



**PROTOCOLO DE VALORACIÓN  
POR ATENCIÓN PRIMARIA  
DE LA INCONTINENCIA URINARIA  
POST-PROSTATECTOMÍA**

---

# Contenidos

---

1- Introducción . . . . .	03
2- Anamnesis dirigida . . . . .	04
3- Actitudes terapéuticas y paliativas . . . . .	06
Recomendaciones higiénico-dietéticas	
Promover un hábito de vida saludable	
Modificaciones en su vida sexual	
Ejercicios de Kegel	
Micción programada	
Asesoramiento sobre dispositivos absorbentes	
4- Criterios de derivación a consultas externas de Urología . . . . .	09
5- Anexos . . . . .	10
6- Bibliografía . . . . .	19

# 01

# Introducción

---

La aparición de Incontinencia Urinaria (IU) tras una Prostatectomía es uno de los efectos secundarios que más afecta a la calidad de vida de los pacientes sometidos a Prostatectomía Radical (PR).

Debido a los distintos modos de evaluar la IU tras la cirugía, en diferentes periodos de tiempo y procedimientos, tenemos incidencias variables. Por tanto, la incidencia informada de IU<sup>1,2,3</sup> varía del 7% al 39,5% para la Prostatectomía radical abierta, del 5% al 33,3% para la laparoscópica y del 4% al 31% para la Prostatectomía robótica. Adicionalmente, en cirugías contra la incontinencia, se conoce que la disfunción miccional es la complicación más común, y aunque la incidencia reportada varía con la definición de disfunción miccional utilizada, hasta el 20% de los pacientes presentarán nuevas molestias urinarias en el posoperatorio<sup>4</sup>.

Por ello, en Atención Primaria es importante dar continuidad al cuidado de los pacientes derivados desde la consulta de Urología, mediante una atención personalizada y multidisciplinar (médico-enfermera) asegurando el cumplimiento adecuado de las recomendaciones del urólogo, así como el nivel de respuesta a las mismas.

# 02

## Anamnesis dirigida

---

Planteamos de forma esquematizada el algoritmo de manejo desde los centros de Salud de esta entidad:

1. Debemos de preguntar cuándo fue la cirugía y desde cuándo presenta la incontinencia urinaria y explicar al paciente que la mayoría de estas incontinencias urinarias leves o moderadas después de cirugía prostática suelen mejorar o corregirse en un período de 180 meses.
2. Explicar que la incontinencia grave/total tiene un pronóstico de mejoría, pero no de resolución completa.
3. Tipificar si existe componente de incontinencia de esfuerzo o de urgencia puras, o si la incontinencia es mixta. Se puede pasar el cuestionario validado ICIQ-MLUTS (ver Anexo I), que ayudará en el diagnóstico de estas incontinencias y valorar síntomas del Tracto Urinario Inferior.
4. En caso de incontinencia urinaria mixta o de urgencia es útil un diario miccional de 3 días (ver Anexo II).
5. No es infrecuente que exista asociado una disfunción miccional, por ello sería recomendable realizar una correcta anamnesis si presenta síntomas del tracto urinario inferior tipo llenado, vaciado o postmiccionales.

## - 02 ANAMNESIS DIRIGIDA -

---

6. Es clave saber si ha recibido radioterapia adyuvante para el tratamiento del cáncer de próstata porque es un factor adicional que empeora el pronóstico.
7. Cuantificar la incontinencia preguntando sobre el número y el tipo de absorbentes usado. Con la colaboración de enfermería se puede intentar un pad test de 24 horas. Para ello deberá saber el peso de un pañal /compresa seco y pesar además todos los absorbentes usados durante ese día. Se sustrae el peso del pañal seco y se obtiene el peso total en gramos. Esta técnica es la más adecuada para cuantificar la incontinencia urinaria.
8. Descartar infección del tracto urinario mediante tira reactiva, sistemático de orina y urocultivo.
9. Es recomendable chequear la medicación del paciente. La toma de fármacos alfa bloqueantes para el tratamiento de la hipertensión arterial puede agravar la incontinencia de esfuerzo. Si tiene pautados diuréticos, valorad la necesidad de estos, y la hora de la toma del fármaco.

A modo de corolario diagnóstico para aplicar en la consulta de Atención Primaria:

- Cuándo fue la cirugía y desde cuándo presenta la incontinencia urinaria.
- Preguntar por tratamientos complementarios (radioterapia adyuvante).
- Tipificar si existe componente de urgencia asociado y pasar el cuestionario validado ICIQ-MLUTS.
- Cuantificar la incontinencia preguntando sobre el número y el tipo de absorbentes (pad test de 24 horas).
- En caso de incontinencia urinaria mixta, se administra DM3D
- Descartar infección del tracto urinario mediante tira reactiva, S.O. y urocultivo.
- Valorar la presencia de síntomas del tracto urinario inferior tipo llenado, vaciado o postmicciones.
- Chequear la medicación del paciente (alfa bloqueantes, diuréticos, etc.).

# 03

## Actitudes terapéuticas y paliativas



---

- Recomendaciones higiénico-dietéticas sobre la ingesta de agua, cafés, té e infusiones, abandonar el hábito del tabaquismo y consumo de alcohol, así como promover un hábito de vida saludable apostando por la dieta mediterránea y combatiendo el sobrepeso.
- Modificaciones en su vida sexual: explicar en qué consiste la climaturia y cómo han de tomar los inhibidores de la fosfodiesterasa.
- Realización de ejercicios de Kegel: Es interesante que desde Atención Primaria se asegure la realización de los ejercicios, normalmente iniciados desde la consulta de Urología con anterioridad a la intervención. Si se levanta peso, se deben de flexionar las rodillas. Evitar ejercicios abdominales (Ver anexo III).
- Micción programada cada 2 horas. No realizar micción con prensa abdominal.
- Asesoramiento sobre dispositivos de continencia más adecuados al paciente, considerando los absorbentes, el colector o la pinza uretral.

## - 03 ACTITUDES TERAPÉUTICAS Y PALIATIVAS -

Es clave una correcta selección junto al paciente del absorbente, que siempre constituye la primera línea de tratamiento según la cuantía de las pérdidas, discreción del pad y costes del mismo. Una incorrecta indicación del absorbente puede mermar la calidad de vida del paciente y conllevar aislamiento social e incluso depresión o ansiedad, por lo que es clave que desde Atención Primaria demos a conocer todos los tipos de absorbentes que existen adaptados al perfil de persona con incontinencia que atendemos y consensuemos con ellos dicha selección.

Para ayudar al profesional de Atención primaria a la recomendación del tipo de absorbente a utilizar, proponemos una indicación determinada por el perfil de los pacientes, basada en el nivel de autonomía y el tipo de incontinencia (urinaria o mixta), así como un anexo donde poder mostrar al paciente todas las soluciones absorbentes.

<b>CLASIFICACIÓN DE ABSORBENTES</b> <small>basado en la Norma UNE -EN ISO 15621:2017 y la Guía de Atención a Personas con Incontinencia AEU<sup>5</sup></small>	<b>NIVEL DE INCONTINENCIA</b>	<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>	<b>INCONTINENCIA MIXTA</b> <small>Urinaria y Fecal</small>
 <b>PACIENTE CON AUTONOMÍA (AUTOCUIDADO)</b>	<b>Leve</b>	<b>Compresas masculinas*</b>  <small>* No financiado por Seg.Social</small>	<b>Pants o Anatómico con cinturón</b>
	<b>Moderada/Grave</b>	<b>Pants</b>	<b>Pants o Anatómico con cinturón</b>
 <b>PACIENTE DEPENDIENTE (NECESITA AYUDA)</b>	<b>Moderada/Grave</b>	<b>Pants o Anatómico con elásticos</b>	<b>Pants o Anatómico con elástico</b>

## - 03 ACTITUDES TERAPÉUTICAS Y PALIATIVAS -

---

- Cuidar la piel en contacto con el absorbente. Es importante la prevención de la dermatitis de pañal y la hidratación e higiene de la zona. En caso de antecedentes de radioterapia externa, se debe hacer hincapié en los cuidados dermatológicos. En relación a la selección de absorbentes para el cuidado de la piel, en la Guía de Atención a Personas con Incontinencia de la AEU se menciona que para proteger la piel de la persona con incontinencia debemos elegir un absorbente que la mantenga totalmente seca, y que además sea transpirable.

Así mismo, en la Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas del Ministerio de Sanidad se hace referencia a la existencia de productos que empiezan a demostrar su efectividad en la prevención y tratamiento de la dermatitis asociada a la incontinencia, tales como las toallitas desechables que incorporan limpiadores hidratantes, y protectores de piel en un solo producto. Existen limpiadores diseñados específicamente para la zona perineal con detergentes y tensoactivos, que eliminan directamente la suciedad o irritantes de la piel. Suelen estar formulados para mantener el pH de la piel sana (5.0-5.9), y tienden a contener emolientes, hidratantes o humectantes que preservan los lípidos en la superficie de la piel. Incluso algunos están diseñados para ser utilizados (sin necesidad de aclarado), evitando además la necesidad de secado con toalla después de cada episodio de limpieza.

A modo de corolario terapéutico para aplicar en Consulta de Atención Primaria:

1. Recomendaciones higiénico-dietéticas.
2. Promover un hábito de vida saludable.
3. Modificaciones en su vida sexual.
4. Ejercicios de Kegel.
5. Micción programada cada 2 horas.
6. Asesoramiento sobre dispositivos de continencia más adecuados al paciente, considerando los absorbentes, el colector o la pinza uretral (perfil de pacientes por nivel de autonomía y de incontinencia urinaria).

# 04

## Criterios de derivación a consultas externas de Urología<sup>5,6,7</sup>

---

1. Ante empeoramiento en nivel de incontinencia o falta de respuesta a ejercicios suelo pélvico, debería ser re-evaluado por Urología.

Se cuantifica el grado de incontinencia post-prostatectomía según el peso en gramos del pad test de 24 horas.

Menor de 200 gramos: incontinencia leve.

200-400 gramos: incontinencia moderada.

Mayor de 400 gramos: incontinencia grave.

La incontinencia urinaria moderada y severa con escasa respuesta a ejercicios de suelo pélvico debería ser valorada por el urólogo.

2. Presencia de síntomas del tracto urinario inferior, incontinencia por rebosamiento o antecedentes de retención aguda de orina.
3. Incontinencia de urgencia pura o mixta, con elevado número de micciones y puntuaciones específicas elevadas o con repercusión en la calidad de vida.
4. Problemas derivados de los absorbentes o uso de dispositivos como el colector o pinza penéana.

# 05

# Anexos

---

# ANEXO I: CUESTIONARIO ICIQ-MLUTS

---

## Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

- Nunca . . . . . 0
- Una vez a la semana . . . . . 1
- 3 veces/semana . . . . . 2
- Una vez al día . . . . . 3
- Varias veces al día . . . . . 4
- Continuamente . . . . . 5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- No se me escapa nada . . . . . 0
- Muy poca cantidad . . . . . 2
- Una cantidad moderada . . . . . 4
- Mucha cantidad . . . . . 6

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

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

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

## ANEXO II: DIARIO MICCIONAL

### 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:

Hora 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	







## ANEXO II: DIARIO MICCIONAL

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

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

DIARIO MICCIONAL		DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	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)	

## ANEXO III: EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

---

### 1. Cómo encontrar los músculos del suelo pelviano.

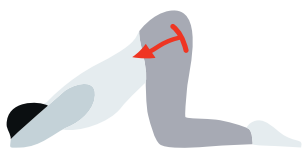
Para localizar de una manera correcta estos músculos, se realizan las siguientes pruebas:

- Apretar fuerte como si se quisiese detener el flujo de orina.
- Contraer el ano como si se fuera a escapar una ventosidad.
- Ahora cerrar, apretar y subir con fuerza los dos músculos a la vez. De esa manera, se estarán contrayendo los músculos del suelo pélvico.
- Se debe evitar contraer los glúteos, abdomen o muslos.

### 2. Realización de ejercicios

#### a) Antes de comenzar:

Al principio de cada serie de ejercicios conviene relajar la musculatura del suelo pélvico durante 3-4 minutos. Algunos consejos posturales:



Arrodillado, y con el cuerpo inclinado hacia delante, apoya los antebrazos en el suelo y pon la cabeza entre las manos.



Tumbarse en el suelo, pon las piernas sobre una silla y colocar un cojín debajo de la pelvis.

#### b) Consejos.

Mantener cada contracción durante 5-6 segundos. Mantener relajados el resto de músculos.

Repetir el ejercicio entre cinco y diez veces.

Realizar los ejercicios una media de diez veces al día, incrementando progresivamente las repeticiones a medida que vayas cogiendo confianza.

Intentar mantener un ritmo de respiración durante los ejercicios, relajando los músculos al coger aire y contraerlos al sacarlo.

Los ejercicios los puede alternar en tres posiciones: acostado, de pie y sentado. Si se realiza sentado, debe escoger una silla sólida y debe apoyar los pies totalmente en el suelo, manteniendo las rodillas ligeramente hacia fuera.

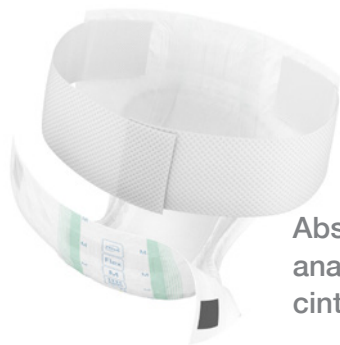
Una vez iniciados los ejercicios de rehabilitación, estos se tienen que realizar de forma continuada. Si se suspende, el efecto se perderá.

# ANEXO IV: IMÁGENES DE DISTINTOS TIPOS DE ABSORBENTES SEGÚN SU FORMA

---

## 1. Productos financiados por la Seguridad Social:

Absorbentes anatómicos con elásticos



Absorbentes anatómicos con cinturón



Absorbentes Pants



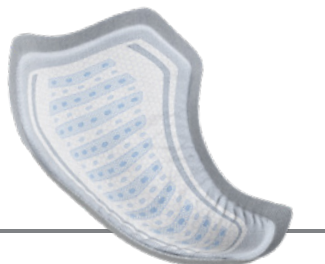
Absorbentes con sistema anatómico o de dos piezas

Absorbentes Rectangulares



## 2. Productos no financiados por la Seguridad Social:

Compresa masculina para la incontinencia



(clasificación basada en la Norma UNE -EN ISO 15621:2017 y en la Guía de Atención a Personas con Incontinencia<sup>5</sup> AEU ISBN: 978-84-09-17847-6 Enero 2020)

# 06

## Bibliografía

---

1. Ficarra V, Novara G, Artibani W, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *Eur Urol* 2009;55:1037–63.
2. Ficarra V, Novara G, Rosen RC, Artibani W, Carroll PR, Costello A, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol* 2012;62:405–17.
3. Goldman H.B, Averbeck M.A, Bruschini H, Comiter C, Hanus T, Herschorn S, Woodhouse, C. Surgical Treatment of Urinary Incontinence in Men. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. *Incontinence: Sixth International Consultation on Incontinence* Tokio 2016:1645-1756.
4. Management of incontinence surgery complications, European Association of Urology <https://uroweb.org/management-of-incontinence-surgery-complications/> Consultado el 29 de septiembre de 2021.
5. Guía de Atención a Personas con Incontinencia de la Asociación Española de Urología (AEU ISBN: 978-84-09-17847-6 Enero 2020).
6. Castro-Díaz DM, Esteban Fuertes M. Salinas Casado J. Bustamante Alarma S et al. Assessment of the psychometric properties of the Spanish language version of questionnaire ICIQ-Male Lower Urinary Tract Symptoms (ICIQ-MLUTS). *Actas Urol Esp* 2014 Mar;38(2):71-7.
7. Guía para la Prevención de las UPP y Heridas Crónicas Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad (editada por el Instituto General de Gestión Sanitaria 2015).

**AUTORES:**

Blanca Madurga Patuel  
Raúl Vozmediano Chicharro  
José Manuel Cózar Olmo  
José Luis Álvarez-Ossorio  
Manuel Esteban Fuertes

---

**CON LA COLABORACIÓN DE:**

José María Molero García  
(SEMFYC)  
Antonio Fernández Pro-Ledesma  
(SEMG)  
Francisco José Brenes Bermúdez  
(SEMERGEN)

