veces a la semana.** 3
- Todos los días y/o noches** 4

¿Qué cantidad de orina pierde?

- Unas gotas (muy poca cantidad).** 1
- Chorro pequeño (una cantidad moderada).** 2
- Mucha cantidad** 3

El índice de gravedad se calcula multiplicándolas dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma:

- 1-2: IU leve**
- 3-6: IU moderada**
- 8-9: IU grave**
- 12: IU muy grave**

Para el cálculo en análisis estadístico, para control de los resultados, se recomienda añadir el valor cero cuando se han vuelto continentes.

Documento n.º 3. King's Health Questionnaire

1. ¿Cómo definiría su estado de salud?	<input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo
--	--

2. ¿Hasta qué punto sus problemas urinarios afectan su vida?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
--	--

3. Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija SOLO AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad. DEJE DE CONTESTAR los que no corresponden a su caso.

	Un poco	Moderadamente	Mucho
FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOCTURIA: Levantarse por la noche para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URGENCIA: Un fuerte deseo de orinar difícil de controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA POR URGENCIA: Escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENURESIS: Mojar la cama durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: Escape de orina durante el acto sexual (coito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCIONES FRECUENTES en las vías urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN LA VEJIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD AL ORINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- A continuación aparecen algunas actividades que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios? Nos gustaría que contestara a todas las preguntas. Simplemente marque con una cruz el círculo que corresponde en cada caso.

	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DIARIAS				
Tareas diarias (limpiar, compra...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES				
Paseos, deporte, gimnasia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de viajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACIONES PERSONALES				
Relaciones con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMOCIONES				
¿Le hace sentirse deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse angustiada o nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse mal consigo misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUEÑO Y ENERGÍA				
¿Afecta su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse agotada o cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Documento n.º 5. Escala de Oxford para la valoración de la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico (Laycok, 2002)

Escala Oxford

- 0/5** Ausencia de Contracción.
- 1/5** Contracción muy débil.
- 2/5** Contracción débil.
- 3/5** Contracción moderada, con tensión y mantenida.
- 4/5** Contracción Buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia.
- 5/5** Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia.

Documento n.º 6. Diario miccional

hora	micción	urgencia	IU esfuerzo	IU urgencia	bebida	compresa
07-08h						
08-09h						
09-10h						
10-11h						
11-12h						
12-13h						
13-14h						
14-15h						
15-16h						
16-17h						
17-18h						
18-19h						
19-20h						
20-21h						
21-22h						
22-23h						
23-24h						
00-01h						
01-02h						
02-03h						
03-04h						
04-05h						
05-06h						
06-07h						

Documento n.º 7. Test compresa de 24 horas

Instrucciones para el Test de la Compresa de 24 horas

1. Preguntar el número de absorbentes que utiliza habitualmente.
2. Entregar a la paciente un número de compresas siempre superior al número que usa cada día.
3. Cada compresa debe ir envasada en una bolsa individual rotulada con los datos de la paciente y el peso de la compresa en seco.
4. El pesado se hace con una balanza electrónica homologada.
5. Se entregan las compresas envasadas y etiquetadas y se dan las instrucciones por escrito.
6. Se solicita a la paciente que realice el test el día anterior a su entrega. El pesado final se ha de realizar en las primeras 72 horas tras la recogida.
7. Se anota en la hoja de la recogida de datos el peso antes y después de cada compresa, y la diferencia de peso.
8. Se considera que el test es positivo si el peso diferencial total es igual o superior a 8 gramos.

Instrucciones para el Test de la Compresa de 24 horas

Nombre:

nº HC:

Fecha:

INDICACIÓN:

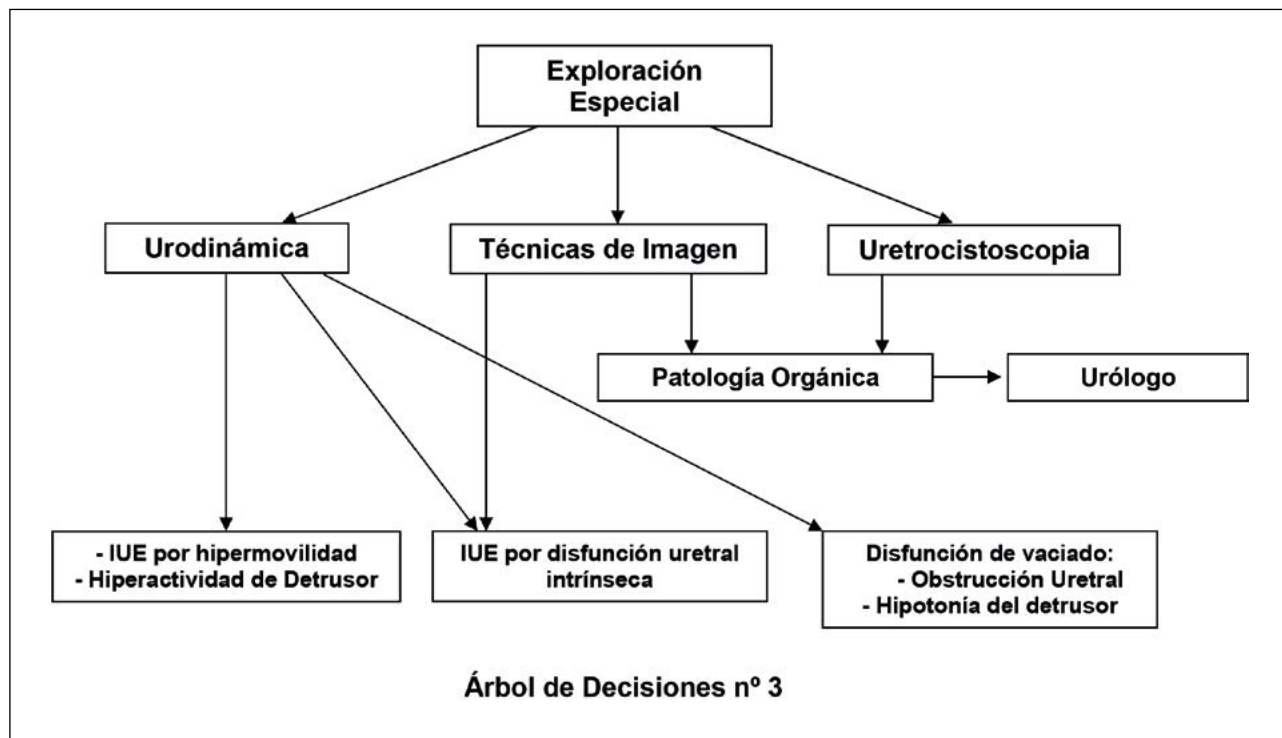
- Evaluación pretratamiento
- Evaluación posttratamiento
- Discordancia clínica-urodinámica
- Otra indicación

Nº de compresa	Peso antes (g)	Peso después (g)	Diferencia de peso
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
TOTAL:			

Valoración final:

- Positivo
- Negativo
- No valorable

Documento n.º 10. Evaluación especializada



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Abrams P, Cardoso L, Fall M, et al. The standardization of the terminology of lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Grupo de Estudio del Suelo Pelviano en la Mujer. Actualización del Documento de Consenso sobre Incontinencia Urinaria en la Mujer. Barcelona: Pressline; 2002.
- Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. The ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23(4):322-30.
- Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin* 2000;114:647-52.
- Berndler CB. Evaluation of the urologic patient. En: Campbell-Walsh. *Urology*. Philadelphia: Saunders 1998; p.131.
- Bruskewitz RC, Iversen P, Madsen PO. Value of postvoid residual urine determination in the evaluation of prostatism. *Urology* 1982;20:602-4.
- Cassadó J, Espuña Pons M, Díaz Cuervo H, Rebollo P, GISPEM group. How can we measure bladder volumes in women with advanced pelvic organ prolapse? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015;46:233-8.
- Cassadó J, Pessarrodona A, Tulleuda R, Cabero L, Valls M, Quintana S, Rodríguez-Carballeira M. Introital ultrasonography: A comparison of women with stress incontinence due to urethral hypermobility and continent women. *BJU Int* 2006;98:822-8.
- Crystle CD, Charles LS, Copeland WE. Q tip test in SUI. *Obstet Gynecol* 1988;38:313-5.
- Dicuio M, Pomara G, Menchini Fabris F, Ales V, Dahlstrand C, Morelli G. Measurements of urinary bladder volume: Comparison of five ultrasound calculation methods in volunteers. *Arch Ital Urol Androl* 2005;77:58-9.
- Dietz HP. Ultrasound imaging of the pelvic floor. Part I: Two-dimensional aspects. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:80-92.
- Dietz HP, Velez D, Shek KL, Martin A. Determination of postvoid residual by translabial ultrasound. *Int Urogyn J* 2012;23:1749-52.
- Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un Cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin* 2004;122:288-92.
- Horbach NS, Ostergard DR. Predicting intrinsic urethral sphincter in women with stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1994;84:188-92.
- Huang WC, Yang JM. Bladder neck funneling on ultrasound cystourethrography in primary stress urinary incontinence: A sign associated with urethral hypermobility and intrinsic sphincter deficiency. *Urology* 2003;61:936-41.
- Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:174-9.
- Kocieceski J, Rautenberg O, Perucchini D, Eberhard J, Geissbuhler V, Hilgers R, Viereck V. Tape functionality: Sonographic tape characteristics and outcome after TVT incontinence surgery. *Neurourol Urodyn* 2008;27:485-90.
- Laycock J. Clinical evaluation of the pelvic floor. En: Baessler K, Schüssler B, Burgio KL, Moore K, Stanton SL (eds.). *Pelvic floor reeducation. Principles and practice*. Springer; 1994. p. 42-48.
- Laycock J. Patient assessment. En: Therapeutic management of incontinence and pelvic pain. Laycock J, Haslam J (eds.). Springer-Verlag London Limited; 2002. p. 45-54.
- Lose G, Jorgensen L, Thunedborg P. 24 hour home pad weighing test versus 1-hour ward test in the assessment of mild stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68:211-5.
- Lose G, Versi E. Pad-weighing tests in the diagnosis and quantification of incontinence. *Int Urogynecol J* 1992;3:324-8.
- McGuire E, Fitzpatrick C, Wan J, et al. Clinical assessment of urethral sphincter function. *J Urol* 1993;150:1452-4.

23. Oelke M. International Consultation on Incontinence-Research Society (ICI-RS) report on non-invasive urodynamics: The need of standardization of ultrasound bladder and detrusor wall thickness measurements to quantify bladder wall hypertrophy. *Neurourol Urodyn* 2010;29:634-9.
24. Rasmussen A, et al. Twenty-four hour pad weighing test: Reproducibility and dependency of activity level and fluid intake. *Neurourol Urodyn* 1994;13:261-5.
25. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:497-9.
26. Sandvik H, Espuña Pons M, Hunskaar S. Validation of the incontinence severity index: Comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J* 2006;17:520-4.
27. Sendag F, Vidinli H, Kazandi M, Itil IM, Askar N, Vidinli B, Pourbagher A. Role of perinealsonography in the evaluation of patients with stress urinary incontinence. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2003;43:54-7.
28. Siltberg H, Larson G, Victor A. Frequency/volume chart: The basic tool for investigating urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1997;166:24-7.
29. Milson I, et al. Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editores. *Incontinence*. 6.ª edición. Tokio: International Continence Society; 2017. p. 1-142.
30. Tubaro A, Artibani W, Bartram C, DeLancey J, Khullar V, Vierhout M, De Gennaro M, Kluivers K. Imaging and other investigations. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editores. *Incontinence*. 4.ª edición. París: International Continence Society; 2009. p. 541-630.
31. Agency for Health Care Policy and Research. *Urinary Incontinence in Adults. Clinical Practice Guidelines Update* [internet] Rockville MD. March 1996. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uoovervw.htm>
32. Haylen BT. Verification of the accuracy and range of transvaginal ultrasound in measuring bladder volumes in women. *Br J Urol* 1989;64:350-2.
33. Yang JM, Yang SH, Huang WC. Correlation of morphological alterations and functional impairment of the tension-free vaginal tape obturator procedure. *J Urol* 2009;181:211-8.