



INCONTINENCIA URINARIA

UN PROBLEMA FRECUENTE Y NO SIEMPRE CONSULTADO

Raquel González López

Responsable Unidad Urología Funcional, Urodinámica, Femenina y Suelo Pélvico

Hospitales Asistencia Pública Quirónsalud Madrid





CONTI
URIN





DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

- **XCONTINENCIA = Pérdida de una función básica**
 - La incontinencia urinaria es definida como cualquier pérdida involuntaria de orina.
- Importantes repercusiones con gran impacto sobre la calidad de vida
- Prevalencia infravalorada:
 - Infradiagnosticada.
 - Infraconsultada.
- Más frecuente en la mujer.
- Necesidad de valoración multidimensional
- Su incidencia aumenta con la edad: síndrome geriátrico.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE):** pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal. Causas:
 - Hipermovilidad uretral
 - Deficiencia esfinteriana intrínseca
- **Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):** pérdida involuntaria de orina acompañada, o inmediatamente precedida, de “urgencia” miccional.
- **Incontinencia urinaria mixta (IUM):** percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como a esfuerzo.
- **Incontinencia urinaria continua (IUC):** pérdida involuntaria y continua de orina.
- **Enuresis nocturna:** pérdida involuntaria de orina durante el sueño.
- **Incontinencia urinaria por rebosamiento:** forma de goteo asociada a una sobredistensión vesical, produciéndose un vaciado incompleto.
- **IU funcional:** está presente en casos de deterioro cognitivo y en personas de escasa movilidad, con limitaciones que le impiden llegar a tiempo al baño.
- **IU transitoria:** aparece por un tiempo limitado y suele ser secundaria a otras causas
- **IU establecida:** persiste después de las cuatro semanas de su instauración, tras actuar sobre la etiología posible.

Tipos de IU.

	Intensidad	Duración	Clínica
Leve	< 600 ml/día	Transitoria: tiempo limitado y suele ser secundaria	Urgencia
Moderada	600-900 ml/día	Establecida: no desaparece antes de las cuatro semanas de su aparición, tras haber actuado sobre las posibles causas	Esfuerzo
Grave	> 900 ml/día		Mixta

Brenes FJ, Cózar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. Criterios de derivación en Incontinencia urinaria para atención primaria. *Semergen* 2013; 39(4):197-207.



Kelleher CJ. BJU Int. 2005
Tubaro A. Urology 2004

- **Elaborar unos criterios de derivación y diagnóstico** para el correcto manejo de pacientes con IU en Atención Primaria.
- **Sensibilizar al médico de AP.**
- **Ayudar a la evaluación diagnóstica correcta.**
- Establecer el **grado de severidad** de la IU y el **grado de afectación de la calidad de vida** del paciente.
- **Evitar complicaciones** de la IU.
- **Realizar recomendaciones terapéuticas** en el ámbito de la AP.
- **Definir los criterios de derivación a Urología.**
- **Mejorar el flujo de pacientes** en una vigilancia compartida entre AP y Urología.



EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

- Prevalencia estimada global 30-60%.
- IU diaria: 5-15%.
- 2-4 veces más prevalente en mujeres que en hombres.
- Más frecuente en la raza blanca.
- Su incidencia aumenta exponencialmente con la edad.
- Estudio EPINCONT (Noruega): 28.000 mujeres, 25% IU.
- Estudios europeos:
 - Multinacional: 17.000 mujeres, 35% IU. En España 23%.
 - EpiLUTS: 15.000 mujeres >40 años, 60-69% IU.
 - EPIC: 19.000 mujeres, 9-29% IU.

Hannestad YS. J Clin Epidemiol. 2000.
Hunskar S. BJU Int. 2004.
Irwin DE. Eur Urol. 2006.
Coyne KS. BJU Int. 2009.

- Prevalencia en España:

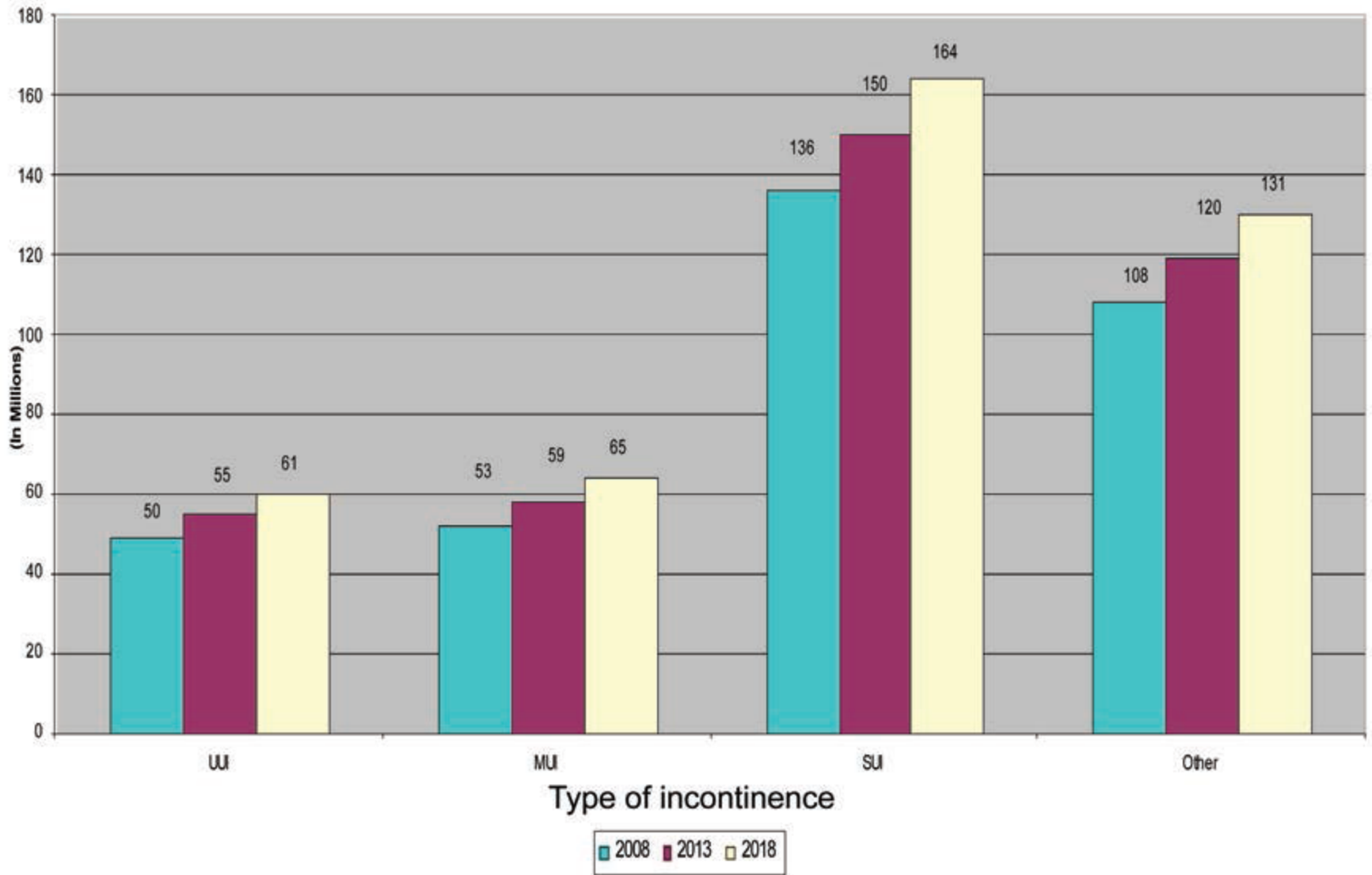
	Prevalencia de IU % (IC 95%) *	N.º x 10 ⁶ (IC 95%)
Mujeres	24 (21,0-26,0)	5,04 (4,48-5,50)
Hombres	7 (3,6-17,0)	1,47 (1,14-2,05)
Total	15,8 (12,3-21,5)	6,51 (5,62-7,55)

* Estandarizada a la población española de 2009.

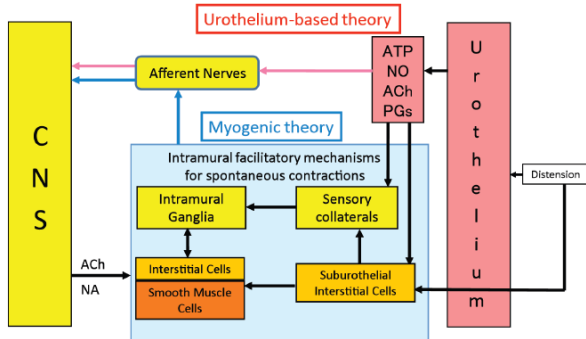
Salinas J, Díaz A, Brenes F, et al. Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). Uro A 2010; 23(1):52-66.

- Prevalencia en Cataluña: 9.000 mujeres, 12% IU (encuesta postal).
- Prevalencia nacional: 3.100 mujeres, 4% (entrevista).
- INCIDENCIA ANUAL: 1,3-4,9%.

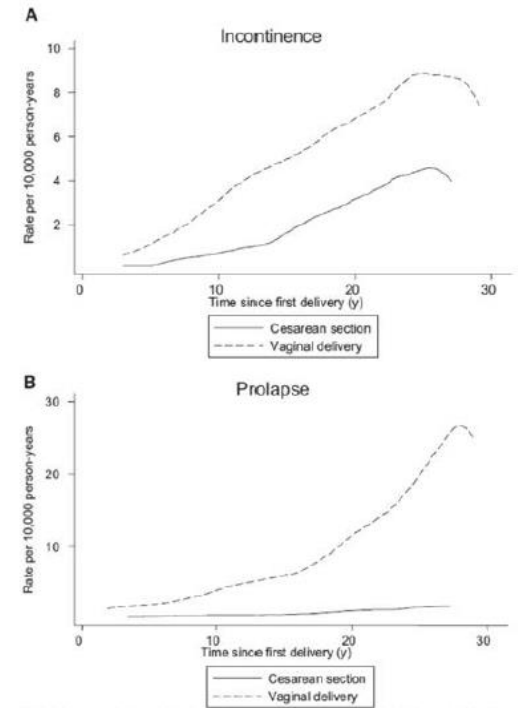
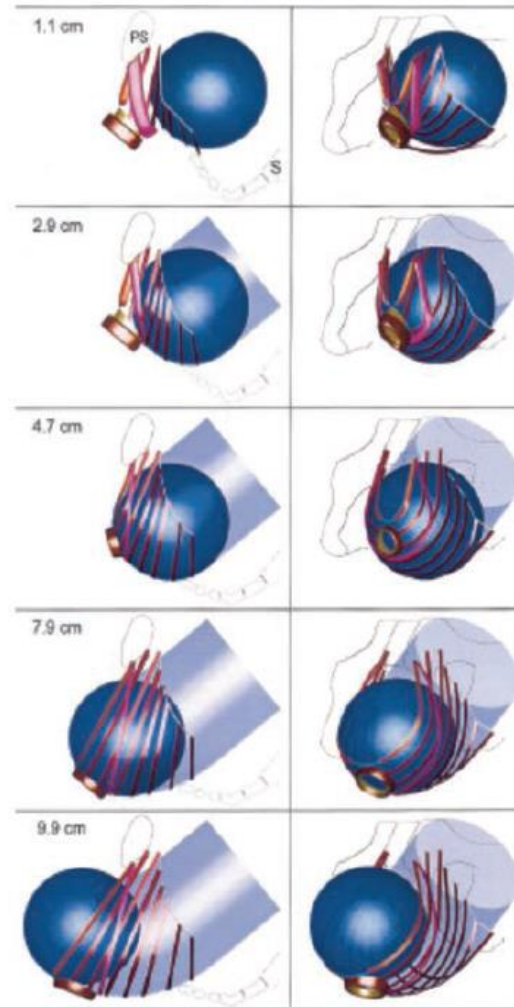
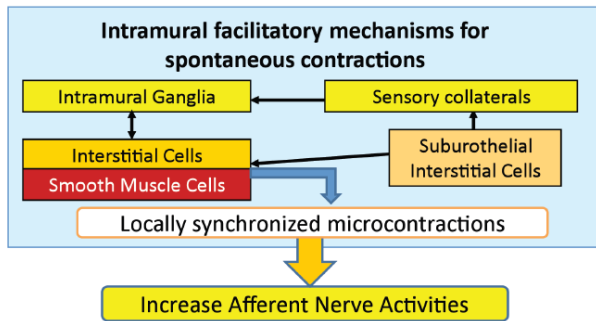
España-Pons, M. Med Clin (Barc). 2009.
Martínez Agulló, E. Actas Urol Esp. 2009.
Incontinence. 2013.



Mechanisms involved in increased afferent input from the bladder



The myogenic hypothesis of the mechanisms underlying increased afferent activity

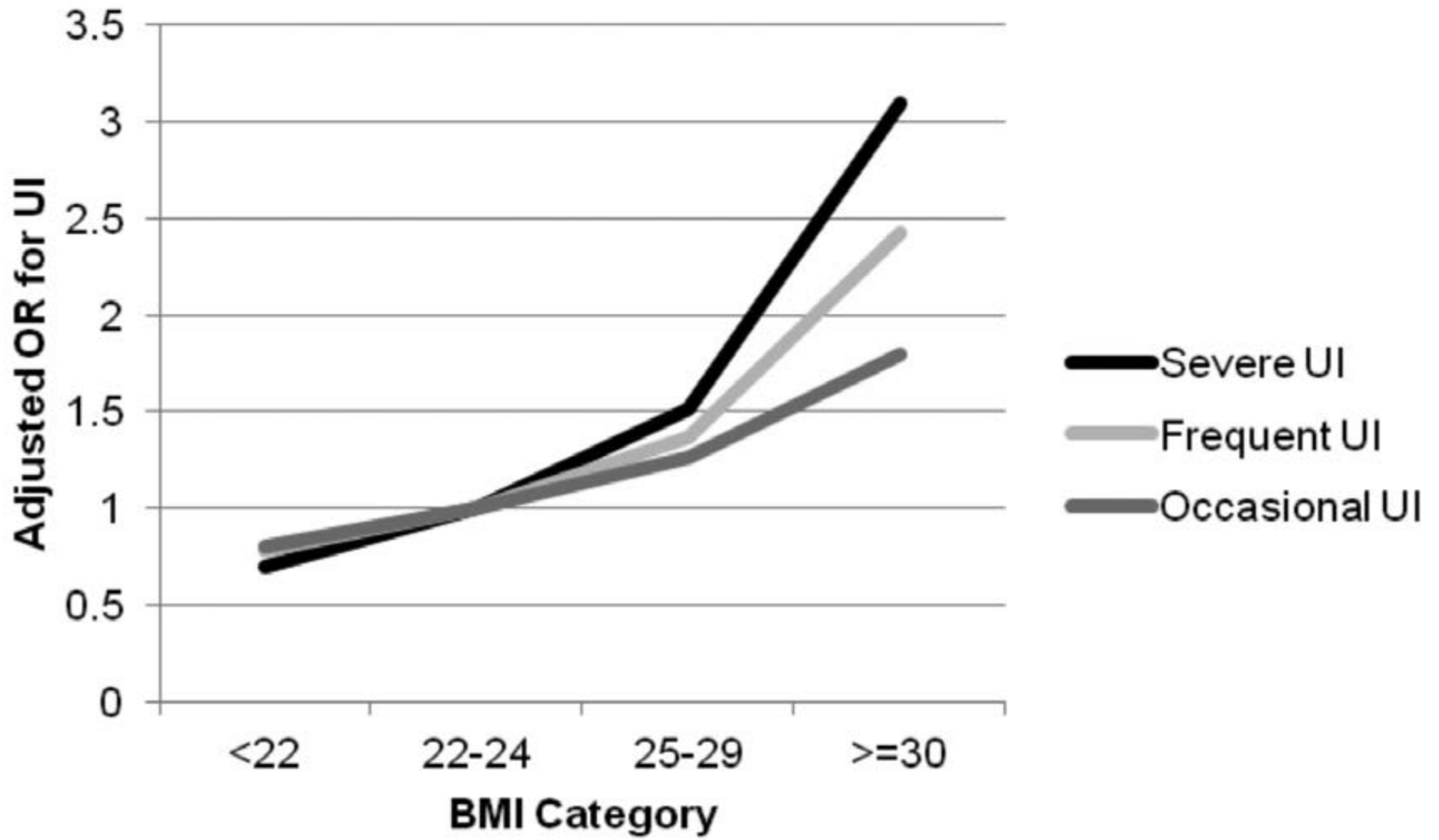


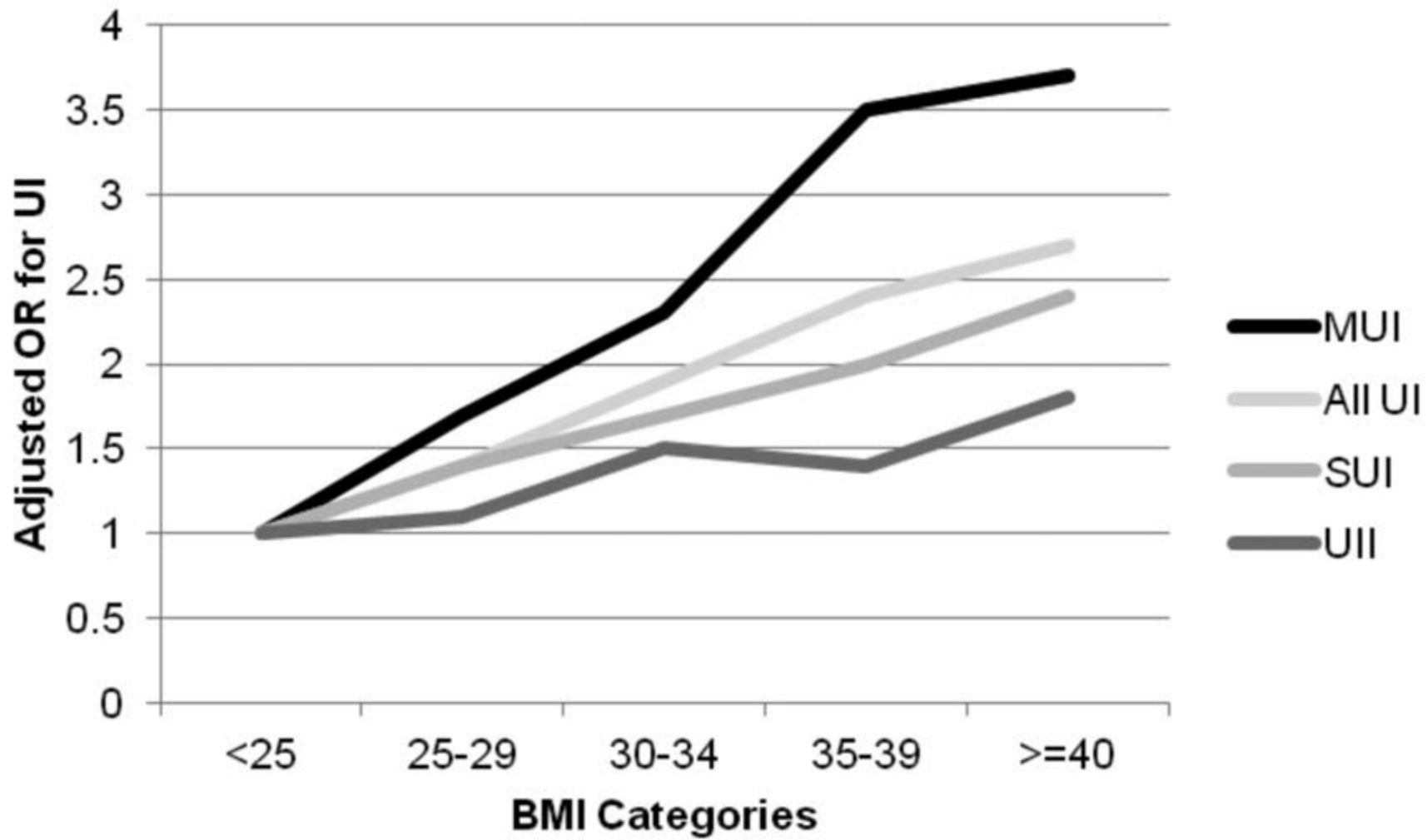
Factores de riesgo de IU.

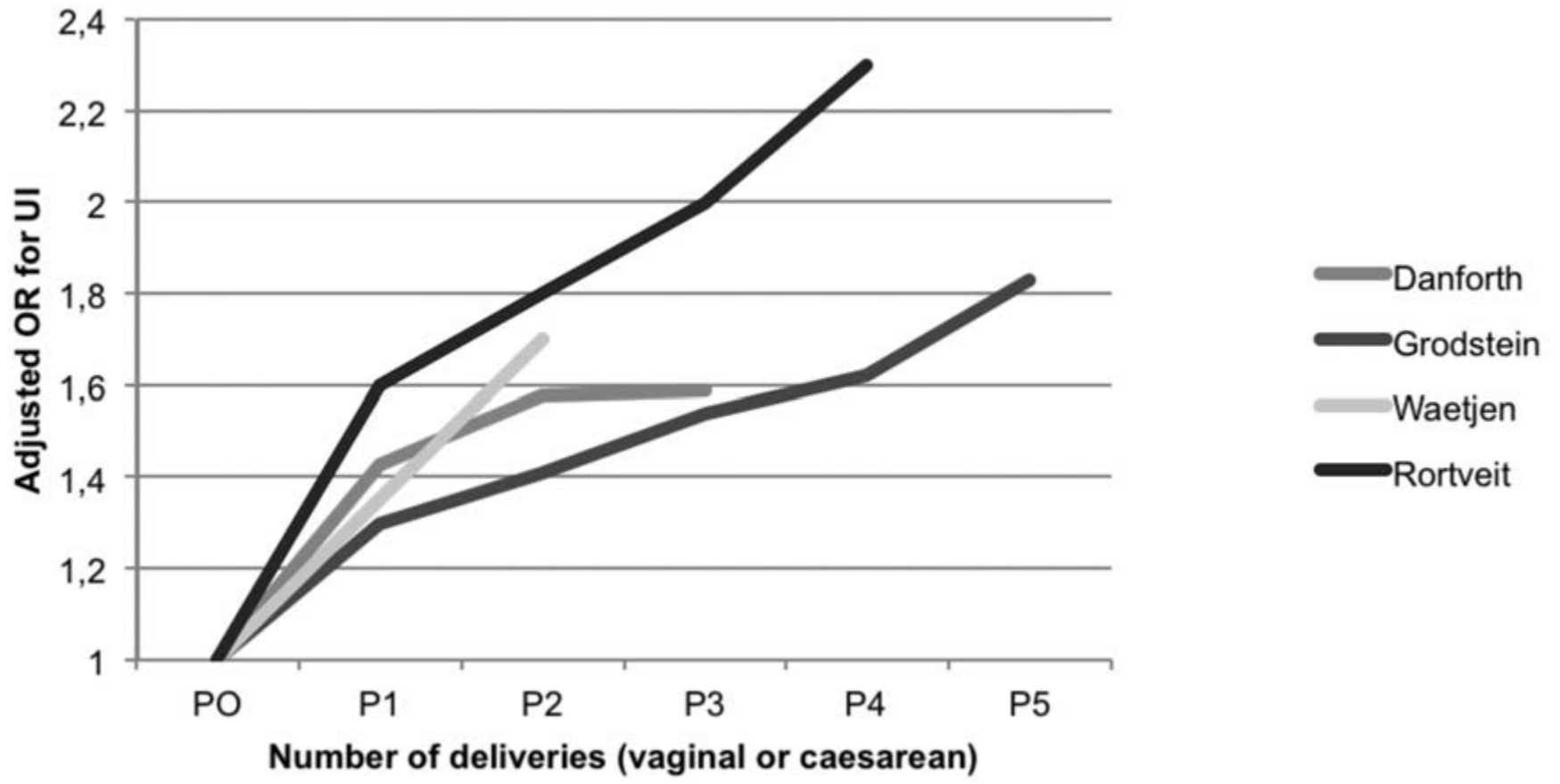
Mujeres*	Hombres
	Comunes: Edad avanzada Antecedentes familiares de IU Enuresis en la edad infantil Infecciones del tracto urinario (ITU) Deterioro cognitivo y funcional Enfermedades neurológicas (accidente cerebrovascular [ACV] agudo, esclerosis, trastornos medulares)
Embarazo Parto vaginal, instrumental y/o de fetos macrosómicos Histerectomía y otros antecedentes de cirugía ginecológica Tratamiento hormonal sustitutivo (vía oral) Prolapso de órganos pélvicos** Obesidad Diabetes mellitus	Síntomas del tracto urinario inferior (STUI) Prostatectomía

* No claramente establecidos como factores de riesgo independientes: menopausia, deterioro cognitivo leve, tabaquismo, ITU, sedentarismo, depresión., estreñimiento

** Son factores de riesgo de prolapso de órganos pélvicos: n.º de partos, parto vaginal, parto instrumental, histerectomía, edad de gestación avanzada.









DIAGNÓSTICO

VALORACIÓN BÁSICA DE LA IU:

- HISTORIA MÉDICA GENERAL
- HISTORIA URINARIA DIRIGIDA
- VALORACIÓN FUNCIONAL BÁSICA
- EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA
- ESTUDIO ANALÍTICO

Actuaciones diagnósticas para la valoración inicial del paciente con IU.

Objetivo	Herramientas	Características
1. Detectar IU "transitorias"	Anamnesis general	Preguntas básicas para orientar un diagnóstico sindrómico
2. Detectar otras patologías distintas de la IU que causan sintomatología similar	Anamnesis dirigida a IU	Diario miccional
	Valoración funcional y cognitiva	Cuestionarios para evaluar gravedad de síntomas
3. Diagnóstico clínico de IU establecida	Exploración física	Cuestionarios de diagnóstico clínico
		Cuestionarios de calidad de vida
		General
4. Clasificación/grado IU		Abdominal
		Pélvica, rectal, genital
5. Gravedad de los síntomas de IU	Pruebas diagnósticas complementarias básicas	Valorar el estado de la musculatura pélvica
		Neurología general y lumbosacra
6. Detectar IU "complicadas"		Sistemático de orina: sedimento +/- urocultivo
		Bioquímica: glucemia, calcio, función renal
		Determinar el residuo vesical posmiccional (ecografía abdominopélvica)

HISTORIA MÉDICA GENERAL

- Comienzo de la IU
- Duración de la IU
- Tipo clínico de IU:
 - Urgencia
 - Esfuerzo
 - Sin percepción del deseo miccional
 - Funcional!
- Frecuencia de los escapes de orina
- Frecuencia miccional diurna y nocturna
- Severidad de los escapes
- Otros síntomas (dificultad miccional, retención de orina)

Anamnesis urinaria dirigida en la IU.

Tipos de anamnesis	Características
Antecedentes de patología urológica	Patología obstructiva (hiperplasia benigna de próstata [HBP], estenosis uretral), cistopatías (tuberculosis, cistitis, tumores)
Características de la incontinencia	Momento y forma de aparición, tiempo de evolución Frecuencia de los escapes (ocasional, diaria, semanal) Intensidad (leve, severa) Presentación (diurna, nocturna o bien continua) Circunstancias desencadenantes (tos, risa, esfuerzos, falta de tiempo para alcanzar el aseo) Diario miccional
Síntomas asociados	Disuria u otros síntomas de ITU (urgencia, frecuencia, hematuria), de disfunción del vaciado vesical (disminución de la fuerza del flujo urinario, sensación de vaciamiento incompleto, goteo posmiccional), dispareunia, sequedad vaginal, estreñimiento y/o incontinencia fecal
Valoración de la severidad	Mediante cuestionario orientativo específico como el ICIQ-SF o con la cumplimentación del diario miccional
Valoración de la repercusión en la calidad de vida	Mediante cuestionario ICIQ-SF o KHQ
Clasificación de la IU	Preguntas básicas orientativas Mediante cuestionario IU-4

Anamnesis general de la IU en la valoración inicial.

Tipos de anamnesis	Características
General	Detección de factores de riesgo de IU y de comorbilidades que pueden empeorar la sintomatología: Obesidad, enfermedades del sistema nervioso central o periférico (neuropatía diabética, lesiones medulares, ACV agudo, Parkinson, esclerosis múltiple), enfermedades digestivas (estreñimiento), patología respiratoria (tos crónica), insuficiencia renal o cardíaca, diabetes, patología osteoarticular (artrosis, aplastamientos vertebrales), enuresis infantil
Antecedentes quirúrgicos	Cirugía pélvica ginecológica/prostática (histerectomía, cirugía previa por IU, prostatectomía), de columna, abdomino-perineal (fistulas, colon, etc.)
Historia obstétrica y genitourinaria	Número de embarazos y partos (eutócicos instrumentales y/o cesárea), episiotomías, duración del periodo expulsivo, fecha de menopausia, irradiación, prolapso de órganos pélvicos, tumores locales, antecedentes de radioterapia y/o cirugía pélvica
Hábitos tóxicos y dietéticos	Consumo de tabaco, alcohol, bebidas estimulantes (cafeína, teína, tónicas, etc.) o infusiones diuréticas, cantidad de líquido ingerido y horario
Valoración funcional	Centrada fundamentalmente en conocer la movilidad y la función mental del paciente: deterioro cognitivo, depresión
Valorar la actividad física	Factores ocupacionales y recreativos que causan IU Valoración de la capacidad de deambulación/marcha Encamamiento o situación de escasa movilidad Trastornos musculoesqueléticos que produzcan debilidad
Evaluación ambiental Revisión de fármacos	Características de la vivienda, existencia de barreras arquitectónicas y existencia de cuidadores Especialmente diuréticos, benzodiazepinas, hipnóticos, narcóticos, calcioantagonistas, anticolinérgicos

Preguntas clave para el diagnóstico y/o clasificación de la IU.

Condición	Preguntas
Síntomas asociados	<p>¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar?</p> <p>Si tiene ganas de orinar, ¿tiene la sensación de que es urgente y tiene que ir corriendo al aseo?</p> <p>¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?</p>
Síntomas orientativos de la gravedad de la IU	<p>¿Se le escapan gotas o se moja mucho?</p> <p>¿Utiliza algún sistema de protección para la IU?, ¿cuál?</p> <p>¿Cuántas veces se cambia diariamente?</p> <p>¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?</p>
Síntomas de IUE	<p>¿Se le escapa la orina al toser, estornudar, subir y bajar escaleras, levantar pesos o reír?</p> <p>¿Tiene sensación de peso en la zona genital?</p>
Síntomas de IUU	<p>¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar?</p> <p>Si tiene ganas de orinar, ¿tiene la sensación de que es urgente y tiene que ir corriendo al aseo?</p> <p>¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?</p>

Cuestionario ICIQ-SF

<p>1. ¿Con qué <u>frecuencia</u> pierde orina?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nunca – Una vez a la semana – 2-3 veces a la semana – Una vez al día – Varias veces al día – Continuasmente 	<p>0 1 2 3 4 5</p>
<p>2. ¿Qué <u>cantidad</u> de orina se le escapa?</p> <ul style="list-style-type: none"> – No se me escapa – Una vez a la semana – Una cantidad moderada – Mucha cantidad 	<p>0 2 4 6</p>
<p>3. ¿En qué medida estos escapes de orina han afectado a su <u>calidad de vida</u>?</p> <p style="text-align: center;">Nada ← 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 → Mucho</p>	
<p>4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todas las situaciones en las que sucede:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Antes de llegar al servicio – Cuando toso o estornudo – Mientras duermo – Cuando termino de orinar y ya me he vestido – Sin motivo evidente – De forma continua 	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Cualquier puntuación superior a 0 de las dos primeras preguntas se considera como diagnóstico de IU.
La pregunta 3.ª valora la calidad de vida y la 4.ª nos informa del tipo de IU.

España M, et al. Med Clin (Barc) 2004; 122:288-92.

Diario miccional

- Se recomiendan en pacientes con IU, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento clínico.
- Es de gran utilidad para investigar las características e intensidad de la incontinencia, evaluar la coexistencia de disfunción de vaciado y de llenado, almacenamiento y evacuación, y cuantificar las variables urodinámicas (NDE: 1, GDR: A).
- Normalidad entre 4 y 7 micciones durante el día (variable según ingesta hídrica) y el levantarse una vez a orinar por la noche.
- Se aconseja cumplimentar el diario durante 3 a 7 días completos, en la valoración de la IU (NDE: 2, GDR: B).

Cuestionarios a pacientes

- Valoración de los síntomas, incluyendo su gravedad y el impacto sobre el paciente, mediante cuestionarios validados en la valoración inicial de los aspectos específicos de la IU (NDE: 4, GDR: C).

Cuestionarios validados en diagnóstico y repercusión de la IU.

Características	Cuestionario
Diagnóstico clínico de IU	ICIQ-SF
Cuantificación de la severidad de los síntomas y efectos sobre la calidad de vida	ICIQ-SF KHQ
Diagnóstico clínico del tipo de IU	IU-4

ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire*; KHQ: *King's Health Questionnaire*.

- EXAMEN ABDOMINAL

- EXAMEN RECTAL:

- Tono esfínter externo
- Ocupación ampolla rectal

- EXAMEN VAGINAL:

- Vaginitis atrófica
- Cistocele.

- TEST DE PROVOCACIÓN DE ESTRÉS:

- decúbito supino y bipedestación (*Sensibilidad 39,5% y especificidad 98,5%*)

- EXAMEN NEURO-UROLÓGICO BÁSICO:

- Marcha
- Sensibilidad perineal
- Reflejos (Anal, Bulbocavernoso)

Exploración física

- Se recomienda realizar una exploración general y una exploración abdomino-pélvica (NDE: 3, GDR: C[A]).

Exploración física recomendada en la valoración inicial de la IU.

Tipo	Actuaciones
General	Estado funcional: mental (estado cognitivo, movilidad) y físico (deambulación, habilidad para levantarse de una silla y sentarse) Índice de masa corporal (IMC), signos de alteraciones neurológicas y otras patologías, edemas en miembros inferiores
Abdominal	Descartar globo vesical, masa abdominal o pélvica que compriman la vejiga, hernias, cicatrices de cirugía previa
Rectal (importante en hombres)	Tono del esfínter anal, características de la glándula prostática, contracción anal voluntaria (de especial importancia en hombres de edad avanzada) Ocupación de la ampolla rectal por fecalomas o masas, rectocele
Pélvica/perineal (importante en mujeres)	Inspección de los genitales externos y del meato uretral Exploración vaginal/rectal para descartar prolapso de órganos pélvicos y evaluar los niveles de estrógenos
Evaluación musculatura suelo pélvico (véase Anexo IV)	Capacidad de contracción voluntaria (mediante una exploración vaginal o rectal digital) Realización de maniobras de provocación para la IUE en mujeres, obligándolas a toser con la vejiga llena, primero en posición de decúbito (ginecológica) y luego en bipedestación (piernas ligeramente abiertas)
Exploración neurológica general y lumbosacra básica	Si se sospecha de lesión neurológica, explorar la sensibilidad perianal, el estado del control voluntario del esfínter y los reflejos relacionados con el centro sacro de la micción (S2-S4): <ul style="list-style-type: none"> • Cremastérico (L1): al frotar la cara interna del muslo se produce elevación del testículo homolateral • Bulbocavernoso (S3-S4): al comprimir el glande o pinzar el clítoris se produce una contracción del esfínter anal • Anocutáneos (S3-S4): al frotar el área perineal o insertar un dedo en el recto se produce una contracción del esfínter anal



Diagnóstico clínico de IU

Procedimientos recomendados en la evaluación inicial de IU.

Recomendados	Opcionales
<p>Anamnesis general y urológica dirigida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza y duración IU • Comorbilidad y fármacos • Valoración funcional (física, cognitiva) • Movilidad del paciente y factores ambientales 	<p>Residuo posmiccional (ecografía renovesical)</p>
<p>Diario miccional</p>	
<p>Cuestionarios estandarizados de intensidad de síntomas, efectos sobre la calidad de vida y tipo de IU</p>	<p>Pruebas de imagen: radiografía simple de abdomen, cistouretrografía retrógrada y miccional (CUMS), pielografía, tomografía axial computerizada (TAC) y resonancia magnética</p>
<p>Exploración física general y específica abdominopélvica</p>	<p>Estudios urodinámicos</p>
<p>Pruebas diagnósticas complementarias básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de orina • Analítica: función renal, glucemia 	<p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujometría • Uretrocistoscopia • Estudios neurofisiológicos

Realización de un **despistaje oportunista en AP** (NDE: 4, GDR: C[A]):

- Al menos, **una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas > 40 años y en hombres asintomáticos > 55 años.**
- **Anualmente**, si existen **factores de riesgo tanto en hombres como en mujeres asintomáticas**, a partir de las edades referidas con anterioridad.



El despistaje consistirá en preguntar sobre tres cuestiones (GDR: C[A]):

La presencia, en alguna ocasión, de pérdidas involuntarias de orina.

En el caso de que existan pérdidas involuntarias, si son frecuentes y abundantes.

Si los escapes o pérdidas representan algún problema, en este momento, en su vida.

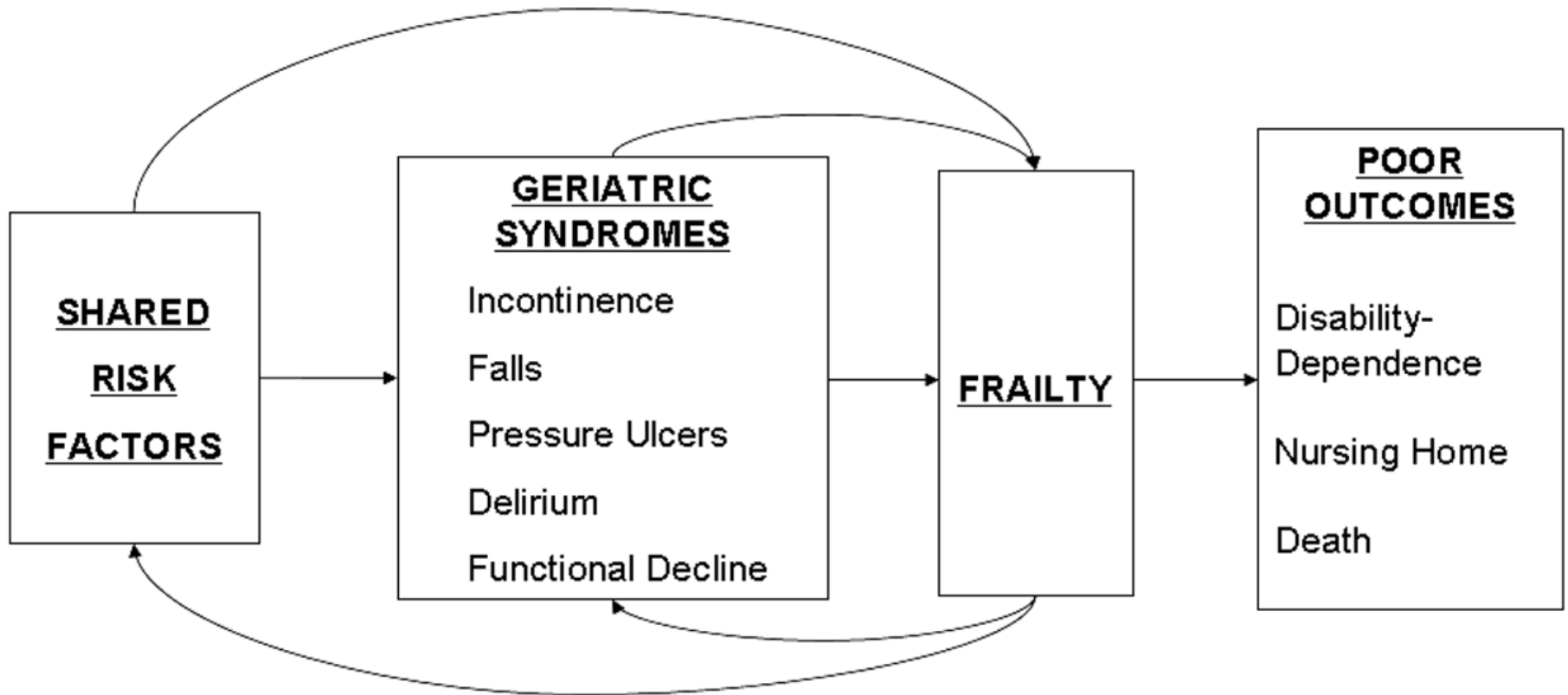
1. Dermatológicas: dermatitis en la región perineal, úlceras cutáneas.
2. Infecciones: infección de vías urinarias.
3. Caídas.
4. Psicológicas: ansiedad, vergüenza, depresión, deterioro funcional, pérdida de la autoestima, influencia sobre las relaciones sexuales.
5. Sociales: aislamiento, sobrecarga para los cuidadores, mayor necesidad de apoyo familiar, factor de riesgo para internamiento en residencias, disfunción en el empleo, disminución de la actividad sexual.
6. Secundarias al tratamiento:
 - Médico: secundarismos y efectos adversos.
 - Quirúrgico: tras prostatectomía radical, tras cirugía de IU (perforación vesical, hematomas, erosiones vaginales, dificultad en la micción, urgencia, infecciones urinarias de repetición, dolor inguinal).
7. Otras.

Causas de IU transitoria o reversible (potencialmente tratables).

Causas	Situaciones
Alteraciones neurológicas	Delirio, lesiones neurológicas (incluyendo medulares)
Infecciones genitourinarias	ITU recurrentes, vaginitis
Hábitos y estilos de vida	Aumento de ingesta de líquidos y bebidas estimulantes como café, té, colas o tónicas Consumo de tabaco, alcohol, infusiones diuréticas
Trastornos psiquiátricos	Ansiedad, depresión
Alteraciones metabólicas y endocrinas	Diabetes, hipercalcemia, hiperpotasemia, situaciones de retención de líquidos (como la insuficiencia cardiaca y edemas) y vulvitis y uretritis atróficas (posmenopáusicas)
Impactación fecal	Fecalomas
Restricción de la movilidad	Barreras físicas domiciliarias
Fármacos	Véase tabla <i>Fármacos relacionados con IU</i>

Fármacos relacionados con IU.

Causas	Mecanismo y fármacos
Conciencia	Sedación, confusión: sedantes, hipnóticos, antiepilépticos, antidepresivos
Balance de líquidos	Retención de líquidos, edemas, nocturia: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), calcioantagonistas, esteroides, diuréticos (administración vespertina/nocturna) Aumento de frecuencia y/o volumen: diuréticos, alcohol, cafeína, teofilina
Contractilidad vesical	Contractilidad afectada (retención urinaria): anticolinérgicos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, agonistas alfa y beta-adrenérgicos, antiespasmódicos, opioides Aumento del estrés de la incontinencia: inductores de la tos (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina [IECA]), alfa-bloqueantes
Afectación uretral	Interfieren en la relajación uretral: agonistas alfa-adrenérgicos, relajantes musculares, simpaticolíticos Evitan el cierre adecuado: antagonistas alfa-adrenérgicos, misoprotol



- **Fenotipo de fragilidad: (al menos 3 de estos 5 déficits):**
 - Lentitud marcha
 - Alteración en la presión del dinamómetro
 - Disminución realización AVD
 - Pérdida de peso involuntaria
 - Agotamiento
- **Características clínicas:**
 - Debilidad muscular
 - Pérdida de peso
 - Escasa actividad física
- **Se asocia con consecuencias negativas:**
 - **Caídas**
 - Incapacidad funcional
 - Hospitalización
 - Mayor mortalidad

*Xue QL The Frailty Syndrome: definition and natural history. Clin Geriatr Med 2011
Sanders JL, Boudreau RM, Fied LP et al The Cardiovascular Health Study. J Am Geriatr Soc 2011*

“Cambios funcionales”

Menor capacidad vesical

Menor habilidad diferir micción

Disminución presión máxima de cierre uretral

Menor longitud funcional de la uretra

Incremento del residuo vesical postmiccional

Incremento de las contracciones involuntarias detrusor

Mayor elasticidad del suelo pélvico

Prolapso estructuras intraabdominales

Hipermovilidad base vesical y uretral

Debilidad uretral intrínseca

Influencia del deterioro funcional

Mala movilidad:

Secuelas neurológicas

Limitaciones osteoarticulares

Hipotensión ortostática

Deterioro funcional:

Ayuda desplazamientos

Dificultad vestirse/desvestirse

Dificultad utilizar retrete


Deterioro cognitivo

Depresión

Impacto en la calidad de vida

- Afectación de Calidad de Vida en casi la mitad de las pacientes
- No hay relación directa entre severidad y afectación Calidad de Vida
- Mayor afectación en las pacientes con incontinencia de urgencia
- Incluso en las pacientes más frágiles y/o dependientes
- Aparece como 3ª causa de empeoramiento de la Calidad de Vida, detrás del deterioro cognitivo y funcional

Aspectos a tener en cuenta

- PROBLEMAS INTESTINALES:
 - Estreñimiento, impactación fecal
 - Incontinencia fecal
- MOVILIDAD
 - Transferencias y deambulación (independiente / ayuda)
 - Test “Up and Go”
- FUNCIÓN MENTAL
 - Entrevista médica / Escalas (Pfeiffer, Mini Mental)
 - Deterioro cognitivo/demencia  Estadio evolutivo
- FACTORES AMBIENTALES:
 - Barreras arquitectónicas (localización retrete)
 - Disponibilidad de sustitutos del retrete
- FACTORES SOCIALES:
 - Cuidadores
- Etiología multifactorial, con mayor porcentaje de formas mixtas, considerado tradicionalmente como un “síndrome complejo”

- PÉRDIDA DE FUNCIÓN BÁSICA
- ELEVADA PREVALENCIA E INCIDENCIA
- ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL
- NECESARIO INVESTIGAR SU EXISTENCIA
- DETECTAR CAUSAS DE IU TRANSITORIA, REVERSIBLE Y FARMACOLÓGICA
- SÍNDROME GERIÁTRICO

Muchas gracias