# MONOGRAFÍA

## INCONTINENCIA URINARIA

*Puente Sánchez, M.C.*, Valles Ugarte, M.L.***

Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria
*C.S. Puerta Bonita, I. **C.S. Fátima. Área 11. Madrid

## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria se define como "la pérdida involuntaria de orina en cantidad y/o frecuencia suficiente como para constituir un problema de salud y social".

A pesar de tratarse de una problema con una elevada prevalencia, ya que afecta al 10-20% de los ancianos de la comunidad, al 35% de los ancianos hospitalizados en la Unidad de Agudos y al 50% de los ingresados en residencias asistidas, sólo un tercio de los ancianos incontinentes consultan por ella, quizá por la vergüenza que supone reconocer el problema o porque se considera la incontinencia como una consecuencia inevitable del envejecimiento que hay que aprender a asumir. Es cierto que el envejecimiento va ligado a una serie de cambios fisiológicos en distintas estructuras corporales, pero no se puede aceptar de ninguna manera que éste por sí mismo conlleve la pérdida de la continencia urinaria.

En el anciano, la incontinencia genera importantes repercusiones en la esfera médica afectiva, social y económica (tabla 1), por ello es fundamental la detección de casos mediante un interrogatorio dirigido y la valoración correcta del paciente para realizar un diagnóstico etiológico concreto que permita adoptar las medidas terapeúticas adecuadas a cada caso, reservando el uso de pañales para aquellos pacientes de mayor edad, con patología neurológica incapacitante o si han fracasado las otras medidas.

TABLA 1

| | |
|---|---|
| **Médicas:** | Infecciones urinarias, irritación vulvar, úlceras por decúbito, sondajes inadecuados, caídas en ancianos que tengan que levantarse de la cama durante la noche para orinar. |
| **Afectivas:** | Depresión, ansiedad, pérdida de la autoestima, influencia sobre las relaciones sexuales. |
| **Social:** | Aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar y recursos socio-sanitarios, internamientos innecesarios. |
| **Económicas:** | Elevado coste de las complicaciones y de las medidas paliativas: absorbentes, colectores, sondas, etc.). |

Es indudable que dentro del sistema sanitario actual, es el médico de atención primaria el que juega un papel decisivo en la identificación de este problema, por ello, el presente artículo pretende ser una guía práctica del manejo de la incontinencia urinaria en atención primaria.

## CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LA INCONTINENCIA

### 1. – TRANSITORIA O REVERSIBLE

Supone un 50% de la incontinencia de los ancianos hospitalizados y un 33% de los ancianos de la comunidad. Se caracteriza por su aparición brusca, su corta evolución (< 4 semanas) y su relación con causas potencialmente reversibles (enfermedades agudas, consumo de medicamentos y yatrogenia).

Las causas más frecuentes se recogen en la palabra nemotécnica "diappers" ("pañales en inglés"):

- **D** **D**elirio.
- **I** **I**nfección.
- **A** **A**trófica (vaginitis o uretritis).
- **P** Fármacos *(**P**harmaceuticals)*.
- **P** **P**sicológicas.
- **E** **E**ndocrinopatía (hiperglucemia, hipercalcemia, hipokaliemia).
- **R** **R**estricción de la movilidad.
- **S** Impactación fecal *(**S**tool)*.

La incontinencia suele desaparecer al tratar el trastorno subyacente, aunque en ocasiones, las causas reversibles pueden dar lugar a la aparición de una incontinencia urinaria crónica.

Las sondas vesicales en la Incontinencia Urinaria Transitoria debe reservarse para los casos en que sea necesario un estricto control de la diuresis, en la retención aguda y en el postoperatorio pélvico o ginecológico.

**2. – CRÓNICA**

Persiste durante un largo período de tiempo, independientemente de la enfermedad aguda o de la agresión yatrogénica. Existen cuatro tipos (tabla 2):

**TABLA 2** *Repercusiones de la incontinencia urinaria*

| TIPO | CAUSA | ETIOLOGÍA | EXPLORACIÓN FÍSICA | RPM |
|---|---|---|---|---|
| **URGENCIA** | Contracciones no inhibidas de la vejiga, que provocan urgencia miccional y pérdidas de orina en cantidad moderada o grande. | Cistitis, uretritis, litiasis o neoplasias vesicales, obstrucción del tracto de salida, diverticulitis, lesión medular o trastornos del SNC (ictus, TCE, demencia, esclerosis múltiple, Parkinson). | La exploración suele ser normal excepto en el caso de deficiencia subyacente (por ejemplo ictus o demencia). Estos pacientes pueden no percibir la sensación de urgencia. | <50 cc. |
| **ESTRÉS** | Aumento de la presión intraabdominal que provoca escapes de orina pequeños o moderados. | Obesidad, cirugía pélvica, multiparidad, hipoestrogenismo, debilidad y laxitud de la musculatura del suelo pélvico. | La exploración física puede ser normal o revelar vaginitis atrófica y/o cistocele. | Mínimo |
| **REBOSAMIENTO** | Distensión de la vejiga debida a lesiones neurogénicas u obstructivas que provoca pequeñas pérdidas de orina por rebosamiento. | Hipertrofia benigna de próstata, estenosis uretral, neuropatía diabética, lesión medular, consumo de fármacos o impactación fecal. | La exploración puede ser normal o revelar la existencia de una vejiga distendida, de una disfunción neurológica, de un aumento de tamaño prostático o de una impactación fecal . | >100 cc. |
| **FUNCIONAL** | Incapacidad o no deseo de ir al cuarto de baño, en ancianos normalmente continentes. | Trastornos músculo-esqueléticos, abuso de alcohol, inmovilidad, demencia, retraso mental, depresión, hostilidad, ambiente familiar, desatención del cuidador, inaccesibilidad al baño, ausencia de luz nocturna, diuréticos y sedantes. | La exploración física suele ser normal, aunque puede que aparezcan señales de artrosis u otras alteraciones causantes de inmovilidad. | Normal |

A) DE URGENCIA
También conocida como inestabilidad del detrusor. Es el tipo más corriente en el anciano (65%). Se produce por contracciones involuntarias o irritación de la vejiga por diversos factores genitourinarios y neurológicos que provocan deseo miccional inminente y escapes de orina moderados o grandes.

B) DE ESTRÉS O ESFUERZO
Es la causa más frecuente en mujeres. Se produce ante aumentos de la presión intraabdominal que se produce por ejemplo al estornudar, toser, reír, inclinarse hacia delante o al realizar otro tipo de esfuerzos. Provoca pequeños escapes de orina.

C) POR REBOSAMIENTO
Tiene su origen en una obstrucción anatómica o neurogénica o en una vejiga hipotónica o acontráctil. Cuando la presión intravesical supera la uretral, se producen pequeñas pérdidas de orina. El residuo postmiccional es patológico (>100 cc.).

D) FUNCIONALES
La función vesicoureteral está intacta, pero el anciano no desea o no es capaz de alcanzar el lavabo para orinar por múltiples motivos (mala visión, miedo a caerse, barreras arquitectónicas, depresión, WC inaccesible, descuido de los cuidadores, incapacidad para desplazarse, desvestirse, etc.)

## VALORACIÓN DEL PACIENTE CON INCONTINENCIA

### 1. – HISTORIA CLÍNICA

**A)** *Antecedentes Personales.*
- En las mujeres deben recogerse los antecedentes obstétricos (número de hijos y partos distócicos) y ginecológicos (menopausia).
- En los varones debe interrogarse sobre semiología prostática.
- Enfermedades neurológicas (ACV, Parkinson, demencia senil) y traumatismo craneoencefálico.
- Diabetes mellitus, enolismo y déficit de vitamina $B_{12}$.
- Patología osteoarticular incapacitante, alteración visual, depresión, inmovilismo, incontinencia fecal o estreñimiento.
- Infecciones urinarias, litiasis.
- Insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial.
- Cirugía pélvica.

**B)** Toma de fármacos (Hipnótico-sedantes, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, antagonistas del calcio, diuréticos, AINE, opioides, antihistamínicos, anticolinérgicos y adrenérgicos).

**C)** *Características de la incontinencia.*
- Forma de inicio (brusca o insidiosa).
- Tiempo de evolución.
- Síntomatología genitourinaria irritativa/obstructiva asociada (urgencia, disuria, nicturia, enuresis, tenesmo, retraso en el inicio de la micción, reducción o interrupción del flujo, goteo final, hematuria).
- Frecuencia miccional (diurna/nocturna).
- Severidad (número de escapes y cantidad de orina en cada micción).
- Factores precipitantes.

Puede ser útil una hoja de registro miccional para el diagnóstico y tratamiento de la pérdida de orina (tabla 3).

**TABLA 3** *Tipos primarios de incontinencia urinaria crónica. RPM = Residuo Postmiccional*

| HORA | MICCIÓN VOLUNTARIA | PÉRDIDA ACCIDENTAL | MOTIVO DE LA PÉRDIDA Y CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| 6 AM | | | |
| 7 AM | | | |
| 8 AM | | | |
| 9 AM | | | |
| 10 AM | | | |
| 11 AM | | | |
| 12 PM | | | |
| 1 PM | | | |
| 2 PM | | | |
| 3 PM | | | |
| 4 PM | | | |
| 5 PM | | | |
| 6 PM | | | |
| 7 PM | | | |
| 8 PM | | | |
| 9 PM | | | |
| 10 PM | | | |
| 11 PM | | | |
| 12 AM | | | |
| 1 AM | | | |
| 2 AM | | | |
| 3 AM | | | |
| 4 AM | | | |

**Fig. 1.** ***Diario de registro miccional.***

### 2. – EXPLORACIÓN FÍSICA

Abdomen: palpación de masas pélvicas o globo vesical. Examen genital: atrofia vaginal, estado de la piel, cistocele o rectocele, prolapso uterino.

La pérdida de orina provocada al solicitar a la paciente que tosa enérgicamente durante la exploración es un signo evidente de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Tacto rectal: tono del esfínter anal, fecaloma, hipertrofia prostática.

Exploración neurológica: marcha, focalidad, sensibilidad perineal y reflejo bulbocavernoso para explorar raíces sacras.

Medición del residuo postmiccional: consiste en la realización de un sondaje vesical 5-10 minutos después de orinar, utilizando una sonda rígida en la mujer y una sonda Foley de calibre 12-14 en el varón. Un volumen de orina residual mayor de 100 ml o un volumen mayor al 20% de la muestra obtenida, puede considerarse patológico, orientando a una incontinencia por rebosamiento que precisaría derivación al especialista.

### 3. – EVALUACIÓN INTEGRAL

Valoración funcional (índice de Katz e índice de Lawton). Movilidad. Repercusión de la incontinencia: severidad, interferencia con las actividades de la vida diaria.

Valoración mental: detectar si hay deterioro cognitivo (mini-mental Folstein), delirio, depresión (test de Yesavage) o agresividad.

Valoración social (escala OARS de recurso sociales).

### 4. – PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análisis básico de orina con cultivo.

Bioquímica de sangre con glucemia, creatinina, iones séricos y calcio.

Otros estudios: ecografía abdominal, cistometría, cistoscopia, uroflujometría, evaluación urodinámica por vídeo, electriomiograma, etc.

## ¿CUÁNDO REMITIR AL PACIENTE AL ESPECIALISTA?

La derivación a atención especializada (urólogo, ginecólogo) estará indicada en caso de persistencia de la incontinencia tras la corrección de una causa potencialmente reversible considerada como responsable de la misma, dificultad para establecer un diagnóstico, residuo postmiccional patológico o imposibilidad de sondar al paciente, hematuria, existencia de alteraciones anatómicas (prolapso, crecimiento prostático, obstrucción del tracto de salida), infecciones urinarias de repetición, fracaso del tratamiento empleado o cuando se considere que la situación del anciano que sufre incontinencia va a mejorar con la intervención del especialista.

## TRATAMIENTO:

Con las diferentes opciones terapéuticas se pude recuperar la continencia urinaria hasta en un 40-50% de los casos, y en otro 20-30% se ofrece al paciente mejor confort disminuyendo su severidad.

### RECOMENDACIONES GENERALES

#### 1. – CONSEJOS HIGIENICO-DIETÉTICOS

- Evitar el uso de sedantes nocturnos para mantener la sensación de llenado de la vejiga.
- Reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té).
- Corregir el estreñimiento.
- Mantener actividad física regular. No levantar pesos.
- Utilizar ropas cómodas y adecuadas (elásticos, cierre con velcros).
- Limitar la ingesta de líquidos a partir de la merienda en caso de nicturia.

#### 2. – TRATAMIENTO DE LAS CAUSAS TRANSITORIAS

Entre las correcciones a considerar en este tipo de incontinencia, destacaremos:

- Indicación de tratar toda infección del tracto urinario, incluyendo la bacteriuria asintomática, dado que su erradicación puede provocar una mejoría en la incontinencia urinaria.

– Valorar la instauración de terapia hormonal sustitutiva o el uso de estrógenos tópicos en los casos de vaginitis o uretritis atrófica.
– Utilizar los fármacos que afectan la continencia de forma discontinua, a dosis bajas o reemplazarlos por otros si es posible.
– Corrección de las alteraciones metabólicas.
– Tratamiento adecuado de las incapacidades músculo-esqueléticas.

Son importantes las medidas de adaptación domiciliaria suprimiendo las barreras ambientales que limiten el acceso al retrete, así como la disponibilidad de un cuidador motivado que acuda con prontitud a la llamada en el caso de pacientes inmovilizados. La presencia de un orinal o cuña al lado de la cama, puede solucionar una incontinencia urinaria por inmovilidad.

La desimpactación fecal suele devolver la continencia en el caso de fecalomas, debiéndose mantener después un adecuado ritmo intestinal mediante una dieta rica en fibra con o sin laxantes.

### 3. – TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

*EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO O DE KEGEL*
Dirigidos a fortalecer la resistencia del suelo pélvico, por lo que son de especial interés en la incontinencia de esfuerzo.

Consisten en la realización de contracciones repetidas de la musculatura del suelo pélvico (unas 25-30 por sesión), debiendo efectuar unas 3 ó 4 sesiones diarias. Debe instruirse a la paciente para que interrumpa el vaciado vesical durante la micción para que de este modo aprenda a realizar el ejercicio. Existen conos vaginales de distintos pesos muy útiles en pacientes bien seleccionadas para facilitar la realización de estos ejercicios. Los resultados son buenos a medio-largo plazo, mejorando la incontinencia de estrés en un 60-90 % de las pacientes a partir de los 2-9 meses del inicio de los ejercicios.

*ENTRENAMIENTO VESICAL*
Micciones voluntarias regulares cada 30 minutos, incrementando el intervalo gradualmente conforme va mejorando la capacidad para suprimir la inestabilidad vesical hasta realizarlas cada 3-4 horas. Esta medida es mayor utilidad en la incontinencia de urgencia y en las incontinencias de corta evolución (tras sondaje vesical, fár-macos).

*MICCIONES PROGRAMADAS*
Con esta técnica se pretende adquirir un hábito de micciones regulares aproximadamente cada 2 horas, a través de la estimulación periódica por parte de los cuidadores en casos de pacientes incapacitados.

### 4. – ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA DEL SUELO PÉLVICO

### 5. – MEDIDAS PALIATIVAS

En algunos casos, y como medida complementaria a otras actuaciones, pueden utilizarse absorbentes y/o colectores externos (varones sin obstrucción al tracto de salida), para tratar de minimizar las repercusiones de este problema.

## TRATAMIENTO ESPECÍFICO

### INCONTINENCIA DE ESFUERZO

*Técnicas de modificación de la conducta.*

*Dispositivos mecánicos o de soporte anatómico para mujeres:*

– Dispositivos intravaginales (pesarios vaginales, tampones, diafragmas contraceptivos estándar y dispositivos de soporte protésico del cuello vesical). Pueden ser útiles en algunas mujeres si se colocan adecuadamente, aunque pueden causar obstrucción o compresión uretral, erosión vaginal e incomodidad en la paciente. Pueden ser difíciles de colocar o extraer y es necesaria la realización de revisiones periódicas.
– Dispositivos intermitentes de oclusión uretral: son dispositivos desechables, de un único uso, que se insertan en la uretra cuando existe una situación de riesgo elevado de padecer incontinencia de esfuerzo (por ejemplo al hacer ejercicio) y se pueden extraer al realizar evacuaciones desinflando un pequeño balón que retiene el dispositivo en la uretra. Pueden provocar hematuria

breve o bacteriuria sintomática temporal. Existen también pequeños parches de material gelatinoso, de un solo uso, que sirven para ocluir el meato urinario, pudiéndose extraer fácilmente al ir al aseo y sustituirse después por otro nuevo.

*Farmacológico.*

- La terapia hormonal sustitutiva es de gran utilidad en mujeres postmenopáusicas siempre que no existan contraindicaciones absolutas para su aplicación tales como tumores hormono-dependientes, metrorragias no filiadas, hepatopatía grave, trombosis venosa profunda o enfermedad tromboembólica previa. Se recomienda asociar progestágenos en mujeres no histerectomizadas para reducir el riesgo de carcinoma de endo-metrio.
- -adrenérgicos (que aumentan la resistencia del tracto de salida de la vejiga) como la fenilpropanolamina a dosis de 50-75 mg 1-2 veces al día o imipramina (Tofranil,), a dosis de 25 mg en toma única nocturna o la pseudoefedrina a dosis de 15-30 mg cada 8-12 horas.

Entre los efectos secundarios destacan la anorexia, naúseas, insomnio, confusión, aumento de la tensión arterial (la presión puede disminuir con la imipramina) y cardiopatía isquémica.

*Quirúrgico.*

Principalmente en mujeres jóvenes, prolapso uterino, cistocele grado III o uretrocele, o cuando fracasan todas las medidas no quirúrgicas. Existen tanto técnicas vía vaginal como abdominal pudiéndose realizar éstas últimas por laparoscopia en casos seleccionados. Se considera el tratamiento de elección, ya que consigue la fijación de la musculatura pélvica. El porcentaje de éxito alcanza el 85-90% de los casos.

**INCONTINENCIA DE URGENCIA**

*Técnicas de modificación de la conducta.*

*Farmacológico.*

Con el tratamiento farmacológico se consigue una mejoría del 50-60% y una curación del 20-30% de los casos.

Los fármacos de elección son aquellos con propiedades anticolinérgicas y relajantes del músculo liso:

- Oxibutinina (Ditropan,), anticolinérgico y relajante muscular, a dosis de 2.5-5 mg/8 h (o 15 mg por la noche en trastornos nocturnos). Es la sustancia más frecuentemente utilizada, pero su utilidad clínica está limitada por los efectos secundarios sistémicos, especialmente la sequedad de boca.

- Tolterodina (Detrusitol,,Urotrol ,), nuevo antagonista selectivo de los receptores muscarínicos, por lo que parece ser menos propenso a producir sequedad de boca que el resto de fármacos antimuscarínicos actualmente disponibles. Es útil a dosis de 1-2 mg/12 h.

- Cloruro de Trospio (Uraplex,), anticolinérgico, a dosis de 20 mg/12 h.

- Flavoxato (Uronid,), relajante muscular, a dosis de 100-200 mg cada 8-12 h.

  Entre los efectos secundarios destacan la sequedad de boca, visión borrosa, taquicardia, palpitaciones, síndrome confusional agudo, estreñimiento, etc.

  Están contraindicados en la hipertrofia prostática, la bronquitis crónica, el estreñimiento grave y el glaucoma.

En el grupo de antidepresivos son de elección:

- Imipramina (Tofranil,), antidepresivo tricíclico con acción agonista a-adrenérgica y anticolinérgica, a dosis de 10 mg cada 8-12 h.

- Clomipramina (Anafranil,) a dosis de 10-25 mg/día.

- Doxepina (Sinequan,), antidepresivo mixto con acción anticolinérgica, a dosis de 25-50 mg /día.

Entre los efectos secundarios destacan la sedación, hipotensión y efectos anticolinérgicos. Están contraindicados en el embarazo, infarto de miocardio reciente o alergia.

*Quirúrgico.*

Cuando la causa de la inestabilidad vesical sea una obstrucción del tracto de salida.

**INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO**

*No farmacológico.*

– Lo primero será intentar solucionar o controlar aquellas causas potencialmente reversibles (impactación fecal, hipertrofia prostática, diabetes, infecciones del tracto urinario, etc).

– En segundo lugar se encuentran las técnicas de modificación de la conducta expuestas anteriormente.

– En casos de arreflexia vesical u obstrucción inoperable del tracto de salida, la técnica de elección es la cateterización vesical intermitente realizada por el propio paciente cada 4-6 horas, recurriendo sólo al cateterismo permanente cuando la situación funcional del paciente o la falta de apoyo de los cuidadores impidan la realización de esta técnica. Las complicaciones del sondaje vesical son las infecciones del tracto urinario, absceso o estenosis, erosión/perforación de la pared vesical o desarrollo de carcinoma vesical.

– Cuando fallan todas las medidas anteriores pueden utilizarse soluciones paliativas como el uso de absorbentes de incontinencia o en el caso de incontinencia por rebosamiento de causa no obstructiva en varones, pueden emplearse aparatos de colección externa conocidos popularmente como “pitochines”. Las posibles complicaciones de estos aparatos son la aparición de bacteriuria, ulceración dérmica, divertículos uretrales, fístulas y necrosis del pene.

*Farmacológico.*

– ·-bloqueantes (que disminuyen la resistencia del tracto urinario de salida) como el prazosín (Minipres,) a dosis de 0.5 mg 2 veces al día durante 3-7 días, aumentando la dosis según la respuesta clínica hasta 2mg/12 horas, o doxazosina (Carduran,, Progandol,). Suele comenzarse con una toma única de 1 mg por la noche e incrementarse a 2 mg/24 h a la 1-2 semanas para continuar con una pauta de mantenimiento de 4 mg diarios. La dosis máxima recomendada es de 8 mg al día. Entre sus efectos adversos destacan la hipotensión postural, mareo, alteraciones gastrointestinales, fatiga y cefalea.

– Agonistas colinérgicos como el betanecol (myo hermes,), que aumentan la contractilidad del detrusor, a dosis de 10 mg cada 8 horas. Como efectos secundarios destacan la diarrea, el dolor abdominal y la broncoconstricción.

*Quirúgico.*

Cuando la causa de la incontinencia sea una obstrucción al tracto urinario de salida (hiperplasia prostática, estenosis uretral).

**INCONTINENCIA FUNCIONAL**

Puede verse mejorada al corregir el trastorno subyacente, por lo que su tratamiento se basa en las recomendaciones generales expuestas anteriormente. El uso de pañales o colectores debe reservarse para aquellas situaciones en que todas las medidas anteriores no han obtenido resultado.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Gonzalo Bravo, F. Fisiología de la micción e incontinencia urinaria. Care of the Elderly (ed Esp), 1995; ene-feb: 7-15.
2. Verdejo Bravo, C., Salinas Casado, J., De Antonio García, MP., Cruz Jentoft, AJ., Ribera Casado, JM. Características clínicas y diagnósticas de la inestabilidad vesical en la incontinencia urinaria del anciano. Rev Clin Esp 1992; 191: 239-244.
3. Busby, MJ. Urinary incontinence. En: Reichel, W. Clinical aspects of aging. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989; 279-282.
4. Beck, LH. Urinary incontinence. En: Lavizzo-Mourey, R., Day, SC., Diserens, D., Grisso, J. Practicing prevention for the elderly. St Louis: Mosby, 1989; 183-195.
5. Gambert, SR. Genitourinary problems in the elderly. Handbook of geriatrics. New York: Plenum Medical, 1987; 121-137.

6. Sier, H., Ouslander, JG., Orzeck, S. Urinary incontinence among geriatric patients in an acute care hospital. JAMA 1987; 257: 1767-1771.

7. Mohide, EA. The prevalence and scope of urinary incontinence. Clin. Geriatr. Med. 1986; 2: 639-656.

8. Ouslander, JG., Kane, RL., Abrass, IB. Urinary incontinence in elderly nursing home patients. JAMA 1982; 1194-1198.

9. Ouslander et al. Pharmacokinetics and clinical effects of oxybutynin in geriatric patients. J. Urol. 1988; 140: 47-50.

10. Ouslander, JG. Geriatric urinary incontinence. Dis. Mon. 1992; 2: 70-149.

11. Ouslander, JG., Schnelle, J. Incontinence in the nursing home. Ann. Intern. Med. 1995; 122: 438-449.

12. Rousseau, P., Fuentevilla-Clifton, A. Urinary incontinence in the aged, Part 1: Patients evaluation. Geriatrics 1992; 47 (Jun): 22-34.

13. Rousseau, P., Fuentevilla-Clifton, A. Urinary incontinence in the elderly, Part 2: Management strategies. Geriatrics 1992; 47 (Jun): 37-48.

14. Jonas, U., Höfner, K., Madersbacher, H. et al. Eficacia y seguridad de dos dosis de tolterodina frente a placebo en pacientes con hiperactividad del detrusor y síntomas de frecuencia, micción imperiosa y urgencia: evolución urodinámica. World J. Urol. 1997; 15: 144-151.

15. Vila Coll ,MA., Florensa Claramunt, E., Fernández Parcés, MJ. Manejo del paciente con incontinencia urinaria en atención primaria. Cuadernos de Gestión 1997; 3: 147-156.

16. Vila Coll, MA., Fernández Parcés, MJ., Florensa Claramunt, E. Manejo de la incontinencia urinaria en el adulto. JANO 1998; LV (1263): 44-49.

17. Verdejo Bravo, C., Salinas Casado, J., De Antonio García, MP. Cruz Jentoft, AJ., Ribera Casado, JM. Características clínicas y diagnósticas de la inestabilidad vesical en la incontinencia urinaria del anciano. Rev. Clin. Esp. 1992; 191: 239-244.

18. Verdejo Bravo, C. Incontinencia Urinaria: ¿qué hacer cuando se presenta? JANO 1998; LV (1279): 41-46.

19. Goode, P., Burgio, K. Pharmacologic treatment of lower urinary tract dysfunction in geriatric patients. Am. J. Med. Sci .1997; 314(4): 262-7.

20. Knapp Peter, M. Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria. El papel decisivo del médico de atención primaria. Postgraduate Medicine (ed Esp), 1999; 1(2): 65-74.

21. Yim, P., Peterson, A. Urinary incontinence. Basic types and their management in older patients. Postgraduate Medicine 1996; 99(5): 137-150.