

Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

Protocol de diagnòstic i tractament de la incontinència urinària en la dona

Coordinació entre diferents
nivells assistencials



Alguns drets reservats:

© 2020, Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No Comercial Sense Obres Derivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edició: Gabinet de Comunicació. Direcció de Comunicació i Responsabilitat Social Corporativa.
Institut Català de la Salut

Coordinació

Mercè Alsina Hipolito	Ginecòloga. ASSIR Garraf. Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent.
Josep Grau Galtés	Ginecòleg. ASSIR Osona. Gerència Territorial Catalunya Central.
Cristina Martínez Bueno	Llevadora. Responsable de l'ASSIR Catalunya de l'ICS i ASSIR Barcelona. Gerència Territorial de Barcelona.

Autoria

Laia Alcoverro Bedós	Ginecòloga. ASSIR Muntanya. Gerència Territorial de Barcelona.
Paqui Aliaga Martínez	Llevadora. ASSIR Garraf. Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent.
Mercè Alsina Hipolito	Ginecòloga. ASSIR Garraf. Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent.
Ana Rosa Calvo Redol	Ginecòloga. ASSIR Lleida. Direcció d'Atenció Primària Lleida.
Dolors Creus Pujol	Llevadora. ASSIR Lleida. Direcció d'Atenció Primària Lleida.
Míriam Gómez Masvidal	Llevadora. ASSIR Mataró. Gerència Territorial Metropolitana Nord.
Josep Grau Galtés	Ginecòleg. ASSIR Osona. Gerència Territorial Catalunya Central.
Vigmar Iriarte Castro	Ginecòleg. ASSIR Gironès-Pla de l'Estany. Direcció d'Atenció Primària Girona.
Gemma March Jardí	Llevadora. ASSIR Tarragona. Direcció d'Atenció Primària Tarragona-Reus.
Cristina Martínez Bueno	Llevadora. Responsable de l'ASSIR Catalunya i de l'ASSIR Barcelona. Gerència Territorial de Barcelona.
Isabel Nuñez Márquez	Ginecòloga. ASSIR Sabadell. Direcció d'Atenció Primària Gerència Territorial Metropolitana Nord.
Rosalía Olmo Salas	Llevadora. ASSIR Sant Boi. Direcció d'Atenció Primària costa de Ponent.
Esther Rebull López	Llevadora. ASSIR Esquerra. Gerència Territorial de Barcelona.
Nydia Astrid Sanchez Garcia	Ginecòloga. ASSIR Sabadell. Gerència Territorial Metropolitana Nord.
Oscar Sanz Martínez	Ginecòleg. ASSIR Tarragona. Direcció d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

Revisió i aportacions

Luisa Acosta Moreno	Fisioterapeuta. Coordinadora de fisioteràpia. Unitat de Rehabilitació del CAP Sant Andreu. SAP Muntanya. Gerència Territorial de Barcelona.
---------------------	---

Sonia Martin Martin	Infermera clínica territorial. SAP Barcelonès Nord i Maresme. Gerència Territorial Metropolitana Nord.
Yolanda Ordorica Vázquez	Infermera clínica Territorial. SAP Vallès Oriental. Gerència Territorial Metropolitana Nord.
Fabian Ostiz Zubieta	Metge rehabilitador. Responsable de la Unitat de Rehabilitació CAP Sant Andreu. SAP Muntanya. Gerència Territorial de Barcelona.
Francesc Pujol Aymerich	Metge de família. EAP Alcarràs. Direcció d'Atenció Primària Lleida.
Maria Teresa Ros Elvira	Infermera clínica territorial. SAP Vallès Occidental. Gerència Territorial Metropolitana Nord.
Patricia Marrero Alvarez	Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament de l'ICS.
Miriam Oms Arias	Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament de l'ICS.

Suport tècnic

Míriam Burballa Rived	Tècnica de Gestió Administrativa de l'ASSIR Catalunya i ASSIR Barcelona. Gerència Territorial de Barcelona.
-----------------------	---

Protocol aprovat per la Comissió Farmacoterapèutica de l'ICS.

Índex

1/ Justificació, organització i objectius	9
1.1/ Organització per nivells de resolució de l'abordatge de la incontinència urinària a l'ASSIR	10
1.2/ Objectius generals de la intervenció en incontinència urinària	12
1.2.1/ Oferir assistència diferenciada entre l'activitat preventiva i l'atenció al símptoma d'incontinència urinària	12
1.2.2/ Construir un sistema esglaonat per al diagnòstic i tractament de la incontinència urinària	12
1.2.3/ Treballar amb coordinació entre nivells assistencials	13
2/ Activitat preventiva	14
2.1/ Objectius generals	14
2.2/ Objectius específics	14
2.3/ Prevenció a l'adolescència i edat adulta	14
2.4/ Prevenció durant l'embaràs	15
2.5/ Prevenció durant el postpart	16
3/ Avaluació de la dona amb incontinència urinària	18
3.1/ Avaluació clínica	18
3.1.1/ Objectiu general	18
3.1.2/ Aspectes a tenir en compte en l'avaluació	18
3.2/ La urianàlisi	21
3.3/ Diari miccional	22
3.4/ Proves especialitzades per al diagnòstic d'IU	22
3.4.1/ Avaluació de la hipermobilitat uretral	22
3.4.2/ Prova d'esforç reglada	22
3.4.3/ Urodinàmica simple	23
3.4.4/ Prova de la compresa	24
3.4.5/ Ecografia	25
3.4.6/ Urodinàmica complexa o multicanal	26
3.5/ Qüestionaris per a l'avaluació i diagnòstic de la incontinència urinària i fecal	27

4/ Conclusions diagnòstiques.Tractament	.30
5/ Tractament conservador	.32
5.1/ Canvis en l'estil de vida	.33
5.2/ Entrenament de la bufeta. Reeducació vesical	.33
5.3/ Entrenament dels músculs del sòl pelvià.	.35
6/ Tractament farmacològic de la incontinència urinària: recomanacions del grup d'experts de l'ICS	.37
6.1/ Fàrmacs antiespasmòdics	.38
6.1.1/ Oxibutinina (GRA)	.38
6.1.2/ Tolterodina (GRA)	.38
6.1.3/ Clorur de trosipi (GRA)	.38
6.1.4/ Consideracions del tractament farmacològic en dones grans	.39
6.2/ Mirabegró.	.40
6.3/ Estrògens	.40
6.3.1/ Estrògens per a la incontinència urinària d'esforç	.40
6.3.2/ Estrògens per la incontinència d'urgència i símptomes de bufeta hiperactiva	.41
7/ Disfuncions del sòl pelvià associades o derivades de la IU. Abordatge i tractament conservador a l'ASSIR	.42
7.1/ Prolapse d'òrgans pelvians	.42
7.2/ Disfunció sexual	.42
7.3/ Tractament amb entrenament muscular del sòl pelvià	.43
7.4/ Tractament amb pessari	.43
8/ Algoritmes	.45
9/ Bibliografia	.48
10/ Annexos	.56
10.1/ Variables ARES	.57
10.2/ Mètodes per avaluar la musculatura del sòl pelvià.	.58
10.3/ Qüestionaris	.61
10.4/ Diari miccional.	.67
10.5/ Fulls informatius per a la dona	.75

Sigles

COR – càlcul del volum d'orina residual

DM – diari miccional

DS – disfunció sexual

EMSP – entrenament dels músculs (musculatura) del sòl pelvià

GR – grau de recomanació

IA – incontinença anal

IF – incontinença fecal

IMC – índex de massa corporal

IMS – Societat Internacional de la Menopausa

ITU – infecció del tracte urinari

IU – incontinença urinària

IUE – incontinença urinària d'esforç

IUM – incontinença urinària mixta

IUU – incontinença urinària d'urgència

MF – metge/essa de família

MSP – músculs (musculatura) del sòl pelvià

NE – nivell d'evidència

POP – prolapse dels òrgans pelvians

SNC – sistema nerviós central

SP – sòl pelvià

TMV – test manual vaginal

US – urodinàmica simple

VPP – valor predictiu positiu

VUME – examen visual de la uretra

Nivells d'evidència i graus de recomanació

Jerarquia dels estudis pel tipus de disseny (U.S. Preventive Services Task Force [USPSTF])

Nivell d'evidència	Tipus d'estudi
I	Almenys un assaig clínic controlat i aleatoritzat dissenyat de forma apropiada.
II – 1	Assajos clínics controlats ben dissenyats, però no aleatoritzats.
II – 2	Estudis de cohorts o de casos i controls ben dissenyats, preferentment multicèntrics.
II – 3	Múltiples sèries comparades en el temps, amb o sense intervenció, i resultats sorprenents en experiències no controlades.
III	Opinions basades en experiències clíniques, estudis descriptius, observacions clíniques o informes de comitès d'experts.

Significat dels graus de recomanació (USPSTF)

Grau de recomanació	Significat
A	Extremadament recomanable (bona evidència que la mesura és eficaç i els beneficis superen àmpliament els perjudicis)
B	Recomanable (almenys hi ha moderada evidència que la mesura és eficaç i els beneficis superen els perjudicis)
C	Ni recomanable ni desaconsellable (almenys hi ha moderada evidència que la mesura és eficaç, però els beneficis són molt similars als perjudicis i no es pot justificar una recomanació general)
D	Desaconsellable (almenys moderada evidència que la mesura és ineficaç o que els perjudicis superen els beneficis)
I	Evidència insuficient, de mala qualitat o contradictòria, i el balanç entre beneficis i perjudicis no pot ser determinat)

1/ Justificació, organització i objectius

L'estimació de la prevalença de la incontinència urinària (IU) en la dona oscil·la entre el 10 i el 39%, i augmenta amb l'edat. En el nostre territori, segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) del 2006(1) el 12% de dones de fins a 64 anys presentaven IU i era de fins al 41% en les dones de més de 75 anys. D'aquesta IU, una tercera part és d'una intensitat o periodicitat greu i, per tant, entre el 3 i el 10% de les dones estan afectades per la IU en un grau important.

Coneixem un seguit de factors no modificables que es relacionen amb l'aparició d'IU com són: la paritat, que és el factor més important en l'aparició d'IU (2). L'increment de la paritat és un factor que incrementa la IU; també l'edat, el tipus de part, la histerectomia, l'estatus socioeconòmic i l'ètnia són factors no modificables. Altres factors són modificables amb intervencions d'educació sanitària com ara l'obesitat, la dieta, l'hàbit tabàquic o l'activitat física.

A més a més, hi ha comorbiditats com són les infeccions d'orina, els dèficits cognitius o la depressió, la síndrome metabòlica i la diabetis, que no sempre són modificables.

Pel que fa als tipus d'IU no complexes, la IU d'esforç (IUE) és la més freqüent, seguida per la mixta (IUM) i, en darrer lloc, la relacionada amb la urgència (IUU). Cada tipus d'IU concorrerà amb problemes específics i tractaments diferents. Les IU lleus, moderades i no complicades, les més freqüents, es beneficien del tractament conservador i aquest tractament sovint es pot realitzar als centres d'Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), als equips d'atenció primària (EAP) i als serveis de rehabilitació.

- Un símptoma que afecta un gran nombre de dones ha de ser abordat necessàriament de manera coordinada pels diferents professionals que hi intervenen, tant en la prevenció i el diagnòstic com en el seu tractament, i han d'actuar sobre la base d'una trajectòria clínica que doni resposta a les preguntes: Què fem? Qui ho fa? Com ho fem? Amb un algorisme que descrigui les tasques des del primer contacte que té la dona amb el sistema sanitari públic.

- Les actuacions han de ser eficaces, eficients, segures i interrelacionades.

En aquest sentit, les actuacions que s'han de portar a terme per a la prevenció, el diagnòstic i tractament de la IU en les dones implica una atenció conjunta i coordinada de l'ASSIR amb l'EAP i els serveis de rehabilitació, tots ells dins de l'atenció primària.

L'EAP pot prendre mesures adreçades a prevenir la IU, detectar-la a temps i tractar-la. El tractament conservador de la incontinència (modificació d'estils de vida i terà-

pies conductuals) és efectiu per millorar la IU i, per això, tant l'EAP com l'ASSIR tenen un paper cabdal. Dins de l'atenció primària el Pla de cures a l'ECAP de la incontinença urinària en l'adult (Programa ARES – annex 1) recull aquelles activitats dirigides a millorar els episodis d'incontinença urinària i millora de la qualitat de vida, per això l'educació sanitària, els exercicis de sòl pelvià i les tècniques de rehabilitació vesical són estratègies imprescindibles per a l'abordatge de la IU en aquest nivell assistencial, a més del diagnòstic correcte i tractament farmacològic, quan aquest és efectiu.

Els serveis de rehabilitació disposen, normalment, d'unitats de sòl pelvià amb professionals experts en l'abordatge de la IU; l'establiment de criteris conjunts i circuits de coordinació específicament amb aquest servei, pel que fa al tractament, és fonamental per a la correcta atenció a les dones que presenten aquest problema de salut.

Amb aquest protocol es vol organitzar l'activitat que realitzen els ASSIR i homogeneïtzar les intervencions que s'hi fan; per això es donen pautes d'actuació respecte a l'activitat preventiva, l'actuació davant de la dona amb IU, tractaments conservadors, així com el maneig del prolapse uterí. A més s'ha considerat interessant establir tres nivells de resolució en funció de les activitats i els procediments que es fan en cada nivell i permet classificar l'ASSIR en funció del nivell assolit.

1.1/Organització per nivells de resolució de l'abordatge de la incontinença urinària a l'ASSIR

L'aplicabilitat de l'organització per nivells requereix un contingut i una coordinació que es fonamenti amb els recursos reals de cada territori.

Els recursos disponibles i l'organització assistencial són diferents en funció del territori, cosa que fa que no hi hagi una homogeneïtat assistencial i, per això, s'han establert nivells bàsics que podran donar a totes les dones que ho requereixin una assistència adequada. Per garantir que qualsevol dona de Catalunya rebi segons els seu cas l'assistència necessària, per complexa que sigui, s'estableixen nivells assistencials coordinats d'acord amb els recursos disponibles per aconseguir una equitat assistencial.

3 Nivells: 1, 2A i 2B

Nivell 1
Llevadores/ginecòlegs assistencials
Tots els ASSIR han de tenir especial cura en les alteracions del sòl pelvià
<ul style="list-style-type: none"> • Valoració per anamnesi i exploració. Descartar patologia urinària mitjançant la urianàlisi i/o demanar sediment d'orina. • Història clínica bàsica orientada a les alteracions del sòl pelvià • Prevenció en les gestants • Detecció precoç en les gestants • Aplicació de l'entrenament dels músculs del sòl pelvià (EMSP) en patologia lleu • Consells sobre els hàbits de vida, en què hi ha evidència de millora de la incontinença o el prolapse

- Realització de qüestionaris de cribratge: Qüestionaris ICIQ-UI-SF / CACV
- Consells sobre els hàbits de vida, en què hi ha evidència de millora de la incontinència o el prolapse
- Realització de qüestionaris de cribratge: Qüestionaris ICIQ-UI-SF / CACV
- Test manual vaginal (TMV) a les gestants a les 16-18 setmanes (Grau d'evidència 1)
- TMV a les dones puèrperes
- Maneig i seguiment del pessari
- En casos amb repercussió clínica o en la qualitat de vida, derivació al nivell 2A
- Derivació al nivell 2A dels prolapses superiors a grau 1 simptomàtics

Establir circuits de coordinació amb EAP i rehabilitació per assegurar la continuïtat assistencial

Nivell 2A

Professionals especialment formats, com a mínim un ginecòleg/òloga i una llevadora, i si és possible que treballin físicament junts, en dues consultes contigües.

- Avaluació dels qüestionaris i diari miccional
- Valoració clínica
- Avaluació de malalties relacionades amb la IU/incontinència anal (IA)
- Avaluació del prolapse d'òrgans pelvians (POP)
- Mesura de l'orina residual en casos de clínica suggestiva de disfunció de buidatge (preferentment per ecografia. Aquesta tècnica descartarà altra patologia vesical)
- Urodinàmica simple (inclou la prova d'esforç reglada)
- Incorporació de la teràpia conductual quan estigui indicada. Full d'avaluació abans i després de l'aplicació d'aquesta acció terapèutica
- Tractament farmacològic segons protocol
- Valoració de l'EMSP i, si cal, derivació a la unitat de rehabilitació, i al fisioterapeuta de sòl pelvià.
- Aplicació de les teràpies conservadores del prolapse segons el protocol que té en compte el grau de prolapse, el tipus de compartiment, l'edat, les possibilitats d'èxit i la voluntat de la dona un cop informada.
- Valoració i col·locació de pessaris.
- Valoració i derivació a MF en els casos de:
- Sospita de procés de base urològica (vegeu fístula), neurològica (malaltia neurodegenerativa), coloproctològica-digestiva (sospita de lesió esfinteriana, diverticles), mèdica (diabetis no controlada). Base psiquiàtrica - establir una coordinació de nivell 3.
- Activitat grupal

Establir circuits de coordinació amb EAP i rehabilitació per assegurar la continuïtat assistencial.

Nivell 2B

Unitats d'IU-ASSIR amb coordinació amb diferents unitats i serveis amb capacitat d'incloure estudis urodinàmics, ecogràfics, cirurgia menor ambulatoria i altres.

És necessari establir una acció integral que tingui en compte els diferents nivells assistencials i que sigui consensuada per ells de manera que possibilitin la definició d'una TRAJECTÒRIA CLÍNICA que garanteixi efectivitat, eficàcia i equitat per a les dones.

Aquesta acció reglada i amb competències definides per nivells permetrà una GESTIÓ per resultats i avaluació millor de la seguretat de l'assistència.

És necessària la formulació de les accions assistencials en protocols que permetin la seva avaluació continuada per a determinades accions de millora contínua.

- Disponibilitat d'urodinàmica complexa
- Cirurgia menor ambulatoria
- Neuromodulació del nervi tibial

Establir circuits de coordinació amb EAP i rehabilitació per assegurar la continuïtat assistencial.

1.2/ Objectius generals de la intervenció en incontinència urinària

1.2.1/ Oferir assistència diferenciada entre l'activitat preventiva i l'atenció al símptoma d'incontinència urinària

- Descripció d'aquelles activitats preventives que han demostrat ser efectives per disminuir la prevalença i la gravetat de la IU.
- Descripció de les tasques i els professionals que duren a terme l'assistència a la IU des del nivell més bàsic fins al més complex, garantint eficàcia, eficiència, seguretat i equitat.

Organització de la tasca preventiva

- Identificar els factors que predisposen amb evidència científica i que són susceptibles d'intervenció per disminuir la prevalença de la IU:
 - ▶ Informació de l'anatomia i la fisiologia de les estructures del sòl pelvià i musculatura accessòria, incloent-hi hàbits de micció saludables.
 - ▶ Identificar i actuar sobre els factors de risc modificables.
 - ▶ En l'embaràs i el postpart, aplicació sistemàtica de l'EMSP.

1.2.2/ Construir un sistema esglaonat per al diagnòstic i tractament de la incontinència urinària

- Coordinació amb el primer nivell assistencial (EAP: metge/essa i infermer/a), que sovint és el primer contacte que té la dona que presenta IU amb el sistema públic.
- Oferir la llevadora de l'ASSIR com a referent de la dona quan, durant l'embaràs o després d'un part, apareix la IU.

L'existència d'un segon nivell assistencial a l'ASSIR: unitats de sòl pelvià a l'ASSIR

- Oferir unitats de sòl pelvià (SP) compostes per un ginecòleg o ginecòloga i llevadora especialitzats permetrà el diagnòstic i tractament conservador de la IU.
- Cribratge adequat d'aquelles dones que no es beneficiaran del tractament conservador a l'ASSIR i que, per tant, necessiten derivació al servei de rehabilitació, a altres especialitats hospitalàries (urologia, cirurgia o neurologia) o a altres nivells assistencials.

1.2.3/ Treballar amb coordinació entre nivells assistencials

- Coordinació amb els serveis de rehabilitació, per tal de pactar circuits i intervenció específica segons el tipus d'IU.
- Coordinació amb les unitats SP hospitalàries per permetre la continuïtat assistencial de la dona amb IU segons un protocol consensuat entre els diferents nivells assistencials, tant pel que fa al diagnòstic com al tractament.

2/ Activitat preventiva

Suposa el conjunt d'actuacions per a la prevenció de les disfuncions del sòl pelvià en les diferents etapes de la vida de la dona.

2.1/Objectius generals

- Promoure estils de vida saludables des de l'adolescència a l'edat adulta, informant i educant les dones per a la protecció i el manteniment de l'estàtica corporal i de la funcionalitat del sòl pelvià.
- Consensuar i definir el consell preventiu bàsic segons l'evidència científica actual.
- Sistematitzar les intervencions per al coneixement i la prevenció del sòl pelvià durant l'embaràs, part, postpart, en les visites preventives i les intervencions grupals i comunitàries.

2.2/Objectius específics

- Proporcionar coneixements a la dona per prendre consciència de la forma i estructura de la seva pelvis, de la musculatura del sòl pelvià i de la musculatura accessòria.
- Oferir una valoració funcional del sòl pelvià durant la visita de l'ASSIR i de manera sistemàtica durant l'embaràs i el postpart.
- Explicar a la dona els exercicis d'EMSP, per tal d'adquirir un correcte funcionament d'aquesta musculatura.
- Ensenyar i promoure la integració del sòl pelvià en les activitats de la vida quotidiana.
- Donar a conèixer i aprendre a detectar els factors de risc que incideixen en el sòl pelvià durant l'embaràs i postpart.
- Informar la població dels hàbits saludables mitjançant activitats grupals i comunitàries.

2.3/Prevenció a l'adolescència i edat adulta

Les activitats preventives que cal realitzar en les diferents etapes vitals de la dona són:

- Explicar l'anatomia i la fisiologia de les estructures del sòl pelvià.
- Descriure els factors de risc que interfereixen en el seu bon funcionament.
- Afavorir la propiocepció, integrant el sòl pelvià a l'esquema corporal.

- Donar a conèixer i animar a la pràctica de l'EMSP les dones que realitzen esport, especialment els esports d'impacte.
- Promoure consells per a la protecció del sòl pelvià:
 - ▶ Tenir un índex de massa muscular (IMC) adequat.
 - ▶ Evitar ingestes excessives de begudes estimulants.
 - ▶ Intervenció de deshabitució tabàquica.
 - ▶ Promoure la higiene postural en les activitats de la vida quotidiana.
 - ▶ Informar de les activitats esportives adequades i de la importància de realitzar-les de manera correcta.
 - ▶ Buidar la bufeta de l'orina de manera relaxada, quan es tinguin ganes d'orinar, deixant que el raig surti fins a l'última gota i evitant empènyer.
 - ▶ Procurar un ritme de deposicions adequat, evitant l'estrenyiment i haver d'empènyer.
 - ▶ Informar sobre tècniques per protegir el sòl pelvià en dones que toquen instruments de vent o que fan alguna altra activitat que fa augmentar la pressió abdominal.
- En l'adolescència, cal tenir en compte:
 - ▶ Detectar factors de risc: bulímia, tabaquisme, alcohol ... i oferir informació i consell.
 - ▶ Aprofitar les visites de la tarda jove per informar dels hàbits saludables i la prevenció de les disfuncions del sòl pelvià.

2.4/Prevenció durant l'embaràs

L'embaràs és un procés que implica una continuïtat assistencial i que permet la prevenció de la IU, per això cal:

- Preguntar per la incontinència (omplir els qüestionaris ICIQ-UI-SF i *Jorge and Wexner faecal*) i registrar-los a la història clínica, tant en la primera visita com en les visites de seguiment. Repetir-ho en el segon i tercer trimestre.
- Identificar i registrar els factors de risc per desenvolupar disfuncions del sòl pelvià postpart (1):
 - ▶ Mare i germana amb IU
 - ▶ Edat mare >35
 - ▶ IMC >25
 - ▶ Part anterior instrumentat
 - ▶ Antecedents de macrosomia ≥ 4.000 g
- Registrar antecedents obstètrics, hàbits tòxics, antecedents d'incontinència urinària i anal.
- Promoure hàbits saludables per a la prevenció de les disfuncions del sòl pelvià, especialment hàbits miccionals i defecatoris, donant pautes per prevenir el restrenyiment (GRB).

- Oferir consell dietètic i recomanació d'augment de pes adequat durant l'embaràs segons l'IMC (GRB) (3).
- Donar a conèixer l'anatomia i la fisiologia de les estructures del sòl pelvià i els factors de risc que interfereixen en el seu bon funcionament.
- Oferir una valoració funcional del sòl pelvià.
- Ensenyar, reforçar i recomanar a la gestant una pauta d'exercicis individualitzada d'EMSP (4–8) que inclouria:
 - ▶ Prendre consciència de la musculatura del sòl pelvià (MSP).
 - ▶ Ensenyar a la gestant la relació entre el sòl pelvià i la respiració i el treball de la faixa abdominal.
 - ▶ Exercicis de contracció voluntària, evidenciant la mobilització correcta del múscul.
 - ▶ Exercicis d'estimulació reflexa dels músculs del sòl pelvià.
- Integrar els exercicis del sòl pelvià en les activitats de la vida quotidiana.
- Motivar les dones durant les visites d'embaràs per fer l'EMSP (GRA) (3).
- Informar del treball del sòl pelvià en grup durant la preparació per al naixement tenint en compte la realització de contracció selectiva de la MSP i abdominal, així com el reconeixement de la pelvis òssia i la seva mobilitat (GRA) (3).
- Donar informació sobre el procés de l'embaràs i com afecta el sòl pelvià.
- Explicar la importància que té el massatge al perineu (9–11) durant el tercer trimestre de l'embaràs, per facilitar-ne la distensió a l'hora del part amb l'objectiu d'evitar possibles estrips o episiotomies.
- Capacitar la dona/parella per a la pràctica del massatge perineal de manera regular.
- Cal fer avaluació i seguiment des de la unitat especialitzada dels casos de dones amb disfuncions del sòl pelvià (GRA) (12) si presenten:
 - ▶ Prolapse
 - ▶ IU prèvia a l'embaràs
 - ▶ Dones intervingudes d'IU
 - ▶ Dones amb part anterior amb estrip GIII i IV

2.5/Prevenició durant el postpart

El factor identificat com a més rellevant en la IU és l'embaràs i especialment el part, d'aquí la importància de preguntar durant el puerperi sobre la presència d'IU.

La visita puerperal és determinant per a la detecció precoç.

- Primera visita postpart
 - ▶ Preguntar per la continència (orina, gasos i femtes).
 - ▶ Valorar i registrar lesions perineals (estrips, episiotomia, altres).
 - ▶ Oferir consells higienicoposturals referents a la protecció del sòl pelvià.

- ▶ Aconsellar treball respiratori amb activació del transvers com a musculatura accessòria del sòl pelvià durant l'inspiració.
- Revisió de la quarantena
 - ▶ Registrar IMC.
 - ▶ Valoració anatòmica i funcional de la faixa abdominal i del sòl pelvià.
 - ▶ Omplir i registrar els qüestionaris *ICIQ-SF* i *Jorge and Wexner faecal*.
 - ▶ Recomanar l'entrenament físic integral adequat i EMSP segons la valoració funcional del sòl pelvià.
 - ▶ Promoure hàbits i estils de vida saludables per a la protecció i el manteniment de la funcionalitat del sòl pelvià.
 - ▶ Oferir la participació en un grup de recuperació del sòl pelvià postpart.
 - ▶ Oferir visita de seguiment quan es valori necessari.
 - ▶ Derivar al servei especialitzat si hi ha patologia segons protocol del centre.

3/ Avaluació de la dona amb incontinència urinària

3.1/Avaluació clínica

L'anamnesi dins l'avaluació clínica, en què es pregunta a la dona sobre la IU, té una gran sensibilitat (GRA) (12,13).

Demandar sobre quin és el factor al qual s'associa la IU té un valor predictiu alt sobre el tipus d'IU.

3.1.1/ Objectiu general

Avaluació de les dones amb incontinència d'orina per conèixer el tipus d'IU i la seva gravetat per planificar el tractament.

3.1.2/ Aspectes a tenir en compte en l'avaluació

- La classificació en incontinència urinària d'esforç, d'urgència o mixta és subjectiva.
- Com que la classificació de la IU és clínica, l'avaluació acurada del símptoma és obligatòria i ho és especialment per planificar el tractament adequat.
- L'avaluació ha d'incloure la història, símptomes i l'examen físic orientat cap a la patologia.
- Avaluar els símptomes amb qüestionaris validats ens donarà informació sobre l'impacte de la IU sobre la qualitat de vida i ens permetrà fer-ne el seguiment.
- Altres eines com el diari miccional (DM), la urianàlisi o l'ecografia ens permetran fer amb cura el diagnòstic d'IU i planificar-ne el tractament; també descartaran IU complexes que requereixen un altre nivell assistencial.

a) Història mèdica general i pelviana

L'objectiu principal de la història és identificar totes les comorbiditats que podrien iniciar o empitjorar la IU o bé que podrien afectar negativament l'èxit del tractament.

- L'obesitat, diabetis i altres afeccions metabòliques, trastorns neuropsiquiàtrics, treball ocupacional d'esforç, malalties respiratòries cròniques i tabac, cirurgia o radioteràpia pelviana prèvia, restrenyiment, malalties neurològiques i insuficiència renal o cardiopaties cròniques s'hauran d'investigar i fer constar.
- Anotarem antecedents quirúrgics de cirurgia de sòl pelvià.

- Anotarem la simptomatologia associada a prolapse d'òrgans pelvians.
- Preguntarem pels símptomes de la síndrome urogenital de la menopausa: sequedat, coïssor, dispareúnia i malestar genitourinari.
 - ▶ Avaluarem la disfunció anorectal: incontinència anal i defecació obstruïda. Suposen un defecte del suport pelvià i sovint es poden tractar alhora.
 - ▶ Preguntarem pel dolor pelvià perquè pot ser secundari a alteracions del sòl pelvià, com el defecte apical, la lesió neurològica o musculoesquelètica i les alteracions de la bufeta urinària.

b) Fàrmacs

- Anotar els fàrmacs que pren una dona amb IU (GRA) (13).
- Hi ha medicaments que afecten la resposta motora (tractaments psiquiàtrics), augmenten la diüresi o poden interferir en alguns tractaments per a la IU.
- En la majoria dels casos i en ancians, però, pot ser difícil o impossible distingir entre els efectes de la medicació, la comorbiditat i l'envelliment. Canviar el règim de tractament té molt poca evidència de beneficis (GRC) (13).

c) Examen físic

La seva finalitat és detectar signes que suposin un problema de salut associat o subjacent en la patologia del sòl pelvià, com ara l'atròfia, el prolapse simptomàtic o les alteracions neurològiques.

Inclou l'avaluació abdominal, l'examen neurològic, ginecològic i pelvià.

També registrarem l'alçada i el pes per calcular l'IMC (Kg/m²).

c.1) Examen abdominal

- Observació de cicatrius de cirurgia prèvia o estries abdominals com a marcadors del metabolisme anormal del col·lagen, més freqüents en dones amb prolapse i IUE.
- Valoració muscular del diafragma, per descartar hipertonia; existència de diàstasi dels rectes abdominals i de la distensió abdominal amb la tos. Avaluació de la capacitat de contracció de la musculatura profunda.
- Un residu vesical palpable serà superior a 300 ml. Aquesta palpació també descartarà altres masses pelvianes.

c.2) Avaluació neurològica

L'avaluació neurològica de les terminacions S2-4 es fa mesurant la sensibilitat de la cara interna de la cuixa, llavis majors i reflex anal i bulbocavernós, mitjançant l'aplicació d'un escovilló de cotó.

En la gent gran, cal també una avaluació cognitiva i de la mobilitat per ajudar a planificar el tractament.

c.3) Examen ginecològic: vulva, vagina i examen pelvià combinat bimanual

- Inspecció: aspectes anormals de pell i mucoses rellevants per la IU, com canvis atròfics, cicatrius, eritema de la vulva, carúncula uretral o prolapse de la mucosa uretral.

- Palpació vaginal, avaluant el to i resposta muscular del sòl pelvià, massa muscular i defectes. Obtindrem informació de la longitud i mobilitat vaginal, presència de cicatrius i/o dolor i nivell d'estrogenització.
- Observació del moviment perineal quan demanem a la dona tossir o maniobres de Valsalva.

c.4) Avaluació del prolapse d'òrgans pelvians (GRA) (14)

El POP és el descens dels òrgans pelvians per fallada de les estructures de suport, produint-se una hèrnia a través de l'hiat urogenital.

Produeix una sensació de protrusió vaginal que afecta la qualitat de vida de la dona, IU de tots els tipus, dificultat de buidatge de la bufeta o micció incompleta, i pot associar altres disfuncions del sòl pelvià, com la disfunció defecatorià, la disfunció sexual o el dolor pelvià crònic.

El POP pot ser degut al descens de la paret anterior (bufeta, uretra o ambdós), de cèrvix o de la volta vaginal (en dones histerectomitzades) amb o sense component intestinal (enterocel) i de la paret posterior.

Classificació POP-Q simplificada (ICS-IUGA) http://www.icsoffice.org	
Estadi 0	No prolapse
Estadi I	El punt més baix del prolapse se situa a més d'1 cm per sobre de l'himen.
Estadi II	El punt més baix del prolapse se situa entre 1 cm per sobre i 1 cm per sota de l'himen.
Estadi III	El punt més baix del prolapse se situa a més d'1 cm per sota de l'himen.
Estadi IV	Prolapse total, amb la mucosa vaginal totalment evertida.

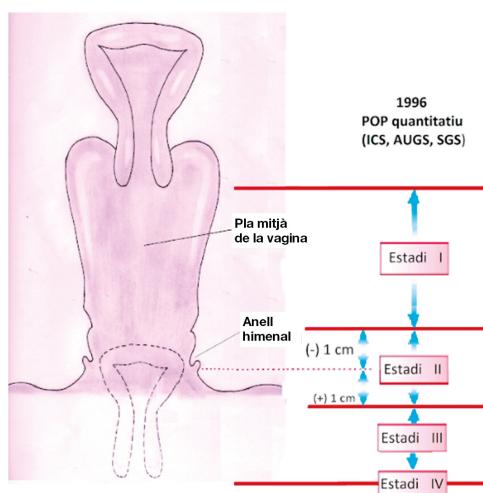


Fig. 1. Prolapse

c.5) Examen rectal

Quan la dona explica la incontinència anal, avaluarem el to i la força de l'esfínter anal. També es poden detectar anomalies anorectals (hemorroides, fissura, intussuscepció, fístules o tumors).

Concordança	
1r grau	per sobre de 0 en POPQ (est. I i II)
2n grau	a 0 en POPQ (est. II)
3r grau	per sota de 0 en POPQ (est. II, III i IV)
Basant-se en primera instància en el POPQ 0 = nivell d'introït	

Fig. 2. Concordança diagnòstica entre el sistema de Baden i Walter i el sistema POPQ

3.2/La urianàlisi

Descartar la infecció d'orina en una dona que presenta IU és una acció necessària, ja que la infecció pot determinar l'aparició d'IU.

La urianàlisi (GRA) (15) ha de ser realitzada obligatòriament quan una dona té IU.

- L'anàlisi d'orina és una prova fonamental que s'ha de realitzar a totes les pacients urològics.
- La tira reactiva d'orina és suficient per a l'anàlisi d'orina en el diagnòstic de cistitis aguda no complicada (16). Pel que fa a la incontinència urinària, la tira reactiva d'orina no és una prova de diagnòstic, sinó una prova de cribatge que s'utilitza per detectar hematúria, proteïnúria, glucosúria, piúria i bacteriúria.
- La presència d'hematúria pot indicar una patologia important, com el carcinoma urotelial in situ, que pot comportar símptomes del tracte urinari inferior relacionats amb l'emmagatzematge, incloent-hi la incontinència (17).
- La piúria i la bacteriúria, detectades a través d'una tira reactiva positiva per esterasa leucocitària i nitrts, respectivament, són signes importants d'infecció urinària.
- Una tira reactiva positiva per nitrts i esterasa leucocitària haurà d'incloure un urinocultiu en l'avaluació de totes les pacients amb IU (GRA) (18).
- La importància de l'anàlisi d'orina en l'avaluació bàsica de les pacients amb IU i els símptomes del tracte urinari inferior no depèn del sexe, l'edat o l'etiologia. De fet, es recomana en l'avaluació de pacients ingressats en residències geriàtriques que són incontinents (19), en dones perimenopàusiques i postmenopàusiques (20) i en dones grans que presenten IU (21).
- La rellevància clínica de la bacteriúria asimptomàtica (sense piúria) i la piúria (sense bacteriúria) en la gent gran és controvertida, ja que la taxa i la gravetat de la IU no s'ha modificat després del tractament de la bacteriúria asimptomàtica en les pacients ingressats en residències geriàtriques (GRB), (13,22).

Recomanacions (13):

1. Es considera estàndard realitzar una anàlisi d'orina mitjançant l'ús d'una tira reactiva o sediment d'orina en pacients incontinents. (GRD)
2. Si s'utilitza una tira reactiva, es recomana una tira amb " propietats múltiples " que inclogui detecció d'hematies, glucosa, esterasa leucocitària i nitrts. (GRD)
3. La tira reactiva no és tan precisa com l'urinocultiu, que és específic per a la infecció però no sensible. (GRC)
4. Les proves addicionals disponibles en les tires reactives d'orina, tals com proteïnes, bilirubina, cetones i pH, poden ser útils en l'estudi més ampli de les pacients. No obstant això, no són essencials en el context de l'avaluació de les pacients amb incontinència urinària o amb símptomes del tracte urinari inferior. (GRD)
5. Es recomana no tractar rutinàriament la bacteriúria asimptomàtica en pacients d'edat avançada per millorar la incontinència urinària. (GRB)

3.3/Diari miccional

El diari miccional (GRA) (13,23) consisteix que la dona registri, amb temps, en un full, diversos ítems: l'entrada de líquids, l'eliminació d'orina, el nombre de compreses; si es produeix pèrdua d'orina, si l'associa a l'esforç o a la urgència; també el grau d'escapament: gotes, rajolí i a raig.

És una bona eina de seguiment de les dones amb IU. La seva capacitat diagnòstica *per se* és limitada, però proporciona dades inicials també importants:

- Ens informa de manera objectiva dels cicles d'ompliment i buidatge.
- Ens ajuda a mesurar els resultats del tractament.
- En el cas de començar tractament farmacològic, ens avala la decisió.
- Permet fixar objectius.
- És un instrument de presa de consciència per part de la dona.
- S'ha de fer almenys 3 dies, inclosos els dies de feina i de descans. (24,25)

3.4/Proves especialitzades per al diagnòstic d'IU

3.4.1/ Avaluació de la hipermobilitat uretral

La IUE es pot subclassificar en funció de la mobilitat uretral. És indispensable per planificar el tractament, tant conservador com quirúrgic.

- **Examen visual de la uretra (VUME):** l'examen visual ha demostrat ser suficient si l'observador és experimentat (26) i comprova que la uretra és hipermòbil i, per tant, es desplaça més de 30° respecte de l'horitzontal de la vagina.
- **Ecografia introital** (27): és una prova més especialitzada però reemplaçarà gradualment el Qtip test per avaluar la hipermobilitat, sobretot en un estudi prequirúrgic. Tanmateix, el seu cost, disponibilitat i una formació especial requerida en la tècnica, limiten el seu ús en l'avaluació inicial de la IUE.

3.4.2/ Prova d'esforç reglada

Tot i l'alt valor predictiu positiu (VPP) de l'anamnesi per a la IUE (menor en la IUU), la prova d'esforç reglada (GRB) (13,28) ens informa de la gravetat de la IU a un cost molt baix. És una mesura objectiva per confirmar el diagnòstic en les dones que refereixen IUE, especialment quan es planteja el tractament quirúrgic.

Consisteix en l'observació de pèrdua d'orina quan es fa tossir la dona amb la bufeta plena.

Si hi ha fuga a l'inici de la tos i finalitza amb el seu cessament, la prova és positiva i confirma la incontinència d'esforç. Una pèrdua contínua ens fa sospitar d'una disfunció intrínseca de la uretra i caldrà una urodinàmica per confirmar el diagnòstic.

És fàcil de fer i els resultats estan immediatament disponibles. Realitzada amb la tos, és fiable.

Es pot realitzar amb la dona en la posició de litotomia i, si no s'observa fuga, s'ha de repetir dempeus perquè en decúbit supí pot ser negativa en el 49% dels casos d'IUE.

Si es compara amb la urodinàmica, la prova d'esforç reglada és l'avaluació clínica més fiable per confirmar el diagnòstic d'IUE amb bona sensibilitat i especificitat.

3.4.3/ Urodinàmica simple

La urodinàmica simple (US) (GRB) (23,29) inclou el control d'orina residual postmiccional i la prova d'esforç reglada (GRA)

Indicació

La US en consulta permet la pràctica del test d'esforç de manera reglada. Aquest test és de gran utilitat per demostrar la IUE i la seva gravetat i, a més a més, és reproduïble.

La US ens permet:

1. En les IUE avaluar la gravetat.
2. En les IUM avaluar quina és la causa predominant, si és d'esforç o d'urgència.
3. En les IUU i en les IU contínues ens confirma o no la disfunció del buidatge. Les disfuncions del buidatge poden ser per obstrucció, el cas més freqüent és el prolapse, i aquelles en les quals que no existeix obstrucció ens posen en alerta de les disfuncions per neuropatia que són freqüents en dones diabètiques i en dones de més edat.

A més la US permet el cribratge de les dones que requereixin urodinàmica complexa.

Condicions per a la seva aplicació:

La US es pot fer en una consulta on es diagnostiquen les IU.

És simple, no requereix d'aparatatge i aconsegueix el diagnòstic en un nombre elevat de casos així com permet seleccionar aquelles dones a qui és necessari aplicar una urodinàmica de multicanal.

Atenent l'alta prevalença de la IU en la població femenina, en permet l'aplicació amb reducció de costos de manera important.

Materials:

- Connexió en Y, utilitzem la sonda BAXTER VMC 4005
- Sonda de NELATON
- 2 sèrums fisiològics de 250 cc
- 2 recollidors on estiguin les marques per a cada 50 cc
- Desinfecció amb clorhexidina aquosa

Mètode:

- Citem la dona amb ganes d'orinar i que no hagi orinat, si és possible, durant una hora.
- En cas de prolapse de 2 o més graus dels tres compartiments (anterior, apical, posterior) intentem la seva reducció amb pessari d'anella o amb gases, si aquest no és possible.
- La dona orina en un col·lector que permet mesurar la diüresi. Aprofitem per utilitzar un paper reactiu (labstix) i mesurem el que ha orinat (per fer el càlcul de l'orina resi-

dual posterior) ja que el diagnòstic de retenció d'orina és 1/3 de l'orinat o superior a 100 cc.

- També hem de controlar el temps de micció i relacionar-lo amb el volum: si per a una micció de 200 a 300 cc es tarda un minut o més, podem sospitar d'una disfunció de buidatge.
- La dona es col·loca en posició ginecològica (Simms). Desinfectem amb clorhexidina aquosa i sondem, obtenint el volum residual.
- Connectem a la sonda de Nelaton dos sèrums fisiològics de 250 cc amb una clau de dues vies que permet obrir un sèrum i mantenir-ne l'altre tancat.
- Iniciem la perfusió d'un dels sèrums i es buida la meitat (125 cc, aproximadament). Preguntem si té ganes imperioses, significatives o intenses. Si és així podria tractar-se d'una disfunció d'emmagatzematge i en aquest cas estaria indicada la pràctica d'una urodinàmica de multicanal.
- Si no és així, acabem la perfusió del primer sèrum de 250 cc i continuem amb l'altre fins als 300 o 350 cc si ho tolera, obtenint una repleció vesical idònia per fer la prova d'esforç adequada i ens indicarà que la capacitat vesical de la dona és normal.
- Una vegada té la bufeta plena, es demana a la dona que estossegi fort tres cops, d'aquesta manera podem classificar la pèrdua per esforç en "gotes", "més que gotes o rajolí" i "a raig".
- Si la prova d'esforç no reproduïx els símptomes en la posició de Simms s'hauria de modificar la posició i col·locar la dona en bipedestació i repetir l'esforç amb els estossecs.
- Si no es reproduïxen els símptomes d'IUE, es pot sospitar que no es tracti d'una IUE i, en aquest cas, estaria indicada la pràctica d'una urodinàmica complexa o multicanal per realitzar el diagnòstic del tipus d'IU.

En el cas de pèrdua d'orina amb l'esforç, practiquem la maniobra de Boney, que consisteix en la introducció de dos dits a nivell parauretral amb moviment caudal-cranial amb exquisida cura de no prémer la uretra amb la maniobra.

Si fent aquesta maniobra aturem el raig probablement una intervenció quirúrgica seria efectiva.

3.4.4/ Prova de la compresa

La prova de la compresa (GRC) (13,23) és una prova indicada en casos d'estudis d'investigació i, per tant, no és una prova rutinària.

- Eina de diagnòstic no invasiva, objectiva i quantificable, que consisteix en l'ús continu d'una compresa durant un període de temps determinat.
- L'objectiu de la prova és posar en evidència la pèrdua d'orina i s'obté mesurant el pes final de la compresa.
- No ens ajuda en el diagnòstic diferencial de la IU

3.4.5/ Ecografia

L'ecografia és útil com a exploració complementària, no de manera rutinària, en el diagnòstic de la IU. Estalvia una prova invasiva com és el sondatge vesical.

El seu paper més rellevant és descartar la disfunció de buidatge després de la micció, que es defineix com una retenció de 100 ml o superior a un terç de la quantitat orinada.

El prolapse d'òrgans genitals pot produir una disfunció del buidatge (30).

Indicacions

Estudi d'IU, d'incontinència anal (IA) i IU complexa amb clínica de buidatge incomplet, prolapse dels òrgans pelvians (POP) i valoració de complicacions postquirúrgiques de la cirurgia del sòl pelvià amb malles.

Diverses vies d'accés

Transperineal, introital, transvaginal, endoanal i transabdominal. Les més utilitzades són la transperineal, amb sonda convexa i la introital, amb sonda vaginal.

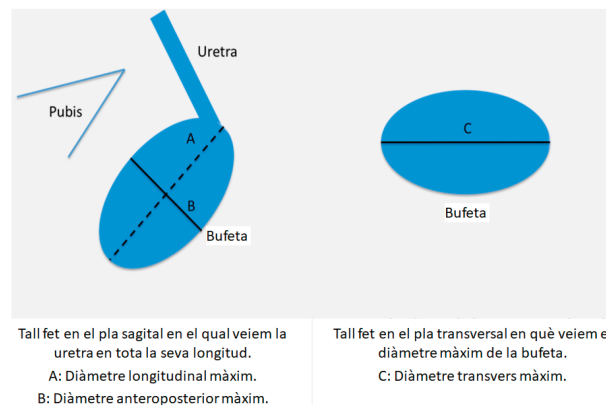
Principals plans de tall utilitzats en la valoració ecogràfica

- **Pla sagital mitjà:** pla de referència en l'estudi del sòl pelvià. S'ha de realitzar amb un angle d'adquisició de 70°, que permet observar: símfisi del pubis, uretra, coll vesical, vagina, cèrvix, recte, canal anal i múscul elevador de l'anus.

Utilitat clínica:

- ▶ **Avaluació de la mobilitat uretral o lliscament:** és el paràmetre ecogràfic més indicatiu d'incontinència urinària d'esforç. El punt de referència és el marge posteroinferior de la símfisi del pubis. Es mesura des del coll vesical fins una coordenada basada en l'eix central del pubis en repòs i Valsalva. No estandarditzat.
- ▶ **Càlcul del volum d'orina residual (COR)**
 - a. Mesurar per ecografia. (GRA)
 - b. En dones amb IU més disfunció de buidatge. (GRA)
 - c. Per avaluar efectes indesitjables dels tractaments farmacològics. (GRB)

Hi ha diverses tècniques de mesura, sent la fórmula de Haylen la més utilitzada:
Orina residual= $A \times B \times 5,6 - 14,6$ ml (sent A la mesura sagital i B la transversa)



- ▶ **Estudi de POP:** transperineal, valoració funcional comparant les imatges obtingudes en repòs amb el Valsalva. La pressió exercida per l'explorador sobre el perineu ha de ser la menor possible per a no alterar l'anatomia i permetre valorar el veritable grau de prolapse genital.

3.4.6/ Urodinàmica complexa o multicanal

El test urodinàmic de multicanal és una prova invasiva.

Es tracta d'una exploració objectiva que estudia el funcionament del tracte urinari inferior en condicions normals i patològiques.

En què consisteix?

- Intenta reproduir el funcionament de la bufeta urinària durant les diferents fases de la micció i detectar un possible comportament anòmal orgànic o funcional mitjançant el registre del flux urinari i l'aplicació de sondes (vesical i rectal).
- L'objectiu de la prova és ajudar al diagnòstic i tractament d'aquelles dones amb incontinència que no millora amb tractaments de primera elecció o bé amb incontinències complexes.
- No és necessària per avaluar la IU no complicada d'una dona abans d'iniciar el tractament conservador o farmacològic.

Requereix com a mínim de la inserció d'un catèter uretral i un baló rectal. El risc iatrogènic d'una cistitis bacteriana és al voltant del 2%, per tant requereix profilaxi infecciosa. Estudis recents han determinat que no és cost efectiu en totes les pacients amb IU ja que no sempre n'afectarà el maneig.

Diversos estudis han demostrat que el símptoma d'incontinència no sempre es reproduceix a la prova urodinàmica.

Per això és necessari prendre una decisió intermèdia entre demanar una urodinàmica de multicanal a tota IU o bé no sol·licitar-la a cap dona.

El major problema de diagnòstic són aquelles dones que tenen IU mixtes i/o contínues.

Criteris per a la sol·licitud

- **De la usuària:**
 - ▶ Cognició plena per comprendre la prova.
 - ▶ Voluntat per fer-la.
 - ▶ Voluntat de tractament mèdic i/o quirúrgic posterior.
 - ▶ Mobilitat conservada.
- **De diagnòstic previ: Indicacions** (12, 13, 23, 31, 32)
 - ▶ IU d'urgència que no millora amb la medicació.
 - ▶ IU mixta que no millora en cap o en alguns dels seus components.
 - ▶ IU complexes o amb clínica confusa: inclou els símptomes de disfunció de buidatge amb COR patològic.

- ▶ Avaluació prèvia a la correcció quirúrgica de POP (descarta IU oculta i disfuncions de buidatge).
- ▶ IU recurrent per fracàs de tractament quirúrgic.
- Les persones grans amb símptomes de bufeta hiperactiva probablement tindran diagnòstic d'hiperactivitat del detrusor en estudis urodinàmics i és poc probable que es canviï el tractament en pacients fràgils. Per tant, només s'ha de realitzar a dones seleccionades majors de 75 anys (33).

Diagnòstics urodinàmics relacionats amb la IU

1. **IUE urodinàmica:** pèrdua d'orina involuntària associada a l'augment de la pressió intraabdominal, en absència de contracció del detrusor. Es diagnostica amb la cistomanometria d'ompliment.
2. **Hiperactivitat del detrusor:** símptomes de bufeta hiperactiva que coincideixen amb la contracció involuntària del detrusor. Es diagnostica durant la cistomanometria d'ompliment.
3. **Hipersensibilitat vesical:** percepció augmentada de la sensació vesical en absència de contracció del detrusor. Es diagnostica durant la cistomanometria d'ompliment.
4. **Disfunció de buidatge:** micció anormalment lenta o incompleta; visible amb la fluxometria, la cistomanometria de buidatge i avaluant el volum residual.

3.5/Qüestionaris per a l'avaluació i diagnòstic de la incontinència urinària i fecal

Hi ha qüestionaris estandarditzats de símptomes que, a més d'ajudar els professionals a identificar el tipus d'IU, permeten valorar la gravetat dels símptomes i la repercussió sobre la qualitat de vida. També disposem de qüestionaris validats que avaluen la presència i gravetat de la incontinència fecal. (GRB) (28).

Evidència

Malgrat que molts estudis han investigat la validesa i fiabilitat dels qüestionaris específics de símptomes urinaris, la majoria d'aquests estudis no inclouen pacients adults diagnosticats amb IU. Això limita fins a quin punt els resultats i conclusions d'aquests estudis poden ser aplicats en adults amb IU. Alguns qüestionaris són sensibles al canvi i es poden utilitzar per mesurar els resultats, tot i que les proves sobre la seva sensibilitat són incongruents (34,35).

No s'ha trobat evidència que indiqui si l'ús de qüestionaris validats té un impacte en els resultats del tractament. Fins ara, no hi ha cap qüestionari que compleixi tots els requisits per avaluar les persones amb IU. Els professionals sanitaris han d'avaluar les eines que existeixen, per utilitzar-les soles o combinades, per a l'avaluació i també per al seguiment del resultat del tractament (36).

Taula resum de l'evidència (13)

Resum de l'evidència	Nivell evidència
Els qüestionaris específics de símptomes validats ajuden en el cribatge i classificació de la IU.	3

Resum de l'evidència	Nivell evidència
Els qüestionaris validats de símptomes mesuren la gravetat de la IU.	3
Tant els qüestionaris específics de símptomes com els qüestionaris d'estat general de salut mesuren l'estat de salut actual i el canvi després del tractament.	3
Recomanació	Grau recomanació
Cal utilitzar un qüestionari validat i adequat quan calgui una avaluació estandarditzada.	B*

*Recomanació basada en opinió d'experts

1. Qüestionari curt de qualitat International Consultation on Incontinence (ICI) (ICIQ-UI-SF)

L'ICIQ-UI-SF (37) és un qüestionari autoadministrat per la dona i és imprescindible per a l'avaluació de la IU, ja que proporciona una mesura breu i consistent per avaluar l'impacte dels símptomes d'incontinència sobre la qualitat de vida i els resultats del tractament.

Aquest qüestionari, breu i senzill, també és útil per als professionals sanitaris en l'atenció primària i hospitalària per a la detecció/cribratge de la incontinència, per obtenir un resum breu i complet del nivell de gravetat, l'impacte i la percepció dels símptomes d'incontinència i per facilitar la comunicació entre la dona i el professional sanitari. La seva brevetat també fa que l'ICIQ-UI-SF sigui una eina ideal per a la recerca.

Es tracta de contestar preguntes relatives als símptomes que ha patit la pacient en el darrer mes.

Puntuació de l'ICIQ-UI-SF: cal sumar les puntuacions de les preguntes 1, 2 i 3.

Es considera diagnòstic d'IU qualsevol puntuació superior a 0.

En funció de la puntuació obtinguda, classifiquem la IU en:

1-5: lleu	6-12: moderada	13-18: greu	19-21: molt greu
-----------	----------------	-------------	------------------

2. Qüestionari d'autoavaluació del control de la bufeta Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV)

El CACV (38) és un instrument en forma de qüestionari curt autoadministrat per la dona per detectar i avaluar les dones amb símptomes del tracte urinari inferior. S'utilitza principalment com a instrument de cribratge de bufeta hiperactiva.

En funció de la puntuació obtinguda, classifiquem:

Símptomes:

1-2: lleu	3-6: moderada	7-9: greu	10-12: molt greu
-----------	---------------	-----------	------------------

Afectació:

1-2: lleu	3-6: moderada	7-9: greu	10-12: molt greu
-----------	---------------	-----------	------------------

3. Test de gravetat de la incontinència de Sandvik

El test de Sandvik (39,40) és un instrument en forma de qüestionari autoadministrat per la dona per avaluar la gravetat de la incontinència.

Es tracta de contestar dues preguntes relatives als símptomes que ha patit la dona en el darrer mes.

L'índex de gravetat es calcula multiplicant el resultat de les dues preguntes i després es categoritzen de la manera següent:

1-2: lleu	3-6: moderada	8-9: greu	12: molt greu
-----------	---------------	-----------	---------------

4. Escala de Wexner

L'escala de Wexner (41) és una de les més utilitzades per a l'avaluació de la gravetat de la incontinència fecal.

Es tracta d'un test autoadministrat per la dona que fa referència als símptomes que ha patit en el darrer mes.

L'índex de gravetat es calcula sumant les puntuacions obtingudes en cada pregunta.

La gravetat de la incontinència fecal es classifica en:

Lleu <8	Moderada 9-14	Greu >15
---------	---------------	----------

4/ Conclusions diagnòstiques. Tractament

Les diferents mesures avaluadores, des de la més bàsica, com l'entrevista, a la més complexa, com pot ser la urodinàmica de multicanal o proves neurològiques, ens permetran arribar a un diagnòstic.

Aquest diagnòstic es pot quantificar objectivament en lleu, moderat o greu i afecta la qualitat de vida de la dona.

La causa de la IU pot ser una alteració dels elements de sosteniment; per patologia intrínseca de la bufeta (des de la infecció a l'alteració dels mecanismes neurològics de control per a malalties amb afectació en el control miccional); deguda a tractaments mèdics; com una conseqüència del deteriorament cognitiu o bé com a part de l'envelliment.

- La pèrdua del control de la bufeta pot succeir a diferents nivells, que es poden classificar en tres grups:
 - ▶ Trastorns de l'ompliment, per feblesa o anomalia anatòmica de la uretra i que produirà IU d'esforç.
 - ▶ De l'emmagatzematge, amb clínica d'urgència i pèrdua d'orina
 - ▶ Del buidatge de la bufeta, que clínicament es comportarà com una bufeta subactiva i pot produir retenció urinària.
- Es pot definir una IUE no complexa quan:
 - ▶ No hi ha simptomatologia de dificultat de buidatge i el volum residual és menor a 100 ml.
 - ▶ La urianàlisi és negativa i no hi ha història d'infeccions d'orina de repetició o patologia renovesical.
 - ▶ S'objectiva escapament després de la prova d'esforç per hipermobilitat uretral i no trobem alteracions en l'exploració neurològica.
- Quan apareguin, aïllats o associats a la IUE, símptomes d'augment de la freqüència, urgència i fuites associades a urgència, ens trobarem davant d'una IUM o IUU, amb absència de signes d'alarma.
- Dones amb cirurgia prèvia per incontinència, història d'irradiació pelviana, cirurgia pelviana menys de 3 mesos abans, hematúria no filiada, dolor pelvià, prolapse d'òrgans pelvians anterior o apical d'1 cm o més distal a l'himen, dificultat de buidatge, fuita contínua que faci sospitar una fístula o escapaments difícils de filiar, suposaran una IU complexa.
- Els tractaments conservadors són la primera línia de tractament per qualsevol tipus d'IU no complexa.

Criteris de derivació a altres unitats / serveis

Un cop avaluades les dones amb incontinència, hem de saber identificar quines d'elles no es beneficiaran d'un tractament conservador a l'ASSIR i necessiten ser ateses en un altre nivell assistencial o per una altra especialitat mèdica.

Cal derivar la dona per estudi a coloproctologia quan s'identifiqui IA i al servei d'urologia les dones que presentin els signes d'alarma següents (*Red Flag Symptoms*): dolor, hematúria, infeccions recurrents, ITU de repetició.

En cas de simptomatologia urinària complexa (dificultat miccional, fuga constant d'orina), radioteràpia pelviana, sospita de malaltia neurològica, o cirurgia prèvia de la IU, cal derivar les dones a un equip multidisciplinari.

Per últim, a les dones amb IUE i absència de resposta muscular o *testing* perineal molt baix, o amb patologia osteomuscular que impossibiliti l'actuació en les consultes de l'ASSIR, les adreçarem al servei de rehabilitació.

5/ Tractament conservador

Els tractaments conservadors estan exempts de risc per a la dona i estan indicats en IU no greu d'esforç i d'urgència/mixta perquè hi ha evidència de la seva eficàcia amb un GRA (23).

La cirurgia de la incontinència d'orina correctament indicada i practicada vindrà gravada per un 5-6 % de l'aparició de bufeta hiperactiva de novo i d'un 1-2% de disfuncions de buidatge greus.

Introducció:

- Primera línia de tractament en la IU en atenció primària.
- Són tractaments a un cost baix, no tenen efectes secundaris i no interfereixen en els resultats de tractaments posteriors, segons la International Continence Society.
- Inclou tot tipus de teràpies que no siguin quirúrgiques ni farmacològiques. Serien aquelles intervencions que la dona pot incorporar a la vida diària, com la modificació dels hàbits i l'aprenentatge d'habilitats que l'ajudaran al control de la micció.
- És imprescindible que la dona tingui una funció cognitiva adequada, sense problemes neurològics. Les persones amb deteriorament cognitiu es poden beneficiar dels canvis en l'estil de vida i de buidament programat. En les persones amb deteriorament cognitiu i motor s'han d'incloure les miccions en la rutina diària i suggerir-les per part del cuidador en intervals de temps regulars (cada 2-4 h). També pot incloure el reconeixement positiu davant de conductes de buidament adequades.
- Requereixen algun tipus de formació i supervisió (12).

Mètode:

1. Canvis en l'estil de vida i conductuals: tenen un gran benefici i un risc mínim.
2. Entrenament de la bufeta o reeducació
3. EMSP: primera línia de tractament en les dones amb IU. L'entrenament ha de ser al més intens possible i ha d'estar supervisat per un professional. Com més seguiment, més efectivitat (12,42). S'ha de mantenir almenys entre 8 i 12 setmanes i valorar-ne l'efecte. Tot i que es comenci el tractament farmacològic, cal continuar fent-lo.

L'evidència és major per la modificació de la conducta i l'entrenament de la bufeta en el tractament de la IUU; l'evidència basada en els canvis d'estil de vida és més limitada però avalada per experts internacionals (13).

5.1/Canvis en l'estil de vida

Aquesta educació vol aconseguir l'aplicació per part de la dona de tècniques i activitats d'autocura, així com de canvis en els estils de vida per tal de reduir la simptomatologia urinària. Per tant, haurem d'aconsellar-li:

Recomanacions

- Perdre pes en cas d'obesitat o IMC 28-29 (GRA) (13).
- Disminuir el consum de begudes estimulants com el cafè, te i cola (GRB) (13). Conèixer els aliments que produeixen més orina.
- Ingesta de líquids entre 1.500-1.600; cal anar en compte a prendre'n menys, per la concentració de l'orina i perquè podria empitjorar la incontinència i afavorir el restrenyiment.
- Distribució dels líquids durant el dia; moderant la ingesta a la tarda-nit (és ideal dues hores abans d'anar a dormir no prendre líquid o disminuir-ne la ingesta).
- Facilitar l'accés al lavabo i, si cal, l'adequació de la llar: il·luminació adequada, elevadors al vàter, agafadors per facilitar l'accés...
- Deixar de fumar (GRC) (13).
- Fer una activitat esportiva adequada segons les característiques personals (GRC) (13). Evitar l'esport d'impacte o de competició, per la pressió que suposa per al sòl pelvià.
- Conèixer el seu ritme de son: hi ha una relació entre la vigília i la freqüència urinària, tenint en compte que les persones grans poden produir volums nocturns majors deguts als edemes si pateixen insuficiència cardíaca o insuficiència venosa perifèrica i a la síndrome metabòlica. Mantenir les cames aixecades durant les últimes hores vesperines pot estimular la diüresi natural.
- Afavorir el buidatge complet: bona posició durant la micció, seure correctament i, si cal, buidatge doble.
- Evitar hàbits de micció erronis, tant anar a orinar massa sovint com esperar massa temps a anar-hi.
- Aconseguir un bon ritme de deposicional garantint una ingesta adequada en fibra.
- Conèixer els fàrmacs que pren; possibilitat de canviar horaris, sobretot amb els diürètics.
- Vestir-se amb roba còmoda i fàcil de treure.

5.2/Entrenament de la bufeta. Reeducació vesical

L'eina que utilitzarem per dur a terme aquestes modificacions serà el DM, instrument recomanat per la International Continence Society i imprescindible en l'estudi de la funció i la capacitat de la bufeta.

Ens informa de manera objectiva dels cicles d'ompliment i buidatge, ens ajuda a mesurar els resultats, en el cas de començar el tractament farmacològic ens avala la

decisió i la fixació d'objectius, i és un instrument de presa de consciència per part de la dona.

S'ha de fer almenys 3 dies, inclosos laborables i festius.

Diari miccional

Dades que proporciona:

- Freqüència diürna: nombre de miccions durant el dia.
- Nictúria: nombre de miccions durant la nit.
- Urgència: aparició sobtada de les ganes d'orinar que no es pot endarrerir.
- Pèrdues d'orina que no es poden controlar.
- Diüresi de 24 h, si cal separar en diürn i nocturn.
- Ingesta de líquids en 24 h.
- Volum màxim fet en una única micció.
- Volum mínim fet en una única micció.
- Quantitat d'absorbents utilitzats.

Reeducació vesical

La forma més habitual del reentrenament vesical consisteix en:

1. Informació del tracte urinari inferior i del sòl pelvià.
2. Entrenament per inhibir les ganes i endarrerir la micció.
3. Pla de miccions programades.
4. Tècniques de relaxació i contraccions dels MSP.

Com ho farem:

- S'ha de determinar un interval inicial, d'acord amb el diari miccional (25). L'objectiu és millorar el control del temps i el volum d'orina, pactar un temps d'espera entre les miccions que sigui assumible per la dona i quan correspongui, haurà d'orinar tant si en té ganes com si no.
- Quan ha sigut capaç de mantenir l'interval durant una setmana, augmentarem el temps en 15 minuts amb l'objectiu d'aconseguir intervals de 3 hores (6).
- Si en té ganes abans, ha d'intentar inhibir-les amb tècniques de relaxació i de distracció (respiració pausada i contraccions dels MSP); s'ha d'aconseguir que la urgència desaparegui per poder anar al lavabo a poc a poc, sense córrer ja que això podria provocar un augment de pressió intraabdominal. És millor quedar-se quieta i contraure els MSP fins que la urgència desaparegui.

Sabem que existeix una innervació coordinada entre la bufeta, la uretra i els MSP però no queden clares les pautes pel que fa al nombre i tipus de contracció. En teoria, la contracció dels MSP podria inhibir la contracció involuntària del detrusor (reflexos 3 de Mahony, coordina el detrusor i l'esfínter estriat uretral durant la micció) reduint la sensació d'urgència i endarrerint les ganes d'orinar.

Enfortir els MSP mitjançant exercicis regulars pot ajudar a controlar millor la urgència.

Els controls seran setmanals, telefònics i presencials. La complicitat dona-professional és imprescindible. La teràpia conductual li suposa un gran esforç a la dona; necessita suport i resoldre els dubtes que apareguin durant el procés.

Apoderar la dona en el sentit que és capaç, que ho pot aconseguir i que ha de tenir confiança per assolir els canvis.

En els programes de promoció envers la continència s'ha demostrat que el compliment del tractament s'associa amb la satisfacció en la comunicació.

Recomanacions

- Començar per la informació més important; ha de ser clara i entenedora.
- Utilitzar consells molt específics i senzills que es puguin integrar a la vida quotidiana.
- Els recordatoris ens poden ajudar a l'acompliment dels objectius pactats.

Tot aquest treball requereix un reforç positiu per part del professional i un alt grau de motivació i constància per part de la dona.

5.3/Entrenament dels músculs del sòl pelvià

Per entendre millor l'EMSP (5,7) cal conèixer les característiques de les seves fibres musculars:

- ▶ Al voltant del 80% són fibres musculars tòniques i es caracteritzen perquè no s'esgoten; la resta, el 20%, són les fibres fàtiques, aquestes estan al voltant dels esfínters, es cansen abans i necessiten més repòs.

Segons demostren alguns estudis, es recomana mantenir la força muscular per sobre del 80%, ja que amb aquesta contracció es treballen sinergies que repercuteixen en una major eficàcia de l'entrenament de l'SP.

Per establir els programes de treball individuals o en grup cal tenir en compte que els entrenaments cíclics i regulars presenten millors resultats que els que es realitzen 1-2 cops per setmana.

L'entrenament ha de ser supervisat per persones expertes i s'ha de mantenir al llarg de la vida. Consisteix en exercicis de contracció fàcils de fer i aprendre, només cal constància i motivació per aconseguir resultats.

És important recordar de fer els exercicis i mantenir una rutina utilitzant estratègies, com per exemple, fer-los després de buidar la bufeta o posar adhesius o notes que ens ho recordin.

Quan ens plantegem iniciar un entrenament del sòl pelvià, cal insistir molt en la correcció de la postura i hem d'explicar que, per al treball eficaç del sòl pelvià, és necessari que associem un seguit de músculs que es troben fora la zona pelviana. La justificació és que això té el benefici de reforçar la musculatura de suport i en definitiva reequilibrar la postura.

No hem d'oblidar que tenim una musculatura accessòria del sòl pelvià que ens ajuda a mantenir l'estàtica corporal adequada. Un treball integral del sòl pelvià suposa treballar en sinergia: l'esfera abdominopelviana, el transvers abdominal, la musculatura

profunda de la columna, els multífids, que tenen com a funció estirar. Tot això ha de funcionar en conjunt, ja que la descompensació entre aquestes estructures justifica en ocasions àlgies inespecífiques.

Cal explicar que el treball del sòl pelvià i musculatura accessòria s'ha de complementar amb un adequat treball respiratori que eviti maniobres de Valsalva. Pot ser una ajuda per a la dona la palpació i concentració en la zona infraumbilical amb la respiració.

6/ Tractament farmacològic de la incontinència urinària: recomanacions del grup d'experts de l'ICS

Els tractaments d'elecció de la IU són la modificació dels estils de vida i les teràpies conductuals.

Les recomanacions del tractament farmacològic són les vigents en l'àmbit de l'ICS i del CatSalut. No obstant això, s'estan elaborant les *Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària*, la publicació de les quals està prevista per al primer trimestre de 2021. En el moment que es publiquin, les recomanacions pel que fa al tractament farmacològic d'aquest Protocol queden subjectes a les recollides a les Pautes d'harmonització esmentades.

Els tractaments farmacològics actualment disponibles, recomanats pel grup d'experts de l'ICS (43), només són efectius en la IUU i IUM i tenen una eficàcia limitada i d'escassa rellevància clínica. A l'hora de decidir el tractament farmacològic d'una dona s'ha de valorar el balanç risc-benefici i si la millora esperada en la qualitat de vida compensa el risc dels efectes adversos: gravetat i reversibilitat.

En cas de necessitar tractament farmacològic, els fàrmacs antimuscarínics són considerats el tractament farmacològic de primera línia, ja que disposem de més evidència i experiència d'ús. Es coneix poc sobre l'impacte dels antimuscarínics en la urgència nocturna.

Els fàrmacs recomanats són: tolterodina, oxibutinina oral i clorur de trospi.

L'eficàcia en la millora de la simptomatologia del mirabegró en relació amb placebo resulta d'escassa rellevància clínica perquè és similar a la dels fàrmacs antimuscarínics.

Les contraindicacions dels antimuscarínics són: retenció urinària, símptomes obstructius greus, glaucoma d'angle tancat no controlat, miastènia greu, trastorns obstructius o de la motilitat gastrointestinal greus, megacòlon tòxic o colitis ulcerosa greu.

Els efectes secundaris més comuns són la boca seca, el restrenyiment i el mal de cap.

És important avaluar la tolerabilitat, l'efectivitat i el compliment del tractament. Si al cap de 8-12 setmanes no hi ha benefici clínic s'hauria de valorar de suspendre o canviar el tractament. Si es continua amb el tractament, s'hauria de revisar anualment en majors de 75 anys. Si canvia la situació basal o les comorbiditats de la pacient, cal fer un control més freqüent (cada 6 mesos). Es pot fer una revisió de la història clínica per valorar els canvis respecte a la situació inicial mitjançant una visita virtual.

Davant el fracàs dels abordatges terapèutics o, de vegades, durant el tractament s'han d'emprar dispositius d'incontinència. En cas que la dona requereixi la utilització

habitual de dispositius per a la incontinència, s'ha de considerar la discontinuació del tractament farmacològic. S'haurà de prescriure el dispositiu d'incontinència més adient en funció d'una valoració integral de la persona i el seu entorn.

Els principals dispositius per a la incontinència en la dona són els absorbents (bolquers).

- Absorbents: per seleccionar l'absorbent més apropiat, s'ha de fer una valoració biològica, psicològica i social de la pacient.

Els absorbents es classifiquen segons la capacitat d'absorció, la forma de subjecció i la talla. La capacitat d'absorció del bolquer s'ha de seleccionar segons la quantitat de les pèrdues i la forma i el tipus de subjecció de l'absorbent s'ha de triar segons el grau de mobilitat i l'estat cognitiu de la pacient. Pel que fa a la comoditat i a la discreció dels absorbents, s'han de tenir en compte les preferències de la pacient.

6.1/Fàrmacs antiespasmòdics

6.1.1/ Oxibutinina (GRA)

És una amina terciària que s'absorbeix bé, tot i que la biodisponibilitat oral és baixa, i es metabolitza al fetge.

Té un mecanisme d'acció mixta, antimuscarínic i d'acció directa, bloquejant els canals de calci.

L'avantatge de la formulació ER (d'alliberament retardat) es troba en una millora en els horaris de dosificació i del perfil d'efectes secundaris, però no està comercialitzada al nostre territori.

6.1.2/ Tolterodina (GRA)

De ràpida absorció i metabolitzada al fetge també té efecte sobre la mucosa. La seva absorció es retarda amb la presentació d'alliberació prolongada.

El seu pas al sistema nerviós central (SNC) és més limitat que el de l'oxibutinina.

Pel que fa als efectes cardíacs no té efecte clínicament significatiu a l'interval QT, tot i que s'ha de tenir precaució en pacients amb factors de risc d'increment de l'interval QT.

La tolterodina està comercialitzada en la forma l'alliberació retardada en dosi de 4 mg al dia, amb el seu nom genèric i com *Urotrol neo* i *Detrusitol neo*. També hi ha disponibles comprimits d'alliberació immediata en dosis de 2 mg/12 h.

6.1.3/ Clorur de trospi (GRA)

Té una disponibilitat biològica inferior al 10% i el 60% de la dosi absorbida s'elimina inalterada en l'orina.

El trospi no es metabolitza al fetge i creua a l'SNC en un grau limitat. Clínicament sembla tenir menys efectes cognitius negatius que altres anticolinèrgics, tot i que les dades disponibles en pacients d'edat avançada són escasses.

El clorur de trospi està comercialitzat a Catalunya i s'administra en dosi de 20 mg c/12h (Uraplex).

6.1.4/ Consideracions del tractament farmacològic en dones grans

En les dones grans s'han de fer tots els esforços possibles per implementar mesures no farmacològiques i s'han de mantenir, tot i començar el tractament farmacològic.

Els tractaments disponibles són els mateixos que en les pacients més joves. Tant per l'eficàcia limitada com pels seus efectes secundaris, que comporten una baixa persistència.

Quan es prescriu un antimuscarínic s'ha de tenir en compte la càrrega anticolinèrgica global de la pacient i amb els agonistes de β 3-AR (mirabegró), cal tenir especial precaució quan hi ha comorbiditats cardiovasculars com la hipertensió.

Pel que fa al mirabegró, en l'àmbit del SISCAT es considera que no es poden identificar situacions clíniques en les quals el seu ús sigui prioritari.

L'eficàcia dels agents antimuscarínics per al tractament dels símptomes de bufeta hiperactiva, urgència i incontinència urinària en persones grans és similar a l'observat en adults més joves. Atès que hi ha una disminució del metabolisme i de l'eliminació, les pacients d'edat avançada poden requerir dosis menors.

Com s'ha dit anteriorment, s'ha de continuar amb el tractament no farmacològic. Els beneficis del tractament amb teràpia conductual i un fàrmac en els adults grans són la millor tolerabilitat de la boca seca i una major persistència en el tractament antimuscarínic. El restrenyiment és comú i pot ser particularment molest per als adults grans que ja pateixen trastorns crònics de l'intestí (44).

La major comorbiditat, debilitat muscular, diürètics o altres, fa que el tractament no pugui limitar-se a una intervenció solitària.

1. Alteració de les funcions cognitives

L'ús d'antimuscarínics sembla associar-se amb un risc més gran de demència (45), sobretot quan s'utilitzen a llarg termini i més d'un fàrmac amb activitat anticolinèrgica.

L'oxibutinina ha demostrat potencial per provocar el deteriorament cognitiu i s'ha d'evitar en la gent gran. Es considera que la resta d'anticolinèrgics tenen un risc menor que l'oxibutinina (46).

Molts estudis demostren que els fàrmacs inhibidors de l'acetilcolinesterasa per tractar la malaltia d'Alzheimer predisposen a la IU. El trospi no augmenta la demència si es vol tractar aquesta IU.

Atès que són fàrmacs amb benefici limitat i els efectes adversos són més freqüents en l'edat avançada que en els més joves, en general, són fàrmacs a evitar en pacients fràgils.

2. Efectes cardiovasculars

Els antimuscarínics poden tenir efectes adversos cardíacs per augment en la freqüència cardíaca, prolongació de l'interval QT i inducció de taquicàrdia ventricular polimòrfica amb augment de la mortalitat. Falten estudis específics per a la gent gran.

3. Polifarmàcia

Molts medicaments prescrits habitualment tenen efectes antimuscarínics.

S'aconsella consultar el llistat actualitzat de medicaments del CatSalut: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medi-

[caments_farmacia/catsalut-entitats/transversals/seguretat-us-med-incid-prescripcio-v2020.pdf>](#)

Prendre més de 5 medicaments per pacient pot augmentar la toxicitat o, si hi ha una interacció farmacocinètica, disminuir l'eficàcia dels antimuscarínics (45). La tolterodina, la solifenacina i la fesoterodina són metabolitzades pel fetge, cosa que augmenta el risc d'interacció. El trospi representa un tractament més segur, per la seva eliminació majoritàriament renal.

6.2/Mirabegró

Actualment en l'àmbit del SISCAT es considera que no es poden identificar situacions clíniques en les quals el seu ús sigui prioritari.

La contraindicació per al seu ús és la hipertensió no controlada i, per aquest motiu, s'ha de monitorar la pressió arterial abans d'iniciar el tractament amb mirabegró i fer-ho periòdicament durant el tractament, especialment en pacients hipertensos. Així mateix, s'ha de valorar el balanç benefici-risc d'utilitzar-lo en pacients hipertensos de control difícil.

Els principals esdeveniments adversos per a mirabegró són les infeccions del tracte urinari (2,9%), la taquicàrdia (1,2%), i la fibril·lació auricular (0,2%).

6.3/Estrògens

Bufeta, uretra i sòl pelvià són teixits sensibles als estrògens.

Perquè les dones siguin continents, la pressió uretral ha de ser suficient. La uretra té quatre estructures sensibles a l'estrogen: l'epiteli, la vascularització, el teixit connectiu i el múscul.

- S'han trobat dos tipus de receptor d'estrogen (α i β) al trígono de la bufeta, uretra i vagina, així com en els músculs i fàscia de l'elevador i lligaments del sòl pelvià.
- El receptor d'estrogen α a la menopausa s'ha demostrat sensible a la teràpia amb estrògens exògens. Aquests augmenten la vascularització periuretral i milloren el col·lagen urogenital, que es redueix a la menopausa, tant en dones continents i incontinents.
- Actualment hi ha una evidència nivell 1 contra l'ús d'estrogen sistèmic per al tractament de la IU.

La síndrome genitourinària postmenopausa

El conjunt de símptomes locals com la sequedat vaginal, pruija i dispareúnia, disúria i infeccions recurrents del tracte urinari i IUU (síndrome genitourinària) (47) responen bé a la teràpia amb estrògens intravaginals a baixes dosis i llarg termini. No hi ha resposta a dosis ultrabaixes (10 micrograms/setmanals) (48).

6.3.1/ Estrògens per a la incontinència urinària d'esforç

La teràpia amb estrògens no és un tractament eficaç per a la IUE però la combinació d'exercicis de sòl pelvià (EMSP) amb estriol (1 mg per dia) en dones amb IUE postmenopàusiques produeix una millora significativa (49).

6.3.2/ Estrògens per la incontinència d'urgència i símptomes de bufeta hiperactiva

- Encara que hi ha bona evidència que els símptomes i canvis citològics de l'atròfia urogenital poden ser revertits per dosis locals baixes d'estrògens, actualment no hi ha prou evidència per utilitzar-los en el tractament de la IUU (50).
- La Societat Internacional de la Menopausa (IMS) va donar noves recomanacions per a l'ús d'estrògens locals a dosis baixes el 2016 (51):
 - ▶ GRA per a l'ús d'estrògens locals en dones amb símptomes urogenitals
 - ▶ GRB pel seu ús a llarg termini.
 - ▶ GRB en el tractament de les infeccions urinàries de repetició.

Els noms comercials per a l'estriol 50 mcg/g vaginal són *Blissel* i *Gelistrol* per a la presentació en crema; 0,5 mg/g *Ovestinon* (crema i òvul) i 7,5 mcg/dia d'estradiol en anell trimestral, *Estring*.

El finançament està restringit a Gelistrol® (estriol) per al tractament local de la sequedat vaginal en dones postmenopàusiques amb atròfia vaginal greu causada per: síndrome de Sjögren, radioteràpia, càncer de cèrvix, radioteràpia pelviana, tractament amb quimioteràpia i malaltia autoimmunitària. La resta d'indicacions i presentacions no està finançada.

7/ Disfuncions del sòl pelvià associades o derivades de la IU. Abordatge i tractament conservador a l'ASSIR

Tot i no ser l'objectiu d'aquest protocol, proposem línies de diagnòstic i tractament per al prolapse d'òrgans pelvians (POP) i la disfunció sexual (DS) derivada de la patologia del sòl pelvià, tant per la rellevància clínica d'aquestes entitats com per les possibilitats de detecció i tractament a l'ASSIR.

7.1/Prolapse d'òrgans pelvians

El POP suposa el desplaçament de bufeta, úter (i volta vaginal) o recte a través de la vagina i l'introït (15). Té una prevalença de 3-8,8 % quan es defineix pels símptomes i fins a un 50% quan es basa en l'examen vaginal (52). Afecta un 30-40% de dones que ha tingut un part vaginal.

Altera la imatge corporal, la qualitat de vida i la sexualitat de la dona (53).

La seva clínica i classificació amb el sistema POP-Q simplificat estan descrits dins d'aquest protocol, a l'apartat c.4, avaluació clínica, a les pàgines 15 i 16.

És recomanable l'ús de qüestionaris específics o bé una referència del grau de molèstia, per tractar-se d'una patologia de qualitat de vida.

La validació al castellà del qüestionari EPIC (54) inclou una pregunta, que puntua del 0 (gens) al 10 (màxim) el grau de molèstia associat al POP:

— *“¿Cuánto le molesta la sensación de tener un bulto en la vagina o de que hay algo que sale de ella?”* “

Amb aquesta pregunta farem una cerca activa del problema i podrem avaluar les nostres accions de millora.

7.2/Disfunció sexual

Es calcula que només el 50% de les dones que es visiten a les consultes de sòl pelvià són sexualment actives, i d'aquestes, el 60% presenten algun tipus de disfunció sexual (DS).

La sexualitat afecta tant dones que presenten prolapse, associat al canvi de la imatge corporal (53), com aquelles que pateixen incontinència d'orina o incontinència anal (55).

Tots els tipus d'incontinència d'orina poden associar-se a disfunció sexual (56), sobretot quan es presenten pèrdues d'orina coitals (57), que poden ser degudes a IU d'esforç (durant la penetració) o d'urgència (amb l'orgasme). Una metaanàlisi que ava-

lua l'efecte de la cirurgia en dones que pateixen IU coital en conclou la millora (58).

En relació amb el tipus d'IU, la disfunció sexual sembla més freqüent en les dones amb IU mixta/bufeta hiperactiva.

Per provar d'avaluar objectivament la disfunció sexual respecte d'altres disfuncions del sòl pelvià i per fer el seguiment de les nostres intervencions, hi ha un qüestionari validat que ens informa de la funció sexual i la seva alteració associada a prolapse o a la incontinença, el PISQ-12 (59) (*Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire*, per les sigles en anglès).

7.3/Tractament amb entrenament muscular del sòl pelvià

Diversos estudis (60,61) han demostrat l'eficàcia de l'entrenament de la musculatura del sòl pelvià per tractar tant la simptomatologia com la gravetat del prolapse d'òrgans pelvians, tot i que en dones grans hi ha un estudi que no troba rellevància clínica quan compara EMSP amb no-tractament (62).

Els estudis inclouen majoritàriament POP en grau < III i estan fets en dones postmenopàusiques i sovint afegeixen canvis en l'estil de vida.

L'efecte de l'EMSP en el prolapse del postpart és encara incert i no sembla útil en primíparas (63,64).

Tot i que sembla que l'entrenament muscular pot millorar els resultats perioperatoris, encara no hi ha una evidència suficient per recomanar-lo.

Quan la IU i/o el prolapse comporten disfunció sexual, aquesta última millora amb l'EMSP quan l'MSP millora pel que fa a la força i resistència (65–67).

Els exercicis hipopressius no tenen evidència d'aportar beneficis addicionals a l'EMSP per tractar el prolapse (68).

7.4/Tractament amb pessari

El pessari és un dispositiu intravaginal fabricat amb silicona mèdica, útil per tractar el POP i la IU (69). Es considera barat i segur, l'efecte és gairebé immediat, minimitzen la simptomatologia, poden evitar que el prolapse empitjori i milloren la qualitat de vida quan s'associen a EMSP (70).

L'èxit del pessari oscil·la entre el 58 i el 88% depenent dels estudis (71,72). En dones grans, sembla més efectiu l'ús de pessari que l'entrenament muscular per reduir els símptomes de prolapse (73).

L'ús de pessari com a primera intenció de tractament està indicat en les dones sense desig genèsic complet, comorbiditat mèdica per la cirurgia o per elecció de la dona (74). S'utilitzen també com a eina diagnòstica (per descartar una IU oculta o per imitar l'efecte de la cirurgia) i com a tractament temporal en espera de cirurgia.

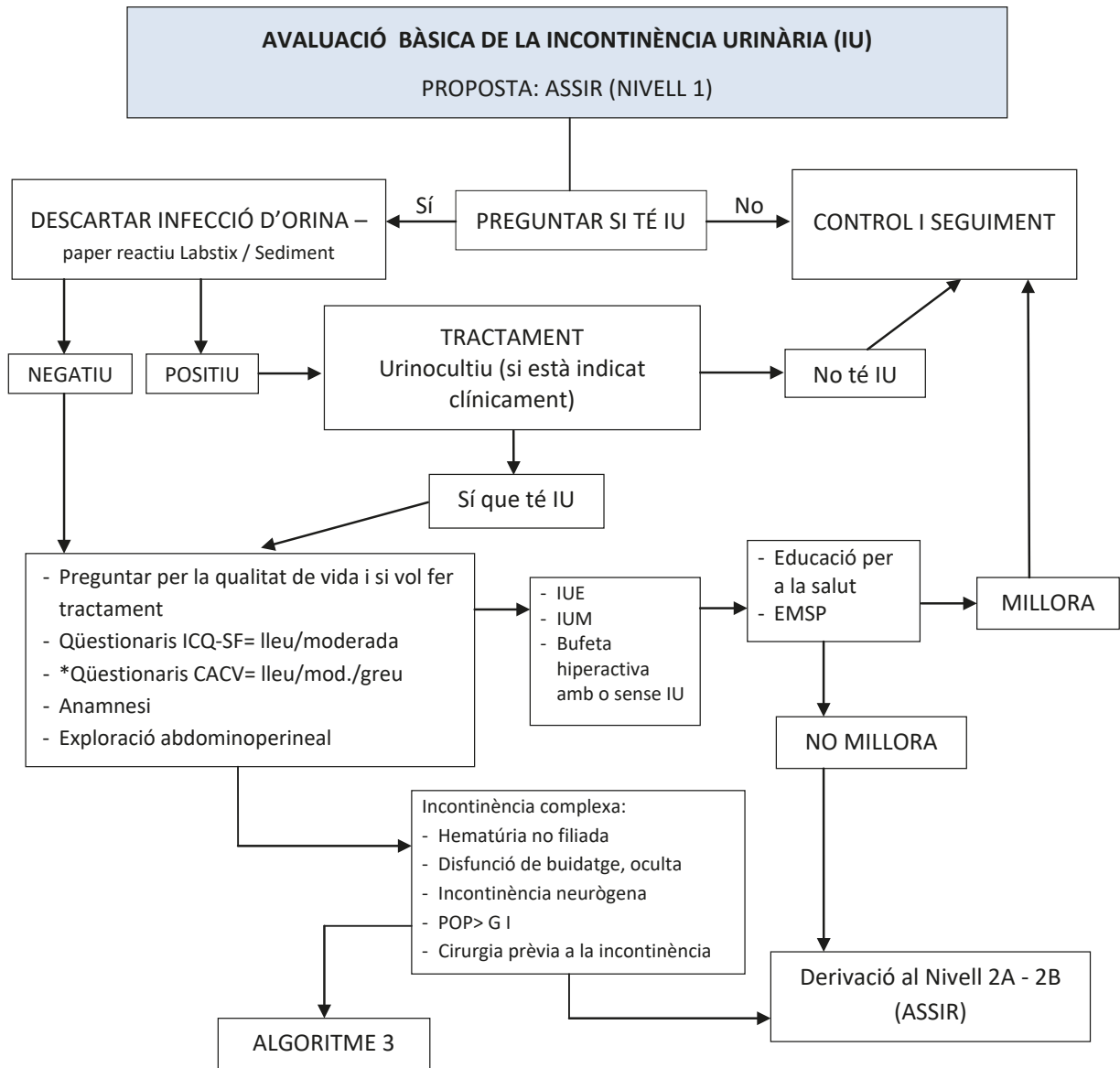
Els pessaris es poden utilitzar de manera discontinua, amb autogestió de la dona, o de forma continuada. En aquest cas, s'han de recanviar amb regularitat i comprovar si produeixen erosions (75), sobretot en dones postmenopàusiques. El estrògens locals ajuden a mantenir la mucosa vaginal sana.

No sembla haver-hi diferències segons el tipus de pessari emprat pel que fa a la seva eficàcia (76).

Les causes principals del fracàs d'inserció del pessari són: vagina curta, major amplitud de l'hiat urogenital, rectocele, histerectomia o cirurgia prèvia, edat <65 anys, tabaquisme, major IMC. Hi ha resultats contradictoris sobre el fracàs en estadis III i IV del prolapse (77–80).

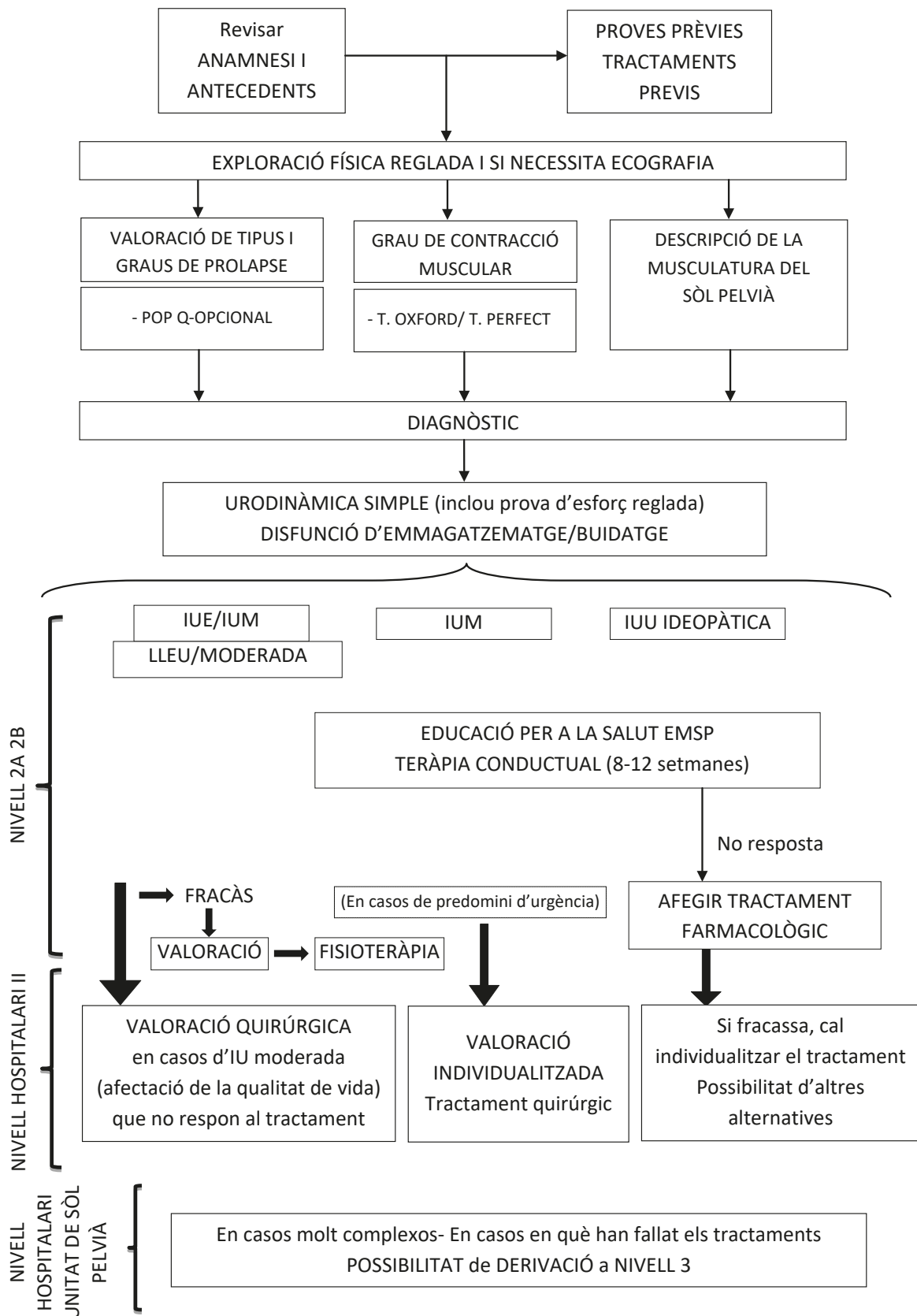
8/ Algoritmes

ALGORITME 1- AVALUACIÓ BÀSICA DE NIVELL 1

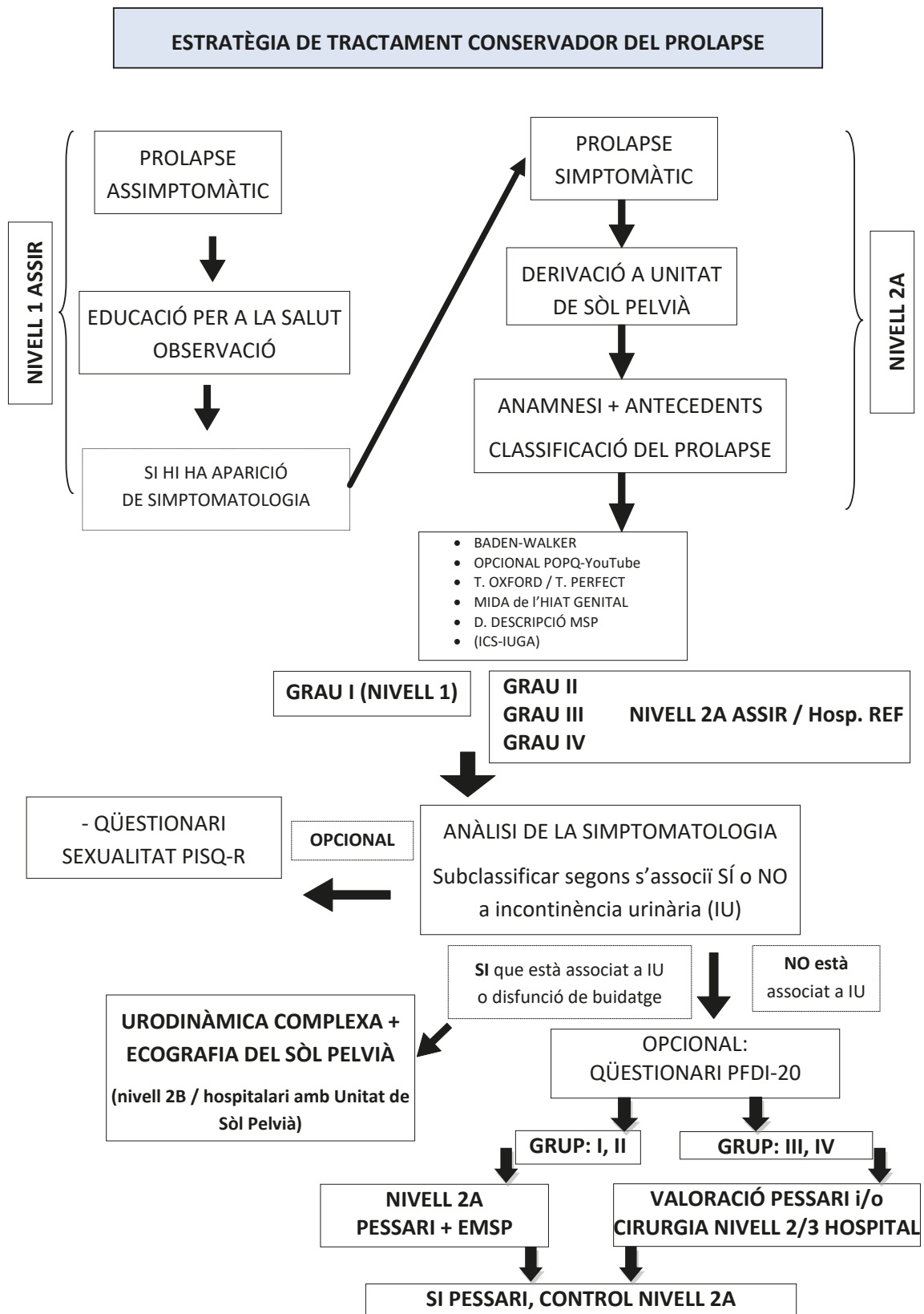


*Passar només aquest qüestionari: IUM, BUFETA HIPERACTIVA AMB O SENSE IU

ALGORITME 2- NIVELLS 2A i 2B



ALGORITME 3- ABORDATGE DEL PROLAPSE



9/ Bibliografia

1. España-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. Prevalencia de incontinència urinària en Catalunya. Med Clínica [Internet]. novembre de 2009 [citad 15 d'agost de 2019]; 133 (18): 702-5. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775309010513>
2. Rortveit G, Hannestad YS, Kjersti Daltveit A, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Obstet Gynecol [Internet]. 1 de desembre de 2001 [citad 15 d'agost de 2019]; 98(6): 1.004-10. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784401015666>
3. Abajo Llama S, Aliaga Martínez P, Boades Xirgu N, Creus Pujol MD, Junquera Rius M, Martínez Bueno C, et al. Document de consens per a la prevenció, valoració i detecció de les disfuncions del sòl pelvià [Internet]. Associació Catalana de Llevadores; 2013. Disponible a: https://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/document_consens_prevencio_va...pdf
4. Bø K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. World J Urol [Internet]. agost de 2012 [citad 16 d'agost de 2019]; 30(4): 437-43. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00345-011-0779-8>
5. Bø K, Fleten C, Nystad W. Effect of Antenatal Pelvic Floor Muscle Training on Labor and Birth: Obstet Gynecol [Internet]. juny de 2009 [citad 16 d'agost de 2019]; 113(6): 1.279-84. Disponible a: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-200906000-00013>
6. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Incontinence Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 17 d'octubre de 2012 [citad 16 d'agost de 2019]; Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007471.pub2>
7. Bø K, Brækken IH, Majida M, Engh ME. Constriction of the levator hiatus during instruction of pelvic floor or transversus abdominis contraction: a 4D ultrasound study. Int Urogynecology J [Internet]. Gener de 2009 [citad 16 d'agost de 2019];20(1):27-32. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-008-0719-3>
8. Park S-H, Kang C-B, Jang SY, Kim BY. Effect of Kegel Exercise to Prevent Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women: Systematic Review. J Korean Acad Nurs [Internet]. 2013 [citad 16 d'agost de 2019]; 43(3): 420. Disponible a: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2013.43.3.420>

9. Creus Pujol MD, Martínez Bueno C, Olivera Sanchez G, Vela Martinez E. El massatge perineal [Internet]. Associació Catalana de Llevadores; 2013. Disponible a: https://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/massatge_perineal.pdf
10. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 30 d'abril de 2013 [citat 16 d'agost de 2019]; Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005123.pub3>
11. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [citat 16 d'agost de 2019]. p. CD006672.pub2. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006672.pub2>
12. Fillol Crespo M. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO. Diagnóstico de la Incontinencia Urinaria y Tratamiento de la Incontinencia de Urgencia y del Síndrome de Vejiga Hiperactiva. 1a ed. Loki & Dimas; 2016. 40 p.
13. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, et al. EAU GUIDELINES ON URINARY INCONTINENCE. Httpsuroweborgwp-Contentupload-sUrinary-Incontinence-2017-Pocketpdf [Internet]. :28. Disponible a: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Urinary-Incontinence-2017-pocket.pdf>
14. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996;175(1):10–17.
15. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP): International Urogynecological Association (IUGA). Neurourol Urodyn [Internet]. febrer de 2016 [citat 16 d'agost de 2019]; 35(2): 137-68. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22922>
16. Lifshitz E, Kramer L. Outpatient Urine Culture: Does Collection Technique Matter? Arch Intern Med [Internet]. 11 de setembre de 2000 [citat 16 d'agost de 2019]; 160(16): 2.537-40. Disponible a: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485431>
17. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, Powell PH, Neal DE. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. J Urol. 2000; 163(2): 524–527.
18. Buchsbaum GM, Albushies DT, Guzick DS. Utility of urine reagent strip in screening women with incontinence for urinary tract infection. Int Urogynecology J [Internet]. desembre de 2004 [citat 16 d'agost de 2019];15(6): 391-3. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-004-1192-2>
19. Ouslander JG. Incontinence in the Nursing Home. Ann Intern Med [Internet]. 15 de març de 1995 [citat 16 d'agost de 2019]; 122(6): 438. Disponible a: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-122-6-199503150-00007>
20. Young SB, Pingeton DM. A practical approach to perimenopausal and postmenopausal urinary incontinence. Obstet Gynecol Clin North Am. 1994; 21(2): 357–379.
21. McIntosh LJ, Richardson DA. 30-minute evaluation of incontinence in the older woman. Geriatr Basel Switz. 1994; 49(2): 35–8.

22. DuBeau CE, Resnick NM. Evaluation of the causes and severity of geriatric incontinence. A critical appraisal. *Urol Clin North Am*. 1991; 18(2): 243–256.
23. NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: © NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. *BJU Int* [Internet]. maig 2019 [citat 4 setembre 2019]; 123(5): 777-803. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/bju.14763>
24. Abrams P, Andersson K-E, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. *Neurourol Urodyn* [Internet]. setembre de 2018 [citat 25 de novembre de 2019]; 37(7): 2.271-2. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.23551>
25. Ortega Martínez J, Espuña Pons M. Diario miccional: un instrumento para la consulta de suelo pélvico. *Suelo Pélvico Rev Esp Sobre Med Suelo Pélvico Mujer Cir Reconstr*. 2007; 3(3): 70–77.
26. Robinson BL, Geller EJ, Parnell BA, Crane AK, Jannelli ML, Wells EC, et al. Diagnostic accuracy of visual urethral mobility exam versus Q-Tip test: a randomized crossover trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. juny 2012 [citat 19 agost 2019];206(6):528.e1-528.e6. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937812001780>
27. Pirpiris A, Shek KL, Dietz HP. Urethral mobility and urinary incontinence. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 15 d'abril de 2010 [citat 19 d'agost de 2019]; 36(4): 507-11. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/uog.7658>
28. Nager CW, Brubaker L, Litman HJ, Zyczynski HM, Varner RE, Amundsen C, et al. A Randomized Trial of Urodynamic Testing before Stress-Incontinence Surgery. *N Engl J Med* [Internet]. 24 de maig de 2012 [citat 19 d'agost de 2019]; 366(21): 1.987-97. Disponible a: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa1113595>
29. Boldrini L, Valenzuela U, Valenzuela C, Vallejos P, Peragallo C, Castillo V, et al. Uso de estudio urodinámico simple, para diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017; 82(5): 554–558.
30. Shipp TD, Lockwood CJ, Levine D. Ultrasound examination in obstetrics and gynecology. *UpToDate Lit Rev* April. 2016;
31. Nambiar AK, Lemack GE, Chapple CR, Burkhard FC. The Role of Urodynamics in the Evaluation of Urinary Incontinence: The European Association of Urology Recommendations in 2016. *Eur Urol* [Internet]. abril 2017 [citat 19 agost 2019]; 71(4): 501-3. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283816306856>
32. Suskind AM, Cox L, Clemens JQ, Oldendorf A, Stoffel JT, Malaeb B, et al. The Value of Urodynamics in an Academic Specialty Referral Practice. *Urology* [Internet]. juliol 2017 [citat 19 agost 2019]; 105: 48-53. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429517303461>
33. Yared JE, Gormley EA. The Role of Urodynamics in Elderly Patients. *Clin Geriatr Med* [Internet]. novembre 2015 [citat 9 de setembre de 2019]; 31(4): 567-79. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749069015000531>
34. Chan SSC, Cheung RYK, Lai BPY, Lee LL, Choy KW, Chung TKH. Responsiveness of the

- Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire in women undergoing treatment for pelvic floor disorders. *Int Urogynecology J*. 2013; 24(2): 213–221.
35. Kim J, Lee W, Gioia K, Patel B, Lucioni A, Govier F, et al. 1576 IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN INCONTINENCE IMPACT QUESTIONNAIRE 7 SCORE AFTER SURGERY FOR STRESS URINARY INCONTINENCE AND PATIENT-PERCEIVED SATISFACTION AND IMPROVEMENT? *J Urol* [Internet]. abril 2013 [citad 19 d'agost de 2019]; 189(4S). Disponible a: <http://www.jurology.com/doi/10.1016/j.juro.2013.02.3126>
 36. Shy M, Fletcher SG. Objective Evaluation of Overactive Bladder: Which Surveys Should I Use? *Curr Bladder Dysfunct Rep* [Internet]. març 2013 [citad 19 d'agost de 2019]; 8(1): 45-50. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s11884-012-0167-2>
 37. Espuña MP, Rebollo PA, Puig MC. Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence. *Med Clínica*. 2004; 122(8): 288–292.
 38. Espuña Pons M, Puig Clota M, Rebollo Álvarez P. Validación de la versión en español del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV): Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp*. 2006; 30(10): 1.017–1.024.
 39. Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn Off J Int Cont Soc*. 2000;19(2):137–145.
 40. Sandvik H, Espuña M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecology J* [Internet]. octubre de 2006 [citad 19 d'agost de 2019];17(5): 520-4. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-005-0060-z>
 41. Ciriza de los Ríos C, Ruiz de León A, García Durán F, Tomás Moros E, Carneros Martín JA, Muñoz Yagüe T, et al. Calidad de vida en pacientes con incontinencia fecal y su relación con la gravedad de la misma. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. noviembre 2010 [citad 19 agost 2019]; 33(9): 621-8. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210570510001925>
 42. Bettez M, Tu LM, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, et al. 2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J* [Internet]. 17 d'octubre de 2012 [citad 19 d'agost de 2019]; 6(5): 354-63. Disponible a: <http://www.cuaj.ca/cuaj-jauc/vol6-no5/12248.pdf>
 43. Argumentari dels tractaments per a la incontinència urinària (IU). Bases científiques emprades per elaborar l'EQPF de medicina familiar i comunitària. [Internet]. Institut Català de la Salut; 2019. Disponible a: http://portal.ics.intranet.gencat.cat/intranet_ics/media/upload/arxiu/farmacia/EQPF2019/argumentari_incontinencia_urinaria_EQPF_2019.pdf
 44. Burgio KL, Locher JL, Goode PS. Combined Behavioral and Drug Therapy for Urge Incontinence in Older Women. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. abril de 2000 [citad 19 d'agost de 2019]; 48(4): 370-4. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2000.tb04692.x>
 45. Gray SL, Anderson ML, Dublin S, Hanlon JT, Hubbard R, Walker R, et al. Cumulative Use of Strong Anticholinergics and Incident Dementia: A Prospective Cohort Study. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 març 2015 [citad 20 d'agost de 2019]; 175(3): 401. Disponible a: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2014.7663>

46. Sand PK, Johnson II TM, Rovner ES, Ellsworth PI, Oefelein MG, Staskin DR. Trosipium chloride once-daily extended release is efficacious and tolerated in elderly subjects (aged ≥ 75 years) with overactive bladder syndrome: TROSPIUM ER IN SUBJECTS AGED ≥ 75 YEARS WITH OAB. *BJU Int* [Internet]. febrer de 2011 [citat 20 d'agost de 2019]; 107(4): 612-20. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-410X.2010.09519.x>
47. Portman DJ, Gass MLS, on behalf of the Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Climacteric* [Internet]. octubre de 2014 [citat 20 d'agost de 2019]; 17(5): 557-63. Disponible a: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13697137.2014.946279>
48. Simon JA, Maamari RV. Ultra-low-dose vaginal estrogen tablets for the treatment of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric* [Internet]. agost 2013 [citat 21 d'agost de 2019]; 16(sup1): 37-43. Disponible a: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13697137.2013.807606>
49. Capobianco G, Donolo E, Borghero G, Dessole F, Cherchi PL, Dessole S. Effects of intravaginal estriol and pelvic floor rehabilitation on urogenital aging in postmenopausal women. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. febrer de 2012 [citat 21 d'agost de 2019]; 285(2): 397-403. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-011-1955-1>
50. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Incontinence Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 17 d'octubre de 2012 [citat 21 d'agost de 2019]; Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001405.pub3>
51. Baber RJ, Panay N, Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* [Internet]. 3 de març de 2016 [citat 21 d'agost de 2019]; 19(2): 109-50. Disponible a: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13697137.2015.1129166>
52. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecology J* [Internet]. novembre de 2013 [citat 21 d'agost de 2019]; 24(11): 1.783-90. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-013-2169-9>
53. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C, Oliphant SS, Zyczynski HM. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. maig de 2011 [citat 21 d'agost de 2019]; 204(5): 441.e1-441.e5. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937810024701>
54. Espuña Pons M, Fillol Crespo M, Pascual Amorós MA, Rebollo Álvarez P, Prieto Soto M. Validación de la versión en español del cuestionario "Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ". *Actas Urol Esp* [Internet]. gener de 2009 [citat 21 d'agost de 2019]; 33(6): 646-53. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210480609742032>
55. Pellino G, Ramage L, Simillis C, Warren O, Kontovounisios C, Tan E, et al. Evaluation of sexual dysfunction in female patients presenting with faecal incontinence or defecation disorder. *Int J Colorectal Dis* [Internet]. maig de 2017 [citat 2 d'octubre de 2019]; 32(5): 667-74. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00384-017-2795-7>
56. Doğan K, Vural M, Akyüz F. Evaluation of effects of urinary incontinence subtypes on wo-

- men's sexual function using the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction: Incontinence and women's sexual life. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. març de 2017 [citat 21 d'agost de 2019]; 43(3): 551-6. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/jog.13247>
57. El-Azab AS, Yousef HA, Seifeldein GS. Coital incontinence: Relation to detrusor overactivity and stress incontinence. *Neurourol Urodyn* [Internet]. abril de 2011 [citat 21 d'agost de 2019]; 30(4): 520-4. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.21041>
 58. Jha S, Ammenbal M, Metwally M. Impact of Incontinence Surgery on Sexual Function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* [Internet]. gener de 2012 [citat 21 d'agost de 2019];9(1): 34-43. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515337462>
 59. Mestre M, Lleberia J, Pubill J, Espuña-Pons M. Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Actas Urol Esp Engl Ed* [Internet]. abril de 2015 [citat 21 d'agost de 2019]; 39(3): 175-82. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2173578615000232>
 60. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J* [Internet]. juliol 2016 [citat 21 d'agost de 2019]; 27(7): 981-92. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-015-2846-y>
 61. Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence: Conservative Management for UI and POP. *Neurourol Urodyn* [Internet]. gener de 2016 [citat 21 d'agost de 2019]; 35(1): 15-20. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22677>
 62. Wiegersma M, Panman CMCR, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Dekker JH. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. *BMJ* [Internet]. 22 de desembre de 2014 [citat 21 d'agost de 2019]; 349(dec 22 1):g7378-g7378. Disponible a: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g7378>
 63. Wu Y (Maria), McInnes N, Leong Y. Pelvic Floor Muscle Training Versus Watchful Waiting and Pelvic Floor Disorders in Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [Internet]. 2018 [citat 21 d'agost de 2019]; 24(2): 142-9. Disponible a: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=01436319-201803000-00016>
 64. Bø K, Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Tennfjord MK, Engh ME. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse—a randomized trial of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. gener de 2015 [citat 21 d'agost de 2019]; 212(1): 38.e1-38.e7. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937814006292>
 65. Jha S, Walters SJ, Bortolami O, Dixon S, Alshreef A. Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): a randomised controlled trial. *Physiotherapy* [Internet]. març de 2018 [citat 21 d'agost de 2019]; 104(1): 91-7. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031940617300548>
 66. Serati M, Braga A, Di Dedda MC, Sorice P, Peano E, Biroli A, et al. Benefit of Pelvic Floor Muscle Therapy in Improving Sexual Function in Women With Stress Urinary Incontinence: A Pretest–Posttest Intervention Study. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 4 de maig de 2015 [ci-

- tat 21 d'agost de 2019]; 41(3): 254-61. Disponible a: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2014.889052>
67. Brækken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. agost de 2010 [citat 21 d'agost de 2019]; 203(2): 170.e1-170.e7. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937810002504>
 68. Resende APM, Stüpp L, Bernardes BT, Oliveira E, Castro RA, Girão MJBC, et al. Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse? *Neurourol Urodyn* [Internet]. gener de 2012 [citat 21 d'agost de 2019]; 31(1): 121-5. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.21149>
 69. Al-Shaikh G, Syed S, Osman S, Bogis A, Al-Badr A. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction, and quality of life. *Int J Womens Health* [Internet]. abril de 2018 [citat 21 d'agost de 2019]; Volume 10: 195-201. Disponible a: <https://www.dovepress.com/pessary-use-in-stress-urinary-incontinence-a-review-of-advantages-comp-peer-reviewed-article-IJWH>
 70. Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, Chung TKH, Chan SSC. Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* [Internet]. juliol de 2016 [citat 21 d'agost de 2019]; 128(1):73-80. Disponible a: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201607000-00012>
 71. Panman CMCR, Wiegersma M, Kollen BJ, Burger H, Berger MY, Dekker JH. Predictors of unsuccessful pessary fitting in women with prolapse: a cross-sectional study in general practice. *Int Urogynecology J* [Internet]. febrer de 2017 [citat 21 d'agost de 2019]; 28(2): 307-13. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-016-3107-4>
 72. Mao M, Ai F, Zhang Y, Kang J, Liang S, Xu T, et al. Predictors for unsuccessful pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: a prospective study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. octubre de 2018 [citat 21 d'agost de 2019]; 125(11): 1.434-40. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.15260>
 73. Panman CMCR, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *Menopause* [Internet]. desembre de 2016 [citat 21 d'agost de 2019]; 23(12): 1.307-18. Disponible a: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00042192-201612000-00009>
 74. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecology J* [Internet]. octubre de 2009 [citat 21 d'agost de 2019]; 20(10):1157-61. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-009-0930-x>
 75. Gorti M, Hudelist G, Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: A UK-based survey. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. gener de 2009 [citat 21 d'agost de 2019]; 29(2): 129-31. Disponible a: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443610902719813>
 76. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. abril de 2007 [citat 21 d'agost de

- 2019];196(4):405.e1-405.e8. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937807002529>
77. Geoffrion R, Zhang T, Lee T, Cundiff GW. Clinical Characteristics Associated With Unsuccessful Pessary Fitting Outcomes: Female Pelvic Med Reconstr Surg [Internet]. 2013 [citat 21 d'agost de 2019]; 19(6): 339-45. Disponible a: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01436319-201311000-00007>
78. Yamada T, Matsubara S. Rectocoele, but not cystocoele, may predict unsuccessful pessary fitting. J Obstet Gynaecol [Internet]. juliol de 2011 [citat 21 d'agost de 2019]; 31(5): 441-2. Disponible a: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01443615.2011.577253>
79. Markle D, Skoczylas L, Goldsmith C, Noblett K. Patient characteristics associated with a successful pessary fitting. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2011; 17(5): 249–252.
80. Ding J, Chen C, Song X, Zhang L, Deng M, Zhu L. Successful use of ring pessary with support for advanced pelvic organ prolapse. Int Urogynecology J [Internet]. octubre de 2015 [citat 21 d'agost de 2019]; 26(10): 1.517-23. Disponible a: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-015-2738-1>

Bibliografia complementària

- hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2019; 100(6): 339–348. Disponible a: <https://www.aafp.org/afp/2019/0915/p339.html>
- The 2019 compilation of the International Continence Society Standardisations, Consensus statements, Educational modules, Terminology and Fundamentals documents, with the International Consultation on Incontinence algorithms. Disponible a: <https://www.ics.org/Publications/ICS%20Standards%202019.pdf>

10/Annexos

10.1/ Variables ARES



Institut Català
de la Salut

Pla de cures	Codi: PC0047 Data d'elaboració: febrer 2018
Incontinència urinària en adults	Data de revisió: Versió: 01

Nom del pla de cures

Incontinència urinària en adults

Població diana

Aquest pla de cures va dirigit a la persona adulta que presenta incontinència urinària d'esforç, d'urgència o mixta i s'ha descartat incontinència urinària complicada.

Pla de cures

Incontinència urinària

- IIN Test d'incontinència ICIQ-SF
- IIN Pacte terapèutic
- IIN Exercicis de sol pelvià
- IIN Educació sanitària: tècniques de rehabilitació vesical
 - IAC ES: buidament programat
- IIN Consell d'estils de vida saludable
 - IAC ES: hidratació
 - IAC ES: dieta rica en fibra
- IIN Adequació de la llar
- IIN Cuidador: implicar
- IIN Educació sanitària: estratègies d'adaptació
 - IAC ES: maneig del dispositiu
 - IAC ES: adequació del vestir/calçat
 - IAC ES: mesures de control d'olors

Risc de baixa autoestima situacional

- IIN Autoestima: mantenir
 - IAC Expressió de sentiments: estimular
 - IAC Suport emocional: proporcionar
 - IAC Resocialització: afavorir
 - IAC Expressió de preocupació sobre sexualitat: conduir

Risc de dermatitis per incontinència

- IIN Educació sanitària: prevenció de complicacions
 - IAC ES: cures de la pell

10.2/ Mètodes per avaluar la musculatura del sòl pelvià

Escala d'Oxford

Valoració de la capacitat contràctil dels músculs del sòl pelvià

Escala d'Oxford per a la valoració de la contractilitat de la musculatura del sòl pelvià (Laycok 2002)	
0/5	Absència de contracció.
1/5	Contracció molt feble.
2/5	Contracció feble.
3/5	Contracció moderada, amb tensió i mantinguda.
4/5	Contracció bona. Manteniment de la tensió amb resistència.
5/5	Contracció forta. Manteniment de la tensió amb resistència forta.

Escala de Oxford

Valoración de la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico

Escala de Oxford para la valoración de la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico (Laycok 2002)	
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.

*Laycock J. Patient assessment In Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Laycock J and J Haslam (Eds). ISBN-85233-224-7 Springer. Verlag London Limited 2002:45-54.

Mètode PERFECT

Mètode PERFECT es va desenvolupar per avaluar la contracció dels MSP i per planificar una pauta d'entrenament muscular específica per a la dona:

P: Força – es puntua amb l'escala d'Oxford modificada

E: Resistència - mesura el temps en segons durant el qual es pot mantenir una contracció voluntària màxima (CVM) sense perdre la força fins a 10 segons.

R: Repeticions - mesura el nombre de vegades fins a 10 en les quals es pot repetir la CVM amb 4 segons de descans entre contracció i contracció.

F: Rapidesa - després d'un repòs d'un minut, avalua el nombre de CVM ràpides fins a 10, que pot fer abans d'arribar al cansament del múscul.

ECT - recorda la importància de cronometrar i registrar cada contracció. Això permet planificar un programa específic d'exercicis.

Desplegable P.... E.... R.... F... registrarem amb números la pauta de treball.

Exemple PERF : 2567

Test de gravetat de la incontinència de Sandvik

Contesteu el que us ha passat el darrer mes.

Amb quina freqüència se us escapa l'orina?
1. Menys d'un cop al mes
2. Alguns cops al mes
3. Alguns cops a la setmana
4. Tots els dies i/o nits
Quina quantitat d'orina se us escapa cada vegada?
1. Gotes (molt poca quantitat)
2. Raig petit (una quantitat moderada)
3. Molta quantitat

L'índex de gravetat es calcula multiplicant el resultat de les dues preguntes i després es categoritzen de la següent manera:

1-2 = lleu

3-6 = moderada

8-9 = greu

12 = molt greu

Test de severidad de Sandvik

Conteste lo que le ha pasado en el último mes:

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?
1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y/o noches
¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?
1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma:

1-2 = leve

3-6 = moderada

8-9 = grave

12 = muy grave

Escala de Wexner

Contesteu el que us ha passat el darrer mes:

Escala de Wexner

Tipus d'incontinència fecal (IF)	Mai	Rarament < 1vegada/mes	Algunes vegades >1vegada/mes i < 1vegada/setmana	Freqüentment >1vegada/mes i < 1vegada/dia	Sempre >1 vegada/dia
Gasos	0	1	2	3	4
Líquida	0	1	2	3	4
Sòlida	0	1	2	3	4
Ús de bolquers	0	1	2	3	4
Alteració de l'estil de vida	0	1	2	3	4

0: Continència perfecta

20: Incontinència completa

Interpretació:

Lleu <8 ; Moderada 9 a 14 ; Greu >15

Escala de Wexner

Conteste lo que le ha pasado en el último mes:

Escala de Wexner

Tipo de incontinencia fecal (IF)	Nunca	Raramente < 1vez/mes	Algunas veces >1vez/mes y < 1vez/semana	Frecuentemente >1vez/mes y < 1vez/día	Siempre >1 vez/día
Gases	0	1	2	3	4
Líquida	0	1	2	3	4
Sólida	0	1	2	3	4
Uso pañales	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

0: Continencia perfecta

20: Incontinencia completa

Interpretación:

Leve <8 ; Moderada 9 a 14 ; Grave >15

10.3/ QÜESTIONARIS

Qüestionari ICIQ-UI-SF

Contesteu el que us ha passat el darrer mes:

Amb quina freqüència perdeu orina? (Marqueu només una resposta)		
Mai	0	Punts
Un cop a la setmana o menys	1	
2-3 cops a la setmana	2	
Un cop al dia	3	
Vàries vegades al dia	4	
Contínuament	5	

Indiqueu la vostra opinió sobre la quantitat d'orina que creieu que se us escapa. És a dir, la quantitat d'orina que perdeu habitualment, tant si porteu protecció com si no (marqueu només una resposta)		
No se m'escapa gens	0	Punts
Molt poca quantitat	2	
Una quantitat moderada	4	
Molta quantitat	6	

En quina mesura aquestes pèrdues d'orina han afectat la vostra vida diària?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Res										Molt

Quan perdeu orina, assenyalau quan us passa? Variable multielectió
Mai perdeu orina
Perdeu orina abans d'arribar al vàter
Perdeu orina quan tussiu o esternudeu
Perdeu orina quan dormiu
Perdeu orina quan realitzeu esforços físics/exercici
Perdeu orina quan acabeu d'orinar i ja us heu vestit
Perdeu orina sense un motiu evident
Perdeu orina de forma contínua

Valoració de la puntuació: variable numèrica de 0 a 20

Es considera IU qualsevol valor en la puntuació major a 0

Resultat de l'ICIQ-IU-SF:

1-5: lleu	6-12: moderada	13-18: greu	19-21: molt greu
-----------	----------------	-------------	------------------

Cuestionario ICIQ-UI-SF

Conteste lo que le ha pasado el último mes:

¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)		
Nunca	0	Puntos
Una vez a la semana o menos	1	
2-3 veces a la semana	2	
Una vez día	3	
Varias veces al día	4	
Continuamente	5	

Indique su opinión sobre la cantidad de orina que cree que se le escapa. Es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente, tanto si lleva protección como si no (Marque sólo una respuesta)		
No se me escapa nada	0	Puntos
Muy poca cantidad	2	
Una cantidad moderada	4	
Mucha cantidad	6	

¿En qué medida han afectado su vida diaria éstas pérdidas de orina?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada									Mucho	

Quando pierde orina, señale cuándo le pasa? Variable multielección
Nunca pierde orina
Pierde orina antes de llegar al WC
Pierde orina cuando tose o estornuda
Pierde orina cuando duerme
Pierde orina cuando realiza esfuerzos físicos/ejercicio
Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido
Pierde orina sin un motivo evidente
Pierde orina de forma continua

Valoración de la puntuación: variable numérica de 0 a 20

Se considera IU cualquier valor en la puntuación mayor a 0

Resultado del ICIQ-IU-SF:

1-5: leve	6-12: moderada	13-18: grave	19-21: muy grave
-----------	----------------	--------------	------------------

Qüestionari d'autoavaluació del control de la bufeta

Contesteu el que us ha passat el darrer mes:

Qüestionari d'autoavaluació del control de la bufeta CACV							
1/ Us resulta difícil retenir orina quan sentiu la necessitat urgent d'orinar? - Marquin només una							
				Gens	<input type="checkbox"/>	0	
				Una mica	<input type="checkbox"/>	1	
				Bastant	<input type="checkbox"/>	2	
				Molt	<input type="checkbox"/>	3	
En quina mesura us molesta? - Marqueu la resposta que més s'ajusti el vostre cas							
No em molesta gens	0 <input type="checkbox"/>	Em molesta una mica	1 <input type="checkbox"/>	Em molesta bastant	2 <input type="checkbox"/>	Em molesta molt	3 <input type="checkbox"/>
2/ Necessiteu anar al lavabo amb massa freqüència durant el dia? - Marquin només una							
				Gens	<input type="checkbox"/>	0	
				Una mica	<input type="checkbox"/>	1	
				Bastant	<input type="checkbox"/>	2	
				Molt	<input type="checkbox"/>	3	
En quina mesura us molesta? - Marqueu la resposta que més s'ajusti el vostre cas							
No em molesta gens	0 <input type="checkbox"/>	Em molesta una mica	1 <input type="checkbox"/>	Em molesta bastant	2 <input type="checkbox"/>	Em molesta molt	3 <input type="checkbox"/>
3/ Us desperteu a la nit amb la necessitat urgent d'orinar? - Marquin només una							
				Gens	<input type="checkbox"/>	0	
				Una mica	<input type="checkbox"/>	1	
				Bastant	<input type="checkbox"/>	2	
				Molt	<input type="checkbox"/>	3	
En quina mesura us molesta? - Marqueu la resposta que més s'ajusti el vostre cas							
No em molesta gens	0 <input type="checkbox"/>	Em molesta una mica	1 <input type="checkbox"/>	Em molesta bastant	2 <input type="checkbox"/>	Em molesta molt	3 <input type="checkbox"/>
4/ Teniu pèrdues d'orina? - Marquin només una							
				Gens	<input type="checkbox"/>	0	
				Una mica	<input type="checkbox"/>	1	
				Bastant	<input type="checkbox"/>	2	
				Molt	<input type="checkbox"/>	3	
En quina mesura us molesta? - Marqueu la resposta que més s'ajusti el vostre cas							
No em molesta gens	0 <input type="checkbox"/>	Em molesta una mica	1 <input type="checkbox"/>	Em molesta bastant	2 <input type="checkbox"/>	Em molesta molt	3 <input type="checkbox"/>

Síntomes:

1-2: lleu	3-6: moderada	7-9: greu	10-12: molt greu
-----------	---------------	-----------	------------------

Afectació:

1-2: lleu	3-6: moderada	7-9: greu	10-12: molt greu
-----------	---------------	-----------	------------------

Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga

Conteste lo que le ha pasado el último mes:

Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga CACV							
1. ¿Le resulta difícil retener orina cuando siente la necesidad urgente de orinar? - Marque sólo una							
	No	<input type="checkbox"/>	0				
	Un poco	<input type="checkbox"/>	1				
	Bastante	<input type="checkbox"/>	2				
	Mucho	<input type="checkbox"/>	3				
¿En qué medida le molesta? - Marque la respuesta que más se ajuste a su caso							
No me molesta nada	0	Me molesta un poco	1	Me molesta bastante	2	Me molesta mucho	3
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. ¿Necesita ir al baño con demasiada frecuencia durante el día? - Marque sólo una							
	No	<input type="checkbox"/>	0				
	Un poco	<input type="checkbox"/>	1				
	Bastante	<input type="checkbox"/>	2				
	Mucho	<input type="checkbox"/>	3				
¿En qué medida le molesta? - Marque la respuesta que más se ajuste a su caso							
No me molesta nada	0	Me molesta un poco	1	Me molesta bastante	2	Me molesta mucho	3
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. ¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar? - Marque sólo una							
	No	<input type="checkbox"/>	0				
	Un poco	<input type="checkbox"/>	1				
	Bastante	<input type="checkbox"/>	2				
	Mucho	<input type="checkbox"/>	3				
¿En qué medida le molesta? - Marque la respuesta que más se ajuste a su caso							
No me molesta nada	0	Me molesta un poco	1	Me molesta bastante	2	Me molesta mucho	3
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene pérdidas de orina? - Marque sólo una							
	No	<input type="checkbox"/>	0				
	Un poco	<input type="checkbox"/>	1				
	Bastante	<input type="checkbox"/>	2				
	Mucho	<input type="checkbox"/>	3				
¿En qué medida le molesta? - Marque la respuesta que más se ajuste a su caso							
No me molesta nada	0	Me molesta un poco	1	Me molesta bastante	2	Me molesta mucho	3
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Síntomas:

1-2: leve	3-6: moderada	7-9: grave	10-12: muy grave
-----------	---------------	------------	------------------

Afectación:

1-2: leve	3-6: moderada	7-9: grave	10-12: muy grave
-----------	---------------	------------	------------------

Qüestionari PISQ-R

Qüestionari PISQ-12	
Confidencial	Data: / /
Qüestionari sobre funció sexual i prolapse vaginal/incontinència d'orina (PISQ-12)	
<p><i>Instruccions:</i> A continuació trobareu una llista de preguntes sobre la vostra vida sexual i la del vostre company. Tota la informació és estrictament confidencial. Les vostres respostes confidencials s'utilitzaran únicament per ajudar els professionals de medicina a comprendre quins aspectes són importants per als pacients en la seva vida sexual. Si us plau, poseu una creu a la casella que, des del vostre punt de vista, respongui millor a la pregunta. Contesteu a les preguntes considerant la vostra vida sexual durant els darrers 6 mesos. Gràcies per la vostra ajuda.</p>	
1. Amb quina freqüència sentiu desig sexual? Aquest desig pot incloure desig de realitzar l'acte sexual, planejar realitzar-lo, sentir-vos frustrada a causa de la manca de relacions sexuals, etc.	
<input type="checkbox"/> Tots els dies <input type="checkbox"/> Una vegada a la setmana <input type="checkbox"/> Una vegada al mes <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada al mes <input type="checkbox"/> Mai	
2. Arribeu al clímax (arribeu a l'orgasme) quan teniu relacions sexuals amb el vostre company?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
3. Sentiu excitació sexual (us exciteu) quan teniu activitat sexual amb el vostre company?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
4. Esteu satisfeta amb les diferents activitats sexuals de la vostra vida sexual actual?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
5. Sentiu dolor durant les relacions sexuals?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
6. Patiu incontinència d'orina (fuites d'orina) durant l'activitat sexual?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
7. La por a la incontinència (excrements o orina) restringeix la vostra activitat sexual?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
8. Eviteu les relacions sexuals a causa dels bonys a la vagina (bufeta, recte o vagina caiguts?)	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
9. Quan teniu relacions sexuals amb el vostre company, sentiu reaccions emocionals negatives com por, repugnància, vergonya o culpabilitat?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
10. Té el vostre company algun problema en l'erecció que afecti la vostra activitat sexual?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
11. Té el vostre company algun problema d'ejaculació precoç que afecti la vostra activitat sexual?	
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüentment <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Rares vegades <input type="checkbox"/> Mai	
12. En comparació amb els orgasmes que heu tingut en el passat, com qualificaríeu els orgasmes que heu tingut en els darrers sis mesos?	
<input type="checkbox"/> Molt menys intensos <input type="checkbox"/> Menys intensos <input type="checkbox"/> Igual d'intensos <input type="checkbox"/> Més intensos <input type="checkbox"/> Molt més intensos	

Cuestionario PISQ-R

Cuestionario PISQ-12	
Confidencial	Fecha: / /
Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal/Incontinencia de orina (PISQ-12)	
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender qué aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, ponga una cruz en la casilla que, desde su punto de vista, responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos 6 meses. Gracias por su ayuda.</p>	
1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.	
<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 1 vez al mes <input type="checkbox"/> Menos de 1 al mes <input type="checkbox"/> Nunca	
2. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
3. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
4. Está satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
6. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
8. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
9. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
10. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
11. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte a su actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca	
12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?	
<input type="checkbox"/> Mucho menos intensos <input type="checkbox"/> Menos intensos <input type="checkbox"/> Igual de intensos <input type="checkbox"/> Más intensos <input type="checkbox"/> Mucho más intensos	

10.4/ Diari miccional

Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

Diari miccional								
	Data:							
	Primer dia				Segon dia			
Hores del dia	Beveu	Orineu	Urgència	Escapaments	Beveu	Orineu	Urgència	Escapaments
9-10 h								
10-11 h								
11-12 h								
12-13 h								
13-14 h								
14-15 h								
15-16 h								
16-17 h								
17-18 h								
18-19 h								
19-20 h								
20-21 h								
21-22 h								
22-23 h								
23-24 h								
24-1 h								
1-2 h								
2-3 h								
3-4 h								
4-5 h								
5-6 h								
6-7 h								
7-8 h								
8-9 h								
	Compreses usades \geq				Compreses usades \geq			

Instruccions per omplir el diari miccional

1. La informació que heu de recollir en aquest full és molt important per estudiar i diagnosticar el problema d'orina pel qual heu consultat.
2. Es tracta d'anotar al llarg de dos dies les hores en què beveu i en què orineu (a la taula, en el lloc corresponent):
 - Columna Beveu: la quantitat de líquid que beveu, en mil·lilitres o centímetres cúbics.
 - Columna Orineu: La quantitat d'orina que feu cada cop que aneu al lavabo, en mil·lilitres o centímetres cúbics.
 - Columna Urgència: Cada cop que noteu la sensació d'urgència miccional (desig fort i urgent d'anar a orinar), marqueu-ho amb una X.
 - Columna Escapaments: Cada cop que noteu un escapament d'orina, marqueu-ho amb una X.
3. Per saber la quantitat de líquid que beveu: heu de disposar d'una copa graduada. Només heu d'anotar el líquid que preneu en got, no el de cullera.
4. Per saber la quantitat d'orina que feu cada vegada: cal que recolliu l'orina en una copa graduada, de vidre o de plàstic, que podeu trobar a qualsevol botiga de plàstics. **NO HEU DE GUARDAR L'ORINA, NOMÉS S'HA DE RECOLLIR PER APUN-TAR-NE LA QUANTITAT CADA VEGADA** i, després, es llença.
5. Si esteu fora de casa i no teniu el mesurador:
 - Anoteu el líquid que beveu i si és un got, una tassa, una copa, etc.
 - L'orina: anoteu l'hora i si la quantitat és molta, normal o poca.

Instrucciones para llenar el diario miccional

1. La información que ha de recoger en esta hoja es muy importante para estudiar y diagnosticar el problema de orina motivo de su consulta.
2. Se trata de anotar durante dos días las horas en las que ingiere i en las que orina (en la tabla, en el sitio correspondiente):
 - Columna Bebe: la cantidad de líquido que usted bebe en mililitros o centímetros cúbicos.
 - Columna Orina: La cantidad de orina que usted hace cada vez que va al WC, en mililitros o centímetros cúbicos.
 - Columna Urgencia: Cada vez que note la sensación de urgencia miccional (deseo fuerte y urgente de orinar), marcar con una X.
 - Columna Escapes: Cada vez que usted note un escape de orina, marcar con una X.
3. Para saber la cantidad de líquido que bebe: debe tener una copa graduada. Solo se ha de anotar el líquido que se toma en vaso, no el de cuchara.
4. Para saber la cantidad de orina que hace cada vez: Ha de recoger la orina en una copa graduada, de cristal o de plástico, que puede encontrar en cualquier tienda de plásticos. **NO HA DE GUARDAR LA ORINA, SOLO SE HA DE RECOGER PARA APUN-TAR LA CANTIDAD CADA VEZ**, y luego se tira.
5. Si está fuera de casa y no tiene el medidor:
 - Anote el líquido que toma y si es un vaso, una taza, una copa, etc.
 - La orina: anote la hora y si la cantidad es mucha, normal o poca.

Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

Diario miccional									
Fecha:									
Horas del día	Primer día				Segundo día				
	Bebe	Orina	Urgencia	Escapes	Bebe	Orina	Urgencia	Escapes	
9-10 h									
10-11 h									
11-12 h									
12-13 h									
13-14 h									
14-15 h									
15-16 h									
16-17 h									
17-18 h									
18-19 h									
19-20 h									
20-21 h									
21-22 h									
22-23 h									
23-24 h									
24-1 h									
1-2 h									
2-3 h									
3-4 h									
4-5 h									
5-6 h									
6-7 h									
7-8 h									
8-9 h									
	Compresas usadas ≥					Compresas usadas ≥			

Versió validada en castellà

DIARIO MICCIONAL. Instrucciones para rellenarlo

El Diario Miccional recoge adecuadamente sus síntomas y permite valorar a su médico y a usted la gravedad de su enfermedad y la mejora que obtiene con un tratamiento. Rellénelo durante 3 días con atención (1 día en cada hoja), anotando:

- **HORA:** ponga la hora a la que orina o tiene una pérdida de orina (incluida toda la noche). Empiece a anotar cada día a partir de la hora a la que se levanta de la cama.
- **VOLUMEN ORINADO:** indique la cantidad que orina, en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc), medida con un vaso medidor.
- **URGENCIA** para orinar: marque cuando sienta un deseo fuerte y repentino de orinar (imperioso), que no puede aguantar, usando la siguiente escala para clasificarla:

Clasificación de la urgencia en **grados de 0 a 4:**

0	No hay Urgencia	No siento necesidad imperiosa de orinar
1	Leve urgencia	Tengo ganas de orinar, pero puedo retrasar ir a orinar tanto como necesite, sin miedo a mojarme
2	Urgencia moderada	Puedo retrasar orinar un rato, sin miedo a mojarme
3	Urgencia severa	No puedo retrasar ir a orinar, debo ir rápido al aseo para no tener una pérdida de orina
4	Incontinencia por urgencia	Se me escapa la orina antes de llegar al aseo

- **ESCAPE DE ORINA (PÉRDIDA INVOLUNTARIA, INCONTINENCIA)** y tipo: indique si tiene escapes o pérdidas accidentales de orina, y si los escapes son:

Incontinencia de urgencia: el escape de orina se produce por un deseo fuerte y repentino de orinar.

Incontinencia de esfuerzo: pérdida de orina causado por cualquier esfuerzo (tos, coger peso,...), ejercicio (saltar, caminar deprisa,...) o movimiento (levantarse,...). No se acompaña de urgencia.

- **MUDA:** apunte si se cambia ropa interior, pañal, salva slip o compresa,... por pérdida de orina
- **BEBIDA:** apunte la cantidad de líquido de cualquier tipo que tome (ml o cc)
- **NO OLVIDE PONER LA HORA A LA QUE SE ACUESTA Y A LA QUE SE LEVANTA**

A continuación le ponemos un **EJEMPLO** de cómo rellenar el diario:

Hola a la que se levanta de la cama **_8:15_** Hora a la que se acuesta **_23:30_**

HORA	VOLUMEN orinado (ml ó cc)	URGENCIA su grado (0-4)	ESCAPE DE ORINA y tipo: por urgencia o por esfuerzos	MUDA De ropa, pañal, compresa	BEBIDA (ml ó cc)
8:20	250 ml	2	NO	Compresa	300
10:30	200 ml	0	NO	NO	
12:45					250
15:30	150 ml	4	SI con urgencia	Ropa interior	
18:30					300
20:30	300 ml	2	NO	NO	
21					200
22			SI con esfuerzo	Salvaslip	
22:15	200 ml	3	NO		225
3:00	175	4	SI con urgencia	Ropa interior	
6:15	200	3	NO	NO	

Autor: MA Jiménez Cidre©. Urólogo

DIARIO MICCIONAL (3 días – periodos de 24 horas)

Diario miccional: **DÍA 2**

Fecha: __/__/__

Nombre _____ Apellidos _____

Hora a la que se levanta de la cama _____ Hora a la que se acuesta _____

HORA	VOLUMEN orinado (ml ó cc)	URGENCIA su grado (0-4)	ESCAPE DE ORINA Tipo: por urgencia o con esfuerzos	MUDA De ropa, pañal, compresa	BEBIDA (ml ó cc)

Autor: MA Jiménez Cidre©. Urólogo

Hoja De Evaluación Del Diario Miccional: Resultados/24h **(A RELLENAR POR EL MÉDICO)**

Nombre _____ Apellidos _____

DIARIO	MICCIONAL	DIA 1	DIA 2	DIA3	MEDIA
Frecuencia Miccional	FMD (episodios/día)				
	FMN (episodios/día)				
	FM/24h (episodios/día)				
Volumen Miccional	VMmáx Diurno (ml)				
	VMmáx Nocturno (ml)				
	VMmed (ml)				
Urgencia nº y grado máx.	Urgencia (episodios/día)				
	Urgencia grado				
Incontinencia	IUU (episodios/día)				
	IUE (episodios/día)				
	Mudas (nº/día)				
	Ingesta 24h (ml)				
Diuresis	Diuresis 24h (ml)				
	Diuresis nocturna (ml)				

Claves del resumen del diario

FMD: frecuencia miccional diurna	IUU: nº de episodios de incontinencia de urgencia
FMN: frecuencia miccional nocturna	IUE: nº de episodios de incontinencia de esfuerzo
FM/24h: frecuencia miccional en 24 h	Mudas: nº de mudas
VMmáx Diurno: Volumen miccional máximo diurno	Ingesta 24h: Ingesta de líquidos en 24 horas
VMmáx Nocturno: Volumen miccional máximo nocturno	Diuresis 24h: volumen de diuresis en 24 horas
VMmed: Volumen miccional medio	Diuresis nocturna: volumen de diuresis en la noche
Urgencia: nº de episodios de urgencia	
Urgencia grado: grado de urgencia (de 0 a 4)	

Autor: MA Jiménez Cidre©. Urólogo

10.5/ Fulls informatius per a la dona

CONSELLS PER A LES DONES

PROTECCIÓ DEL SÒL PELVIÀ

Què és el sòl pelvià?

- És la part del cos situada a la base de la pelvis, on es troben els genitals externs, l'entrada de la vagina i l'anus.
- Està format per un conjunt de músculs, lligaments i altres teixits que donen recolzament i estabilitat a la bufeta de l'orina, la vagina i el recte. Són amortidors de l'impacte que es crea davant l'esforç i ajuden a evitar les pèrdues d'orina i femta, així com també intervenen en les relacions sexuals.
- Alguns fets com l'embaràs, el part, l'envelliment, la predisposició individual de cada dona i els mals hàbits adquirits al llarg de la vida, poden debilitar aquesta musculatura.



Com podem contribuir a la protecció del sòl pelvià?

- Perdent pes; en cas d'obesitat, millora la incontinència.
- Disminuint el consum de begudes estimulants com el cafè, te o cola.
- Evitant l'estrenyiment i afavorir dietes riques en fibra.
- Afavorint un ritme intestinal adequat, mantenint una postura correcta durant la defecació i evitant empènyer.
- Deixant de fumar.
- Fent una activitat esportiva adequada segons les característiques personals. Compte amb l'esport d'impacte o de competició, per la pressió que suposa pel sòl pelvià.
- Bevent líquids suficients, aproximadament un litre i mig repartit en tot el dia. L'orina concentrada pot irritar la bufeta i afavorir l'estrenyiment.
- Vestint-se amb roba còmoda i fàcil de treure's per arribar al lavabo tranquil·lament.

Què podem fer per disminuir la freqüència miccional nocturna?

- Moderar la ingesta de líquids unes dues hores abans d'anar a dormir.
- Mantenir les cames aixecades durant les últimes hores del dia per estimular la diuresi natural; les persones grans poden produir volums nocturns majors deguts als edemes.
- Revisar la medicació habitual amb el seu professional de medicina de família, ja que alguns fàrmacs estan implicats en la incontinència.

Hàbits miccionals saludables

- Mantenir els intervals entre les miccions entre 3-4 hores.
- Miccionar quan apareix el desig.
- Evitar forçar la micció.

Què podem fer per enfortir la musculatura del sòl pelvià?

- Existeix evidència científica que l'entrenament de la musculatura del sòl pelvià mitjançant la seva contracció aporta beneficis per protegir-lo.
- Aquest entrenament ha de ser supervisat per persones expertes i s'ha de mantenir al llarg de la vida.
- Consisteix en exercicis de contracció fàcils de fer i d'aprendre, només cal constància i motivació per aconseguir resultats.
- És important recordar fer els exercicis i mantenir una rutina utilitzant estratègies com, per exemple, fer-los després de buidar la bufeta o posant adhesius o notes que ens ho recordin.

CONSELLS PER A LES DONES

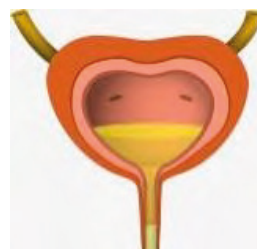
REENTRENAMENT DE LA BUFETA

Urgència miccional

El reentrenament de la bufeta de l'orina té com a objectiu reprogramar l'hàbit de la micció, restablint el control i la capacitat de la bufeta. Són hàbits que es poden recuperar fàcilment amb un bon aprenentatge. La finalitat és aconseguir el control de la bufeta mitjançant unes pautes senzilles que afavoreixen un augment de la confiança en el control de la micció.

Per tal d'aconseguir uns bons resultats, cal constància en la realització de la pauta proposada i un alt grau de motivació.

És el professional qui ha de donar les pautes un cop hagi valorat cada cas.



Hàbits miccionals saludables

- Mantenir els intervals entre les miccions entre 3-4 hores.
- Miccionar quan apareix el desig.
- Evitar forçar la micció.

Pauta de reentrenament de la bufeta

- Aplicar les instruccions rebudes per ajustar les visites al lavabo.
- Buidar la bufeta en l'horari establert, es tinguin o no ganes de miccionar.
- És molt important que si es té desig miccional abans del temps programat, se segueixin les recomanacions següents:
- Aquest procés es repeteix fins a aconseguir un interval de 3-4 hores, o fins que la bufeta es trobi còmoda amb el temps assolit.
- L'entrenament de la bufeta requereix temps i esforç, no us desanimeu si els resultats no són tan ràpids com esperàveu, cal paciència i constància.

➔ Aturar-se i no córrer.

➔ Utilitzar tècniques de relaxació i distracció. Pot ajudar una respiració profunda i mantenir la confiança que s'és capaç d'assolir el temps pactat.

➔ Fer contraccions de la musculatura del sòl pelvià ajuda a relaxar la bufeta i controlar millor la sensació d'urgència.

➔ Anar a poc a poc al lavabo per orinar amb tranquil·litat quan la sensació d'urgència hagi disminuït i quan es comenci a notar que es controla la bufeta i no a l'inrevés.

- Inicialment s'ha de mantenir la pauta establerta durant una setmana i posteriorment s'incrementarà en 15 minuts en funció de l'èxit obtingut.



CONSELLS PER A LES DONES

EXERCICIS DEL SÒL PELVIÀ

Què és el sòl pelvià?

- És la part del cos situada a la base de la pelvis, on es troben els genitals externs, l'entrada de la vagina i l'anús.
- Està format per un conjunt de músculs, lligaments i altres teixits que donen recolzament i estabilitat a la bufeta de l'orina, la vagina i el recte. Són amortidors de l'impacte que es crea davant l'esforç i ajuden a evitar les pèrdues d'orina i femta, així com també intervenen en les relacions sexuals.
- Alguns fets com l'embaràs, el part, l'envelliment, la predisposició individual de cada dona i els mals hàbits adquirits al llarg de la vida, poden debilitar aquesta musculatura.



Què podem fer per enfortir la musculatura del sòl pelvià?

- Existeix evidència científica que l'entrenament de la musculatura del sòl pelvià mitjançant la seva contracció aporta beneficis per protegir-lo.
- Aquest entrenament ha de ser supervisat per persones expertes i s'ha de mantenir al llarg de la vida.
- Consisteix en exercicis de contracció fàcils de fer i d'aprendre, només cal constància i motivació per aconseguir resultats.
- És important recordar fer els exercicis i mantenir una rutina utilitzant estratègies com, per exemple, fer-los després de buidar la bufeta o posant adhesius o notes que ens ho recordin.

Com hem de fer la contracció del sòl pelvià?

- Primer és important prendre consciència de la musculatura que cal contraure, serà el professional expert qui ens ajudi a identificar-la.
- Perquè la contracció sigui efectiva cal una posició i un treball respiratori adequats.
- Respirar amb normalitat mentre fem l'exercici i mantenir relaxats altres músculs com les cuixes, els glutis i abdominals superiors.
- Per començar, hem de fer els exercicis en decúbit supí, amb les cames flexionades, lleugerament separades i els peus recolzats al terra amb la columna ben alineada en posició neutra de la pelvis.
- Més endavant utilitzarem altres postures.
- La contracció del sòl pelvià consisteix a tancar i pujar amb força l'anús, la vagina i la uretra.



CONSELLS PER A LES DONES

EXERCICIS DEL SÒL PELVIÀ

S'han de fer **dos tipus de contracció** per tal de treballar totes les fibres musculars:

- **Contracció lenta:** contraure, mantenir els segons recomanats i relaxar.
- **Contracció ràpida:** contraure un segon i relaxar.

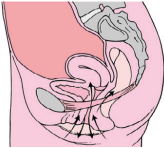
En les activitats de la vida quotidiana en les quals es produeix un augment de la pressió abdominal com ara tossir, riure o aixecar algun pes... hem d'aprendre a tensar la musculatura del sòl pelvià de manera conscient, abans i durant l'augment de la pressió abdominal; això ens protegirà de lesions i ajudarà a evitar la pèrdua involuntària d'orina.



Demana a la teva llevadora que t'expliqui com fer els exercicis i que comprovi que els realitzes correctament. Ella t'assenyalarà la pauta de treball més adient.

Pauta d'exercicis recomanada:

Posició: _____



Contracció lenta mantinguda, _____ segons.
 Relaxar, _____ segons.
 Repetir, _____ vegades.

Contracció ràpida, _____ segons.
 Relaxar, _____ segons.
 Repetir, _____ vegades.

Seguir pauta establerta, _____ al dia.

Observacions: _____

Salut/Institut
Català de la Salut