

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Detección, Diagnóstico y Tratamiento
Inicial de Incontinencia Urinaria en la
Mujer

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-056-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.
Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer**, México: Secretaría de Salud; **2008**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

**N39.3 incontinencia urinaria por tensión
N39.4 otras incontinencias urinarias especificadas**

**Guía de Práctica Clínica
Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer**

Autores

Elvira Abrego Olvira	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General Regional número 1 Morelia Mich. Unidad de Medicina Familiar número 29 con Unidad Médica de Atención Ambulatoria Acapulco Gro.
Jaime Quiroz Cisneros	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar número 52
Alma Luisa Lagunes Espinosa	Medica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 1 Ciudad Victoria Tamaulipas
Herbert Nudging Martínez	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación de Unidades de Alta Especialidad, División Excelencia Clínica
María Luisa Peralta Pedrero	Medica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar número 5
Silvia Sánchez Ambríz	Medica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	
Validación Interna :			
Carlos Ramón Jiménez	Urología ginecológica	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAЕ Hospital de Ginecoobstetricia número 3 IMSS
Carolina Ramirez Mota	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar número 92
Validación Externa :			
Viridiana Gorbea Chávez	Urología ginecológica	Secretaria de Salud	Instituto Nacional de Perinatología

Índice:

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales	7
3.1. Justificación.....	7
3.2. Objetivos de esta Guía.....	8
3.3. Definición	8
4 Evidencias y Recomendaciones	9
4.1 Prevención.....	10
4.1.1 Promoción a la salud.....	10
4.2 Detección.....	11
4.3 Diagnóstico.....	12
4.4 Tratamiento.....	16
4.4.1 Modificación de Factores de Riesgo	16
4.4.2 Entrenamiento Vesical	17
4.4.3 Rehabilitación de la Musculatura del Piso Pélvico.....	19
4.4.4 Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Tratamiento Farmacológico.....	21
4.4.5 Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y Vejiga Hiperactiva.....	24
4.5 Calidad de Vida de la Paciente con Incontinencia Urinaria.....	27
Algoritmos.....	29
5. Definiciones Operativas.....	30
6. Anexos	31
6.1. Protocolo de búsqueda.....	31
6.2 Anexos Clínicos	35
6.3 Medicamentos.....	39
7. Bibliografía.....	40
8. Agradecimientos	41
9. Comité Académico.....	42
10. Directorio	43
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	44

1. CLASIFICACIÓN

REGISTRO: IMSS-056-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico General, Médico Familiar, Ginecoobstetra, Uroginecologo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	N39 Otros desordenes del sistema urinario; N39.3 incontinencia urinaria por tensión, N39.4 otras incontinencias urinarias especificadas
CATEGORÍA DE GPC	Primer nivel de atención
USUARIOS POTENCIALES	Enfermeras generales Médico General, Médico Familiar, Ginecoobstetra.
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social
POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología)	Mujeres en edad reproductiva y tercera edad.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Rehabilitación del tracto urinario inferior: Entrenamiento del piso pélvico, Biorretroalimentación y modificación conductual.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Incremento del número de pacientes identificadas como portadoras de incontinencia urinaria. Incremento en el número de pacientes con tratamiento conservador antes de envío
METODOLOGÍA¹ Este apartado tendrá la misma redacción en todas las GPC, lo que cambiara será lo que esta señalado en amarillo	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 18 Guías seleccionadas: 4 del período 2004-2007 ó actualizaciones realizadas en este período Validación del protocolo de búsqueda por _____ Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión externa : Instituto Nacional de Perinatología
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO IMSS-056-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿El médico familiar debe realizar actividades de detección de incontinencia urinaria femenina?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para incontinencia urinaria femenina?
3. ¿Cuáles son los tipos de incontinencia urinaria femenina mas frecuentes y cómo se identifican?
4. ¿Qué debe incluir la exploración física de una mujer en que se sospecha incontinencia?
5. ¿Qué tratamientos se pueden indicar en primer nivel de atención para la incontinencia urinaria femenina?
6. ¿Qué profesionales de la salud deben intervenir en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. JUSTIFICACIÓN

Incontinencia Urinaria (IU) se define como un síntoma, signo o condición. Síntoma es la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina, el signo se describe como la observación de pérdida urinaria durante la exploración y la condición se refiere al diagnóstico por urodinamia (Abrams P et al 2002) En el estudio epidemiológico EPINCONT realizado en 27,936 mujeres mayores de 20 años en un condado de Noruega entre 1995 y 1997, reportó que el 25% presentaban Incontinencia Urinaria. (Hannestad YS, 2000)

Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17,080 mujeres de 18 años y más, reportó que 35% refirieron pérdidas involuntarias de orina en los últimos 30 días. La tasa de prevalencia de IU fue similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España que fue menor (23%).

En ambos estudios se demuestra claramente que la prevalencia de IU aumenta con la edad, se presenta un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y sostenido en edades más avanzadas (prevalencia 30-50%) (Hunskaar S, 2004; Dugan E,2001). Los pacientes institucionalizados, principalmente las mujeres, representan un grupo particular de elevada prevalencia de IU, alrededor de 50-60%. La ICS recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de la IU utilizando cuestionarios mixtos de síntomas y calidad de vida. Existen dos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con IU validados en España. Uno es el King's Health Questionnaire (Badia X, 2000) y el otro es la versión española del cuestionario de la International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQ-SF) (Espuña M, 2004), que es el primer cuestionario breve que permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan. Así se pone de manifiesto que el impacto sobre Calidad de Vida Relacionado con la Salud depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural, y las experiencias personales no tanto de la gravedad de los síntomas.

La incontinencia urinaria constituye un problema médico y social importante; no es obviamente un proceso de riesgo vital, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima.

La incontinencia urinaria frecuentemente pasa desapercibida en las consultas de primer nivel de atención. Existe una baja demanda de consulta por este motivo, ya que un número elevado de mujeres la asumen como problemas naturales derivados de la edad avanzada o bien por prejuicios sociales tienden a ocultarla o creen que no tiene tratamiento.

Por lo anterior el Médico Familiar, independientemente de la demanda de la paciente, esta obligado a detectar grupos en riesgo para el desarrollo de incontinencia urinaria; realizar actividades de prevención y en los casos necesarios iniciar un tratamiento conservador o derivarla oportunamente a segundo nivel de atención.

3.2. OBJETIVOS DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del Primero y Segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Incrementar las actividades de detección y prevención de incontinencia urinaria femenina en el Primer Nivel de Atención.
2. Que las pacientes con incontinencia urinaria sean clasificadas clínicamente y, con base en el tipo de incontinencia que presenten, se indique tratamiento o se deriven a Segundo Nivel de Atención Médica.
3. Que las pacientes con incontinencia urinaria sean capacitadas en reentrenamiento vesical y rehabilitación de músculos del piso pélvico.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3. DEFINICIÓN

Incontinencia Urinaria: condición en la cual las pérdidas involuntarias de orina representan un problema social e higiénico y son objetivamente demostrables.

4 EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

2++
(GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación

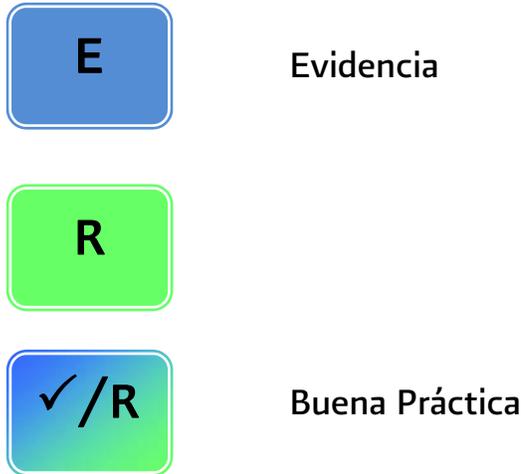
Nivel / Grado

E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada

la
[E: Shekelle]
Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



4.1 PREVENCIÓN

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



No existen estudios que evalúen la modificación de estilos de vida para prevenir la incontinencia urinaria.

Ha sido demostrado que los efectos del embarazo en la continencia urinaria no solo son mecánicos. Mujeres sin incontinencia previa pueden desarrollar este problema durante el embarazo iniciarse tempranamente y continuar en el puerperio. Esto se relaciona con la presión que el útero grávido ejerce sobre la vejiga.

2+
SIGN, 2004



La prevalencia de incontinencia se incrementa durante el embarazo y al inicio del posparto.

El uso de fórceps está implicado en el desarrollo de incontinencia de esfuerzo.

3
SIGN, 2004

La incontinencia urinaria que inicia durante el embarazo o el posparto es un factor pronóstico de desarrollo de incontinencia.

La edad materna, productos de alto peso están asociados con deterioro de la continencia urinaria.

E	Existen otros factores de riesgo para incontinencia urinaria como obesidad, menopausia con atrofia urogenital, recién nacidos macrosómicos, multíparas, duración del periodo expulsivo.	3 SIGN, 2004
R	Los profesionales de la salud deben vigilar y adoptar medidas activas en la atención de pacientes con factores de riesgo como la edad, menopausia, embarazo etc.	B SIGN, 2004
✓/R	El médico familiar, independientemente del motivo de consulta, debe identificar factores de riesgo para incontinencia urinaria; indicar modificación de estilo de vida, si es necesario, como por ejemplo disminución ponderal y capacitar a la paciente en fortalecimiento de musculos del piso pélvico. En el cuadro 1 se presentan los principales factores de riesgo; identificar cuales son susceptibles de ser modificados	✓ Buena Práctica
E	Se cuenta con evidencia de que los ejercicios del piso pélvico para fortalecer los músculos durante el primer embarazo reducen el riesgo de IU post natal. En general en paciente primíparas y multíparas.	Ib NICE, 2006 Gorbea CV et al, 2004
R	Los ejercicios de los musculos del piso pélvico deben ser indicados a la mujer en su primer embarazo como una estrategia preventiva.	B NICE, 2006 Gorbea CV et al, 2004

4.2 DETECCIÓN

Evidencia / Recomendación

E

Se estima que menos de la mitad de los adultos con moderada o severa incontinencia urinaria demandan atención médica; probablemente porque les ocasiona vergüenza, lo consideran normal en el envejecimiento o porque no saben que tiene tratamiento.

Nivel / Grado

4
SIGN, 2004

E

Algunos pacientes adoptan medidas para tratar de controlar la incontinencia, que en ocasiones les causan más daño por ejemplo la disminución en la ingesta diaria de líquidos, lo cual ocasiona incremento de la frecuencia miccional y sobreactividad del detrusor, lo que empeora su incontinencia

Z++

SIGN, 2004

R

Los profesionales de la salud deben de identificar la dificultad que tienen algunos pacientes para manifestar problemas de continencia y preguntar intencionadamente si presentan pérdida involuntarias de orina.

C

SIGN, 2004

Los profesionales de la salud deben tener una actitud positiva ante los problemas de continencia urinaria.

✓/R

El Médico Familiar debe interrogar sobre la continencia urinaria a toda paciente que acuda a consulta y con mayor razón en aquellas que tengan factores de riesgo.

✓

Buena Práctica

4.3 DIAGNÓSTICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las causas comunes de incontinencia urinaria son infecciones de vías urinarias, uretritis, uretritis atrófica o vaginitis, embarazo, incremento en la producción de orina por ejemplo por hiperglucemia, hipercalcemia, exceso de ingesta de líquidos, delirium, inmovilidad por tiempo prolongado, impactación fecal, efecto adverso de fármacos y causas psicológicas.

II-3

ACOG, 2005

(cuadro II, III)

E

Se refieren factores precipitantes o desenadenantes de incontinencia urinaria por ejemplo la ingesta excesiva de líquidos, consumo de alcohol y algunos fármacos (cuadro II, III)

III

ACOG, 2005

La incontinencia urinaria puede ser transitoria (cuadro II, III)

R

En caso de poliuria o de sospecha de compromiso de la función renal determinar en sangre: urea, creatinina, glucosa y calcio.
En la evaluación inicial de la paciente que refiere incontinencia urinaria debe descartarse infección de vías urinarias, prolapso de órganos pélvicos, impactación fecal etc. (cuadro VI)

A
ACOG, 2005

E

En la evaluación inicial de la IU se debe realizar uroanálisis para descartar padecimientos subyacentes.
(consultar guía de IVU en la mujer)

4
SIGN, 2004

R

En la evaluación inicial de pacientes con IU se debe indicar un examen general de orina.

D
SIGN, 2004

E

Estudios que evaluaron la exactitud de los síntomas y signos de la incontinencia urinaria comparándolos con cistometría multicanal reportan una especificidad y sensibilidad aceptable para diagnóstico inicial. (ver cuadro V)

1a
NICE, 2006

E

Por opinión de expertos la clasificación de IU con base en los síntomas que reporta la mujer, es confiable.

IV
NICE, 2006

R

Durante la evaluación clínica inicial deberá clasificarse a la paciente, con base en su sintomatología en: IU de esfuerzo, de urgencia o mixta. (ver descripción en la definición de términos)

D
NICE, 2006

E

No se ha demostrado que realizar estudios urodinámicos antes del tratamiento conservador mejore los resultados.

IV
NICE, 2006

R

No se recomienda el uso de cistometría de múltiples canales, estudios urodinámicos ambulatorios o videourodinámicos antes del tratamiento conservador.

D
NICE, 2006

Para corroborar la pérdida de orina, en posición ginecológica, realizar maniobra de valsalva (pujo) con la vejiga llena, se considera positiva si se observa la pérdida urinaria.

Si la maniobra es negativa también se puede efectuar de pie con las piernas ligeramente separadas. Otra alternativa es que la paciente, con la vejiga llena efectúe algunas maniobras de aumento de presión abdominal como toser, brincar etc.

Durante exploración ginecológica deben descartarse defectos del piso pélvico, uretral, pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, profundidad del cervix y fondo de saco posterior. (prolapso de órganos pélvicos)

Se recomienda realizar tacto vaginal para descartar tumoraciones, prolapso de órganos pélvicos, verificar el tono del esfínter anal y valorar si existe atrofia urogenital.

En caso de impactación fecal indicar enema evacuante y revaloración.

(cuadro VI)

Se ha referido que mediante examen abdominal es posible detectar una vejiga distendida significativamente, lo cual puede indicar retención crónica de orina. Un gran volumen residual post vaciamiento puede indicar la presencia de obstrucción vesical subyacente, enfermedad neurológica o falla del detrusor. Sin embargo, no existe una definición aceptada de cuanto se considera un gran volumen residual en mujeres con incontinencia urinaria. Los volúmenes de la orina residual pueden variar por lo que se requiere de mediciones repetidas.

Los métodos para medir la orina residual post vaciamiento son la palpación abdominal, ultrasonido y sonda vesical.

La sensibilidad y especificidad del ultrasonido (usando escáner vesical) en la detección del volumen urinario residual en comparación con la sonda vesical se encuentran en límites clínicamente aceptables; además es el método menos invasivo y con menos efectos adversos. La sensibilidad del examen bimanual para detectar el volumen urinario residual es pobre.



Buena Práctica



II
NICE, 2006



4
NICE, 2006



Ib
NICE, 2006

E	El grupo elaborador de la GPC NICE considera que al no existir una definición adecuada de lo que se considera como volumen urinario residual clínicamente significativo en la mujer con IU, este deberá ser evaluado solo en las mujeres que tengan datos de disfunción de vaciamiento.	4 NICE, 2006
R	La medición del volumen residual pos-vaciamiento debe realizarse mediante ultrasonido vesical en mujeres con síntomas sugestivos de disfunción de vaciamiento o con infección urinaria recurrente.	B NICE, 2006
R	Se debe preferir utilizar el ultrasonido en lugar de la sonda vesical por la menor frecuencia de efectos adversos y mayor aceptabilidad por parte de la paciente.	D NICE, 2006
✓/R	El uso del ultrasonido para medir orina residual requiere técnicas específicas y personal experimentado por lo que en las Unidades de Medicina Familiar una buena alternativa es la utilización de sonda Foley.	✓ Buena Práctica
E	Las pruebas de Q-Tip, Bonney y Marshall han sido propuestas para evaluar la movilidad y competencia de la función uretrovesical. Sin embargo no hay evidencia que apoye su utilidad en la evaluación clínica de la IU.	III NICE, 2006
R	Las pruebas de Q-tip, Bonney y Marshall no se recomiendan en la evaluación de mujeres con IU.	D NICE, 2006

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1 MODIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

No se ha demostrado que realizar estudios urodinámicos antes del tratamiento conservador mejore los resultados. Por opinión de expertos la clasificación de IU con base en los síntomas que reporta la mujer (incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta), es confiable y suficiente para iniciar tratamiento no invasivo, o conservador

IV
NICE, 2006

R

No se recomienda el uso de cistometría de múltiples canales, estudios urodinámicos ambulatorios o videourodinámicos antes del tratamiento conservador. En caso de que la paciente presente incontinencia mixta, el tratamiento se debe dirigir a los síntomas predominantes (esfuerzo o urgencia).

D
NICE, 2006

✓/R

Cuando ya se confirmó el diagnóstico clínico de incontinencia urinaria y se descartó comorbilidad no son necesarias pruebas diagnósticas para iniciar el tratamiento en primer nivel de atención médica.

✓
Buena Práctica

E

Existen estudios que han investigado los efectos de la modificación de factores específicos de estilo de vida.

3
NICE, 2006

E

Estudios de caso control han demostrado que el hábito tabáquico incrementa la incontinencia de esfuerzo y de urgencia.

2+
NICE, 2006

E

Estudios aleatorizados demuestran que la reducción de peso disminuye la incontinencia urinaria.

2-
NICE, 2006

E	No existe evidencia suficiente que demuestre que el cambio en la ingesta de líquidos pueda disminuir los episodios de pérdida pero si se observó que la adherencia es pobre.	I- NICE, 2006
E	Se observó relación débil entre la ingesta diferencial de líquidos en el día en comparación de la noche y los periodos de incontinencia	I- NICE, 2006
R	Se recomienda evitar ingesta de cafeína en las mujeres con IU de urgencia Se recomienda eliminación de tabaquismo en las mujeres con IU Aconsejar a la mujer sobre la importancia de mantener su IMC por debajo de 30.	D NICE, 2006
E	La constipación o estreñimiento intestinal puede favorecer los episodios de incontinencia urinaria. El esfuerzo físico por ejemplo causas de trabajo, deportes etc favorece episodios de incontinencia urinaria.	III NICE, 2006
✓/R	En toda paciente con incontinencia urianaria evitar o tratar la constipación o estreñimiento intestinal, la tos, IVU etc. Aconsejar evitar o disminuir el esfuerzo físico que incrementa la presión intra abdominal mientras realiza el tratamiento conservador.	✓ Buena Práctica

4.4.2 ENTRENAMIENTO VESICAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E	Un diario vesical es un método confiable para cuantificar la frecuencia urinaria y los episodios de incontinencia. El grupo que desarrollo las guías (NICE 40, 2006) concluyó que un periodo de tres días permite que se registre la variación de las actividades diarias con una seguridad razonable.	IV NICE, 2006
----------	--	------------------

R

En la evaluación inicial de paciente con IU es útil un diario de hábitos micción. Se le debe alentar para que por lo menos cubra 3 días de sus actividades habituales, tanto en días de trabajo como en descanso.

D
NICE, 2006

E

Existe una adecuada evidencia que los ejercicios vesicales (entrenamiento vesical que tiene como objetivo reducir la incontinencia aumentando la capacidad vesical y restaurar la función vesical) son un tratamiento efectivo para la IU de urgencia o mixta, con pocos efectos adversos y menores recidivas que el tratamiento con fármacos antimuscarínicos.

III
NICE, 2006
Borillo-France D et al, 2004

R

El entrenamiento vesical por un mínimo de 6 semanas debe ofrecerse como tratamiento de primera línea a mujeres con UI de urgencia o mixta.

C
NICE, 2006

✓/R

Los ejercicios vesicales actúan incrementando la capacidad vesical por lo que pueden disminuir la polaquiuria, la urgencia e incrementan progresivamente el intervalo entre las micciones. Estos ejercicios deben iniciarse con base en los registros del diario vesical, el médico debe identificar el tiempo promedio entre cada micción o pérdida urinaria, considerando este dato; indicar a la paciente que orine en lapsos de tiempo más largo para que evite llegar a la pérdida y estos periodos de tiempo se deben ampliar para incrementar paulatinamente la capacidad vesical, hasta que la paciente consiga el mayor número de micciones voluntarias. (lograr micciones cada 3 o 4 horas)

Efectuar la evolución detectando la mejoría con la disminución de episodios de pérdida involuntaria.

Para la evaluación inicial de la severidad y la evolución utilizar el diario vesical que se presenta en el cuadro VII

✓
Buena Práctica

4.4.3 Rehabilitación de la Musculatura del Piso Pélvico

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe evidencia adecuada de que los ejercicios diarios, continuos por tres meses de los músculos del piso pélvico (ejercicios de Kegel) son un tratamiento seguro y efectivo para la IU por esfuerzo o mixta.

Estos ejercicios mejoran del 70 al 80% el tono de la musculatura estriada uretral y el control de la micción.

Una prueba supervisada, ejercicios del piso pélvico por lo menos tres meses debe ofrecerse como tratamiento de primera línea en mujeres con IU por estrés o mixta.

Ib
NICE, 2006

R

Se deben evaluar en forma manual la contracción de musculos del piso pelvico mediante un tacto vaginal mientras la paciente efectua las contracciones

A
NICE, 2006

R

Ejercicios de piso pélvico: se recomienda realizar 8 contracciones 3 veces al día con duracion de 5 a 15 segundos, seguidos de relajacion por 10 segundos.

Para capacitar a la paciente para efectuar estos ejercicios se le puede indicar que al momento de la miccion detenga el chorro por 10 segundos posteriormete terminar la micción, para que la paciente reconozca la sensacion y lo pueda repetir en ausencia de la miccción. Cuando la paciente ya reconoce la forma de hacer dicha contracción puede iniciar los ejercicios en posicion ginecológica ya que de esta forma es mas facil, una vez que los domine indicar que los puede efectuar en cualquier momento cualquier hora y lugar sin importar la actividad que este realizando.

Se deben evaluar en forma manual la contracción de musculos del piso pelvico mediante un tacto vaginal mientras la paciente efectua las contracciones.

B
NICE, 2006

✓/R

✓
Buena Práctica

R

Con los ejercicios de piso pélvico en 6-8 semanas se puede observar mejoría significativa

B
NICE, 2006

E

Es importante identificar las pacientes que presentan urgencia con o sin incontinencia. Si la paciente presenta solo urgencia pero no tiene pérdida de orina es probable que tenga hiperactividad del detrusor y entonces debe indicar reentrenamiento vesical, ejercicios de kegel y tratamiento farmacológico.

1++
SIGN, 2004

E

Los ejercicios Kegel son efectivos en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo o mixta, pero no hay suficiente evidencia de su efectividad en el tratamiento de la incontinencia por urgencia. En opinión de expertos los ejercicios del musculo del piso pelvico pueden tener un papel en el tratamiento de la incontinencia de urgencia en combinacion con el reentrenamiento vesical.

4

SIGN, 2004

R

Los ejercicios del piso pelvico son la primer alternativa de tratamiento para pacientes con incontinencia de esfuerzo y mixta. Los ejercicios del musculo del piso pelvico deben ser considerados como "parte del plan" de tratamiento para los pacientes con incontinencia de urgencia

A
SIGN, 2004

R

Los ejercicios del musculo del piso pelvico deben ser considerados como "parte del plan" de tratamiento para los pacientes con incontinencia de urgencia

D
SIGN, 2004

E

Instrumentos para apoyo en el fortalecimiento del piso pélvico. El biofeedback o la estimulación eléctrica en comparación con la realización de lo ejercicios de Kegel no ha mostrado diferencias significativas .

4
NICE, 2006

R

La perineometria o la electromiografía del piso pélvico como el biofeedback ni la estimulación eléctrica deben ser usado como rutina en el fortalecimiento de musculos pélvicos.

A
NICE, 2006

R

La estimulación eléctrica o el biofeedback o ambas deberán ser considerados en mujeres que no pueden activamente contraer los músculos del piso pélvico para mejorar la motivación y adherencia a tratamiento.

D
NICE, 2006

✓/R

De acuerdo a la evidencia científica, en la incontinencia de esfuerzo el tratamiento de primera línea es la rehabilitación del piso pélvico. En la incontinencia de urgencia, el tratamiento de primera línea es el entrenamiento vesical. En la incontinencia mixta, el tratamiento de primera elección, dependerá del predominio de síntomas de esfuerzo o urgencia.

En la incontinencia de urgencia o mixta, con predominio de síntomas de urgencia o en caso de vejiga hiperactiva a menudo es también necesario el tratamiento farmacológico.

Aunque no existe evidencia científica suficiente, en los casos de incontinencia urinaria de urgencia, la rehabilitación de los músculos del piso pélvico se ha usado como “parte del tratamiento”.

✓
Buena Práctica

4.4.4 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

E

Un metaanálisis de ensayos clínicos controlados mostró que cuando se toman estrógenos sólo por corto tiempo 3 a 6 meses, son más eficaces que el placebo. El tratamiento combinado de estrógenos y progesterona fue menos eficaz que los estrógenos solos. La evidencia es insuficiente para determinar la influencia del tipo de estrógenos, vía de administración o duración del tratamiento en los resultados. En el Reino Unido los estrógenos no están autorizados para tratamiento de la IU por esfuerzo.

Nivel / Grado

1++
SIGN, 2004

E

Adrenoreceptores agonistas. Los alfa agonistas como la epinefina, fenilpropanolamina y metoxamina han sido usados en el tratamiento de la IU de esfuerzo. Estos medicamentos no son selectivos de adreno receptores alfa uretrales y sus potenciales efectos adversos limitan su uso (arritmias cardiacas e hipertensión). No existe evidencia que estos farmacos sean mejores que placebo.

1 ++
SIGN,2004

E

Antidepresivos
La imipramina ha sido usada en el tratamiento de la IU por esfuerzo pero no existe evidencia científica suficiente que apoye su uso.

SIGN,2004

E

Noradrenalina y inhibidores de la recaptura de serotonina. En ensayos clínicos fase II la duloxetina ha mostrado disminución, dependiente de la dosis, de la frecuencia mejoría de la calidad de vida. Un ensayo clínico fase III demostró un 50% de disminución en los episodios de incontinencia comparado con 27% logrado por el placebo. El efecto adverso mas común fue nausea leve a moderada mas común fue nausea leve a moderada de duración limitada, en la mayoría de los casos. La duración de estos ensayos fue 12 semanas pero los efectos terapéuticos se observaron desde las 4 semanas.

1++
SIGN,2004

E

La duloxetina es el unico fármaco aprobado para el tratamiento de moderada a severa incontinencia por esfuerzo, aunque no se ha definido su papel en tratamiento de largo plazo.

1+
SIGN,2004

R

La duloxetine deberá ser usada para complementar los ejercicios de musculos de piso pelvico y no en forma aislada. Un tratamiento de cuatro semanas de duloxetina se recomienda para mujeres con incontinencia de esfuerzo moderada a severa. El tratamiento deberá ser evaluado después de 12 semanas

A
SIGN,2004

para determinar el progreso y decidir si continuar con tratamiento farmacológico.

E

La combinación de duloxetine con ejercicios para fortalecer los músculos pélvicos son más efectivos que no utilizar tratamiento farmacológico sin embargo no queda claro si hay diferencia de utilizar cada tratamiento por separado.

Un modelo económico de costoefectividad muestra que los ejercicios son más costoefectivos como tratamiento de primera línea en este tipo de incontinencia.

1+

NICE, 2006

R

La dulocetine no se recomienda como tratamiento de primera línea cuando predominan los síntomas de incontinencia por esfuerzo. La dulocetine se recomienda como tratamiento de segunda elección cuando por algún motivo no se puede realizar el tratamiento quirúrgico. Cuando se prescriba este fármaco deberá advertirse de sus efectos adversos.

A

NICE, 2006

E

No existen estudios que muestren resultados a favor de el uso de estrógenos locales para la incontinencia urinaria de esfuerzo.

4

Borillo-France D et al, 2004

E

Los conos vaginales pueden ser recomendados para fortalecer los músculos de piso de pelvis en mujeres con IU de esfuerzo

I

SOGC

E

Se han reportado como efectos adversos de los conos vaginales dolor abdominal, sangrado y vaginitis; y tasa de abandono de tratamiento de 47%.

Para los ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico no se reportaron efectos adversos; y su tasa de abandono fue 0

Los conos vaginales, para que el ejercicio sea más cómodo y se facilite su cumplimiento, la mujer los introduce en su vagina, evitando con las contracciones del suelo pélvico que se caigan, durante periodos de 15 minutos. Se utilizan tres veces al día, aumentando gradualmente el peso de los mismos. Se

1-

NICE, 2006

✓/R

✓

Buena Práctica

considera que son útiles también en la IU de esfuerzo y en la IU de urgencia. El periodo de tiempo necesario para que aparezcan sus resultados puede ser largo (8-12 semanas). Evaluar cuidadosamente la aceptación de la paciente.

4.4.5 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y VEJIGA HIPERACTIVA. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los antimuscarínicos (oxibutinina, tolterodina, tropsium y propiverina) son efectivas en reducir la hiperactividad del detrusor por lo que disminuyen la urgencia y la incontinencia de urgencia. Estos fármacos deprimen la contracción del detrusor tanto voluntaria como involuntaria mediante el bloqueo de receptores muscarínicos del músculo liso de la vejiga. No hay evidencia de diferencias clínicamente importante entre la eficacia de los antimuscarínicos.

1++
SIGN,2004

E

Los efectos adversos más comunes son boca seca, visión borrosa, molestias abdominales, náusea, estreñimiento, cefalea y discinesia. La retención urinaria es el efecto potencialmente más serio sin embargo es poco frecuente. La oxibutinina de liberación inmediata es la que tiene la más alta incidencia de efectos adversos.

Se han desarrollado antimuscarínicos selectivos de receptores M3 (solifenacina, darifenacina). Ensayos clínicos fase II han mostrado que la solifenacina es más efectiva que la tolterodina con menos efectos adversos. Darifenacina ha mostrado más eficacia sin efectos en el Sistema Nervioso Central o del corazón.

Existe evidencia suficiente que apoya que los preparados de liberación rápida ocasionan más efectos adversos que los de liberación sostenida.

La oxibutinina transdérmica es segura y efectiva, sin embargo aun no se ha introducido en México.

1+
SIGN,2004

E	<p>No hay evidencia clínicamente importante de la eficacia de las diferentes drogas antimuscarínicas. Sin embargo la prescripción inmediata de oxibutinina es la mejor costo efectiva que las otras opciones disponible.</p>	<p>Ib NICE, 2006</p>
R	<p>La prescripción inmediata de oxibutinina puede ofrecer a la mujer con hiperactividad vesical o incontinencia mixta (con predominio de urgencia) un tratamiento de primera línea si el entrenamiento vesical no ha sido efectivo. Si la oxibutinina no es tolerada, darifenacina, solfenacina, tolterodina, trospium o una extensa gama de fórmulas transcutáneas de oxibutinina pueden ser consideradas.</p>	<p>B NICE, 2006</p>
E	<p>El flavoxate tiene una acción inhibitoria de músculo liso de la vejiga, pero su mecanismo de acción aun no está establecido, no tiene propiedades antimuscarínicas. Los estudios de eficacia han mostrado resultados mixtos. Algunos sugieren una eficacia similar a la Oxibutinina y otros no refieren ningún efecto benéfico. Pocos efectos adversos fueron reportados.</p>	<p>I+ SIGN,2004</p>
E	<p>Se ha reportado que los antidepresivos tricíclicos tienen efectos benéficos en la incontinencia de urgencia pero solo la imipramina ha sido ampliamente usada en este contexto. No hay evidencia suficiente que apoye su uso en hiperactividad del detrusor y sus efectos cardiotoxicos limitan su uso.</p>	<p>No existe</p>
R	<p>Flavoxate, propantelina e imipramina no deben ser utilizados en el tratamiento de incontinencia ni en vejiga hiperactiva.</p>	<p>A NICE, 2006</p>
R	<p>En pacientes con significativa urgencia con o sin incontinencia se debe indicar algún antimuscarínico. El fármaco debe ser administrado por 6 semanas para poder evaluar los beneficios y efectos adversos. Después de 6 meses se deberá evaluar si es o no necesario continuar con el tratamiento.</p>	<p>A NICE, 2006</p>

E

Un metaanálisis mostró que los estrógenos por periodos cortos (1-6 meses) son mas efectivos que el placebo. La probabilidad de curacion o mejoria con la terapia estrogenica es 25% mayor en la incontinencia de urgencia que en la de esfuerzo. La terapia combinada de estrogenos y progesterona fue menos eficaz que los estrogenos solos. La evidencia es insuficiente para determinar la influencia del tipo de estrogeno, via de administración o duración del tratamiento en los resultados. En el Reino Unido los estrogenos no estan autorizados para tratamiento de la IU de urgencia.

1++
SIGN,2004

E

Estudios con estrogenos vaginales por 6 meses sugieren escasa mejoría en sintomas de incontinencia y frecuencia en mujeres posmenopáusicas que tienen síntomas urogenitales secundarios a atrofia vaginal.

Los estrogenos sistemicos no confieren ningun beneficio en mujeres con IU y existe evidencia de que pueden incrementar la probabilidad de desarrollar incontinencia en mujeres posmenopáusicas. Existe evidencia de que el tratamiento con estrogenos sistémicos incrementa el riesgo de efectos adversos como tromboembolismo.

1+
NICE, 2006

R

La terapia de remplazo hormonal no es recomendada para el tratamiento de la IU.

Los estrogenos intravaginales son recomendados para el tratamiento de sintomas de vejiga hiperactiva en mujeres post menopáusicas con atrofia vaginal.

A
NICE, 2006

E

La desmopresina (análogo sintético de la vasopresina) reduce la nicturia. La evidencia es insuficiente para apoyar su efectividad en la IU femenina. Ocasiona frecuentemente (10% o más) reducción del sodio sérico. La hiponatremia es mas comun en la tercera edad, y al inicio del tratamiento. Antes e iniciando el tratamiento se debe monitorear los niveles de sodio (72 horas)

4
NICE, 2006

R

El uso de la desmopresina puede ser considerado especificamente para reducir la nicturia en mujeres con IU o hiperactividad del detrusor.

Sin embargo el uso de este fármaco para la

A
NICE, 2006

nicturia en mujeres con IU idiopática no está autorizada en el Reino Unido. Su utilización requiere de consentimiento informado por escrito por parte de la paciente.

El empleo de estrógenos tópicos, en mujeres posmenopáusicas y en las que no exista una contraindicación, puede ser útil ya que a nivel uretral incrementa el número de receptores adrenérgicos, aumenta el flujo sanguíneo en los plexos vaculares submucosos y de esta manera ayuda a incrementar la presión intrauretral y favorece la continencia urinaria. Siempre como adyuvante a los ejercicios de fortalecimiento de músculos de piso pélvico.



Buena Práctica

4.5 CALIDAD DE VIDA DE LA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La incontinencia urinaria se asocia con efectos adversos en la calidad de vida como aislamiento, tristeza, depresión, vergüenza, estigmatización, alteraciones del sueño y relaciones sexuales. Incluso se pueden ver afectadas las actividades de la vida diaria. Se realizó una revisión sistemática de cuestionarios que se utilizan en la incontinencia urinaria. Los cuestionarios, en su mayoría, incluyen mediciones de calidad de vida y severidad de la incontinencia. Se han elaborado versiones cortas para aplicarse en Primer Nivel de Atención Médica.

2++
SIGN,2004



El personal de salud deberá considerar la utilización de un cuestionario validado de calidad de vida y severidad de la incontinencia para evaluar el impacto de los síntomas urinarios y evaluar la efectividad del manejo. (cuadro IV)

B
SIGN,2004

E

La versión española del cuestionario “International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)” se validó utilizando como estándar de oro el diagnóstico clínico y por urodinamia; permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan (la mayor gravedad se asoció a mayor puntuación del ICIQ). En promedio el tiempo en que se aplica es 3.5 ± 1.5 minutos. La sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo respecto al diagnóstico por urodinamia fue 88%; 41%; 85% y 46% respectivamente.

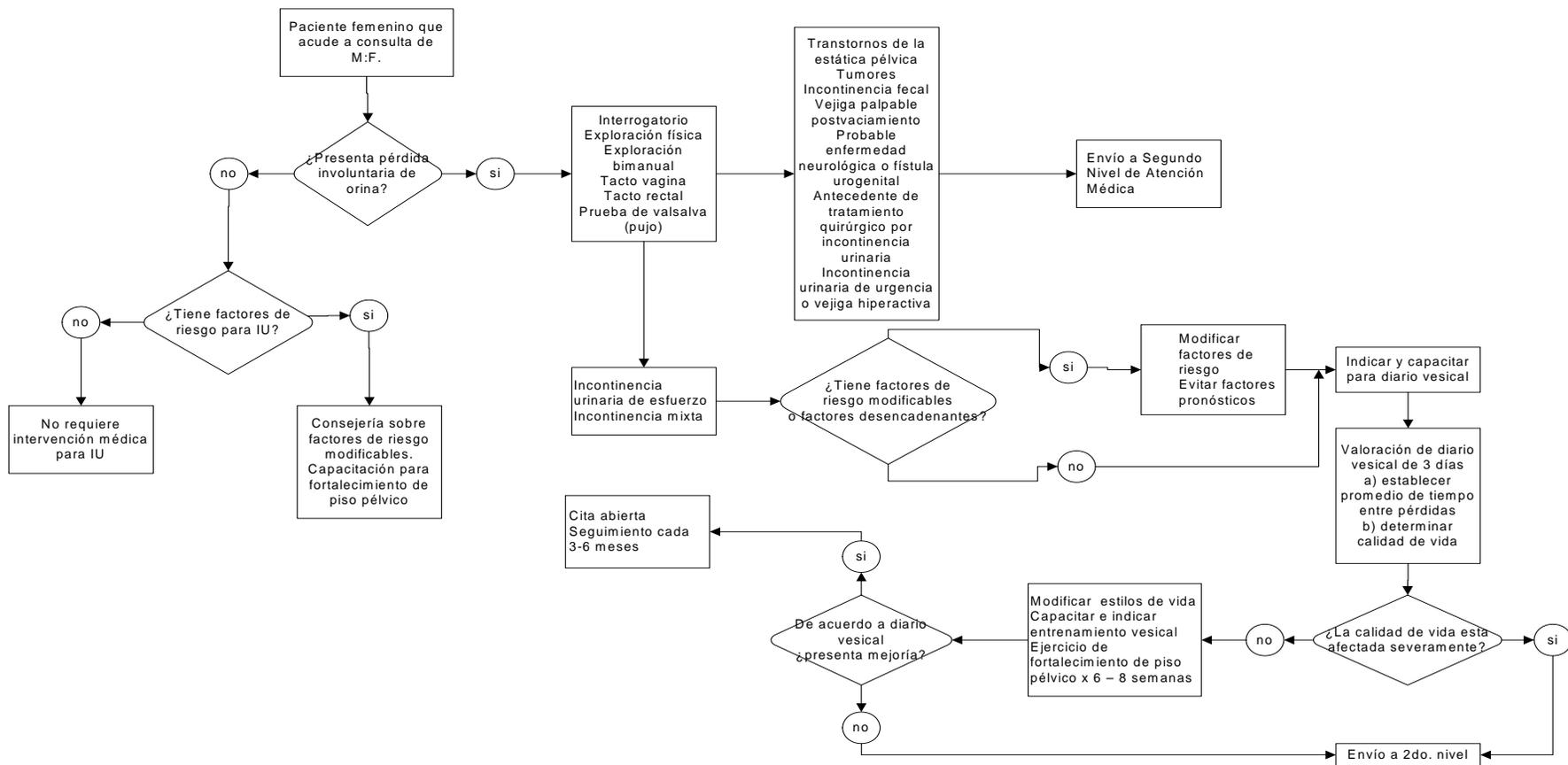
III

Symonds T, 2003
Espuña PM et al, 2004

ALGORITMOS

ALGORITMO 1

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Diario miccional es el registro del número de micciones durante el día y la noche al menos por 24 horas.

Diario Vesical como registro de micciones y volúmenes asociados, episodios de incontinencia, utilización de toallas y otra información acerca de líquidos ingeridos, el grado de urgencia y el grado de incontinencia. Puede ser de 7 o 3 días, pero al menos deben completarse 3 días.

Hiperactividad vesical urodinámica puede presentarse con y sin incontinencia urinaria. La hiperactividad del detrusor es una observación urodinámica caracterizada por contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado y que pueden ser espontáneas o provocadas. Pueden ser fásico o Terminal.

Incontinencia de esfuerzo o de stress: La incontinencia urinaria de esfuerzo es la queja de pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo o ejercicio o durante el estornudo o tos. Es la más frecuente en mujeres en edad reproductiva, se produce con el aumento de la presión abdominal con esfuerzos físicos. Generalmente la pérdida de orina es escasa, intermitente y no ocurre en decúbito. Se origina por incremento de la motilidad uretral, insuficiente función intrínseca del esfínter o ambos.

Incontinencia de urgencia o urgencia miccional: es la queja de pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente por urgencia. Es más frecuente en mujeres de 75 años o más. La necesidad de orinar se presenta de manera repentina, la pérdida de orina se produce antes de iniciar la micción voluntaria, a diferencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo, se puede presentar en decúbito. Es secundaria a contracciones involuntarias del músculo detrusor por defectos neurológicos o inestabilidad vesical.

Incontinencia mixta, Es la queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y también con esfuerzo, ejercicio, estornudo o tos. Coexisten los mecanismos responsables de la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.

Vejiga hiperactiva: presencia de urgencia, frecuencia y nicturia con o sin incontinencia.

Detrusor hiperactivo es la observación urodinámica caracterizada por contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado y que pueden ser espontáneas o provocadas

Tratamiento conservador: es usualmente dirigido como una intervención inicial que con lleva riesgos mínimos.

6. ANEXOS

6.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se utilizan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

MODELO DEL “SCOTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK” (SIGN)

La escala SIGN utiliza dos atributos para evaluar la calidad de la evidencia científica (nivel de evidencia) : el diseño del estudio y el riesgo de sesgo.

Para la clasificación del diseño del estudio se utilizan los números del 1 al 4.

Para evaluar el sesgo se utilizan signos que informan sobre el grado de cumplimiento de los criterios clave relacionados con ese potencial riesgo (++,+,-)

**MODELO DEL SCOTISH INTERCOLLEGIATE
GUIDELINES NETWORK (SIGN)
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)**

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.

Buena Práctica Clínica

✓ 1	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
-----	--

MODELO DEL “NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE” (NICE)

Una de las limitaciones que presenta el sistema SIGN es la evaluación de la calidad de los estudios sobre preguntas de diagnóstico. En el caso de los estudios sobre validez de pruebas diagnósticas, los estudios transversales o de cohorte el sistema SIGN no les otorga el nivel máximo de evidencia científica. Aunque estos diseños son los más apropiados para ello el máximo nivel que pueden alcanzar es 2 por tanto dan lugar a recomendaciones de grado B o inferiores. Debido a esto NICE introdujo una adaptación del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para los estudios de pruebas diagnósticas.

Niveles de evidencia

Nivel	Significado
1a	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados
1b	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Aleatorizado
2a	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico controlado no aleatorizado bien diseñado, Estudios de cohorte con grupo de referencia
2b	Evidencia procedente de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado, estudios de caso control
3	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y de casos
4	Evidencia procedente de reportes de comité de expertos, opinión o experiencia clínica de expertos

Fuerza de la recomendación

Grado	Significado
A	Directamente basados en nivel 1 de evidencia
B	Directamente basado en nivel 2 de evidencia o extrapolado de recomendaciones del nivel 1 de evidencia
C	Directamente basado en nivel 3 de evidencia o extrapolado de recomendaciones del nivel 1, 2 de evidencia
D	Directamente basado en nivel 4 de evidencia o extrapolado de recomendaciones del nivel 1, 2, 3 de evidencia

GPP: Buena práctica clínica (opinión del grupo que elaboró la GPC)

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO NIVELES DE EVIDENCIA

Tipo de Evidencia científica	Niveles
Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 b	Ia
Estudios de nivel 1 b	Ib
Estudios de nivel 2 c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2	II
Estudios de nivel 3 d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3	III
Consenso, informes de comités de expertos o opiniones y /o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'	IV

Notas:

a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática.

b Estudios de nivel 1:

- aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard) en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba.

c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de esta características:

- población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba)
 - utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia')
 - la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada
- Estudios de casos y controles.

d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente.

Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Recomendación	Evidencia
A	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B	Estudios con un nivel de evidencia II
C	Estudios con un nivel de evidencia IIIy
D	Estudios con un nivel de evidencia IV

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL "AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS" ACOG

Nivel de Evidencia

1. Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado

II-1 Evidencia obtenida de un ensayo clínico controlado no aleatorizado

II-2 Evidencia obtenida de estudios de cohorte o casos y controles de mas de un centro o grupo de investigación.

II-3 Evidencia obtenida de múltiples series de casos con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados que podrían ser considerados como un tipo de evidencia.

III Opinión de autoridades respetables basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reporte de comité de expertos.

Fuerza de la Recomendación

Nivel A Las recomendaciones están basadas en una evidencia científica buena y consistente

Nivel B Las recomendaciones están basadas en una evidencia científica limitada e inconsistente

Nivel C Las recomendaciones están basadas principalmente en consenso y opinión de expertos

A continuación se utilizan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones

6.2 ANEXOS CLÍNICOS

CUADRO I. FACTORES DE RIESGO PARA INCONTINENCIA URINARIA

Factores de Riesgo	
Generales	Síndrome metabólico (diabetes, dislipidemias, obesidad, hipertensión)
	Estreñimiento crónico
	Enfermedades pulmonar crónica obstructiva
	Esclerosis múltiple
	Demencia
	Antecedentes de cirugía de columna
	Tumores que comprimen la medula espinal
	Hernia de disco
	Antecedente de accidente cerebral vascular
	Parkinson
	Menopausia
	Edad
	Factores ocupacionales (trabajos que requieran grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto)
Antecedentes de cirugía por incontinencia, histerectomías	
Antecedentes ginecoobstétricos (partos múltiples, productos macrosómicos, aplicación de fórceps, distocias, expulsivo prolongado)	
Uso de medicamentos* (sedantes, ansiolíticos, hinópticos, prazocin, diuréticos,)	

Específicos

Trastornos de la estática pélvica (cistocele, prolapso uterino, rectocele)
 Consumo de alcohol, tabaco, te, café etc
 Secuelas de incontinencia urinaria por irritación crónica de la vejiga
 Vaginitis o uretritis atrófica
 Infección de vías urinarias
 Son factores modificables los que se encuentran sombreados

CUADRO II. FÁRMACO QUE PUEDEN AFECTAR LA FUNCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS BAJAS

Fármacos	Efecto en las vías urinarias bajas
Diuréticos	Poliuria, frecuencia, urgencia
Cafeína	Frecuencia, urgencia
Alcohol	Sedación, diuresis, disminución de la motilidad
Analgésicos narcóticos	Retención urinaria, impactación fecal, sedación y delirium
Agentes anticolinérgicos	Retención urinaria, dificultad de vaciamiento
Antihistamínicos	Acción anticolinérgica, sedación
Agentes psicotrópicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos • Antipsicóticos • Sedantes e hipnóticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acción anticolinérgica, sedación • Acción anticolinérgica, sedación • Sedación, relajación muscular, confusión
Bloqueadores alfa adrenérgicos	IU por esfuerzo
Agonista alfa adrenérgicos	Retención urinaria, dificultad de vaciamiento
Bloqueadores de los canales del calcio	

Modificado por Parsons M, Cardozo L. Female urinary incontinence in practice London: The Royal Society of Medicine Press; 2004. P. 36. ACOG, 2005
<http://www.rsmppress.co.uk/bkparsons.htm>.

CUADRO III. CAUSAS COMUNES DE INCONTINENCIA URINARIA TRANSITORIA

Infección de vías urinarias o uretritis
 Uretritis atrófica o vaginitis
 Efecto adverso a fármacos
 Embarazo
 Incremento en la producción de orina

- Metabólicas (hiperglucemia, hipercalcemia)
- Exceso de ingesta de líquidos
- Hipervolemia

Delirium
 Movilidad restringida
 Impactación fecal
 Sicopatología

Adapted with permission from Resnick NM, Yalla SV. Management of urinary incontinence in the elderly. N Engl J Med 1985;313:800-805. Copyright 1985 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.
 ACOG, 2005

CUADRO IV. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF

Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

1. ¿Con que frecuencia pierde orina? (Marque solo una respuesta)

Nunca	0	puntos
Una vez a la semana	1	
2-3 veces por 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 solo una respuesta.

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

3. ¿En que medida estos escapes de orina han afectado su vida diaria? Desde nada que se califica como 1 hasta mucho que se califica como 10; puede marcar cualquier punto intermedio.

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

4. Señale lo que le pasa a usted, cuándo pierde orina:

Nunca pierde orina

- Pierde orina antes de llegar al baño
- 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

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. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero, a mayor puntuación mayor incontinencia y peor calidad de vida. En la última pregunta orienta sobre el tipo de incontinencia urinaria.

CUADRO V. VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO DEL TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA CON BASE EN SÍNTOMAS Y SIGNOS.

Diagnóstico clínico	Sensibilidad %(IC95%)	Especificidad %(IC95%)	VPP %(IC95%)	VPN %(IC95%)
Incontinencia urinaria de esfuerzo	66 (17-83)	83 (49-92)	70 (41-95)	69 (49-85)
Incontinencia mixta	68 (42-85)	77 (34-89)	35 (18-70)	90 (80-97)
Incontinencia urinaria de urgencia	45 (14-86)	96 (81-98)	73 (25-81)	91 (79-98)

Estándar de oro: Cistometría Multicanales

VPP valor predictivo positivo

VPN valor predictivo negativo

Cuadro VI. Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria en la mujer

Etiología Genitourinaria	Etiología no genitourinaria
<p>Enfermedades de almacenamiento y llenado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia de esfuerzo urodinámica • Sobre actividad del detrusor (idiopática o nerogénica) • Tipos mixtos <p>Fístulas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vesical • Uretral • Ureteral <p>Congénitas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epispadias • Uréter ectópico 	<p>Funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurológicas • Cognitivas • Psicológicas • Deterioro físico <p>Medio ambiental</p> <p>Farmacológica</p> <p>Metabólicas</p>

ACOG; 2005

Cuadro VII. Diario Vesical

Fecha Horario	Micción normal (si ó no)	Pérdida de orina (cantidad aproximada)	¿Pérdida por urgencia? (si ó no)	¿Pérdida por esfuerzo ? (si ó no)	Cantidad aproximada de ingesta de líquidos
24 – 6hr					
6 – 8 hrs					
8 –10 hrs					
10-12hrs					
12-14hrs					
14-16hrs					
16-18hrs					
18-20hrs					
20-22hrs					
22-24hrs					
Intervalo tiempo promedio entre pérdidas o micciones			No. de episodios de incontinencia		

Realizado por el grupo elaborador de la GPC de Incontinencia Urinaria Femenina

6.3 MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO (PERÍODO DE USO)
Oxibutinina	5 mg vo c 8 a 12 hrs	Caja con 20 tabletas 5 mg	2 meses Clave 4305
L-Tartrato de Tolterodina	2 mg cada 12 horas o 1 mg cada 12hrs	Caja con 14 tabletas 2 mg Caja con 7,14, 28 cápsulas	6 a 8 semanas Clave 4304
Premarin (estrógenos Conjugados de origen Equino)	Aplicar vaginal 1gr durante 3 semanas y una de descanso o diario por dos semanas y después lunes y jueves	Crema, cada gr equivale a 0.625 mg de estrógenos conjugados de origen equino	3 a 6 meses y valorar dosis a juicio del Médico Clave 1506

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.
2. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 654-652.
3. Borrello-France D, Burgio K. Nonsurgical treatment of urinary incontinence. *Slin Obstet Gynecol* 2004;47:70-82.
4. Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapsed and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*,1996;175:10-17.
5. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Presisser JS, Davis CC, Bland DR et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 462-465.
6. España M, Rebollo P. Validación de la versión española del ICIO-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 288-292.
7. España PM, RebolloPA, Puig CM. A review of Condition Specific Instruments to Assess The Impact of Urinary Incontinence on Health Related Quality of life. *European Urology. Med Clin* 2003;122(43):219-225
8. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
9. Gorbea CV, Velázquez SP, Kunhart RJ. Efecto de los ejercicios del piso pélvico durante el embarazo y el puerperio en la prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Ginecol Obst Mex* 2004;72:628-636.
10. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382.
11. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17); 2096-2097
12. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150-1157
13. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines *BMJ*. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
14. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004; 93: 324-330.
15. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
16. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
17. Sandvick 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* 2000; 19: 137-145.
18. Urinary incontinence in women. ACOG Practice Bulletin No 63. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2005;105:1533-1545

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Analista UMAE HE CMNR
Lic. Uri Iván Chaparro González	Analista UMAE HO CMN SIGLO XXI

9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

**Instituto Mexicano del Seguro
Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para los Trabajadores del
Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
**Titular de la Unidad de Atención
Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
**Coordinador de Unidades Médicas
de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico