

INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN:.....	4
OBJETIVO.....	6
ALCANCE.....	6
POBLACION OBJETO.....	6
DEFINICION:.....	7
NIVELES DE EVIDENCIA	7
MANIFESTACIONES CLINICAS:	7
EXAMEN PÉLVICO	8
DEMOSTRACIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA UNIÓN URETROVESICAL.....	10
LA EVIDENCIA OBJETIVA DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO (INCLUIDA LA EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA LATENTE)	10
MEDICIÓN DE VOLUMEN POSTMICCIONAL	11
ANÁLISIS DE ORINA Y UROCULTIVO	11
URODINAMIA:.....	12
MANEJO EMOCIONAL:	13
TRATAMIENTO:.....	13
MANEJO CONSERVADOR.....	14
MANEJO FARMACOLÓGICO	14
ANTIMUSCARINICOS.....	15
MEDICAMENTOS ADRENERGICOS.....	15
DULOXETINA.....	16
ESTROGENOS	17
MANEJO QUIRÚRGICO.....	17
Colposuspensión abierta.....	17
Cabestrillo Mediouretral	18
OTROS TRATAMIENTOS	18
Inyección de toxina botulínica intrevesical.....	18



INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA
Adaptadas de la Federación Colombiana de
Obstetricia y Ginecología

Código: E-GCC-G-019

Versión: 002

Fecha: Noviembre 2017

Página 3 de 25

Estimulación del nervio sacro.....	19
COMPLICACIONES DEL MANEJO INTERVENSIONISTA HABITUALES:.....	22
RECOMENDACIONES ADICIONALES:	22
BIBLIOGRAFÍA.....	24

INTRODUCCIÓN:

La incontinencia urinaria es una condición común en las mujeres. Aproximadamente el 25% de las mujeres jóvenes (1), el 44-57% de las mujeres de mediana edad y postmenopáusicas y el 75% de las mujeres mayores experimentan alguna pérdida involuntaria de orina. El costo directo estimado de la atención de la incontinencia urinaria en los Estados Unidos es de \$ 19.5 mil millones. Aproximadamente el 6% de las admisiones de ancianos en el hogar de ancianos se pueden atribuir a la incontinencia urinaria, con un costo estimado de \$ 3 mil millones por año(1).

A pesar de la prevalencia de la incontinencia urinaria, muchas mujeres dudan en buscar atención o discutir sus síntomas con un médico. En una encuesta de mujeres en los Estados Unidos, solo el 45% de las mujeres que informaron por lo menos una fuga de orina semanal buscaron atención para sus síntomas de incontinencia. Como resultado, muchas mujeres con incontinencia urinaria viven con limitaciones físicas, funcionales, psicológicas y una calidad de vida disminuida en el hogar y en el trabajo. Debido a que la incontinencia urinaria puede ser un tema difícil de tratar para los pacientes, los médicos deben obtener información de los pacientes y detectar estos síntomas.

La incontinencia urinaria puede ser causada por una variedad de factores. El diagnóstico diferencial incluye las condiciones genitourinarias y no genitourinarias (Cuadro 1). Algunas condiciones que causan o contribuyen a la incontinencia urinaria son potencialmente reversibles.

Hay tres tipos principales de incontinencia urinaria en mujeres:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Incontinencia urinaria mixta.

El cuadro 2 incluye descripciones de estas formas de incontinencia urinaria, así como otros subtipos importantes a considerar durante una evaluación. El diagnóstico correcto es importante en la evaluación y el tratamiento de las mujeres con incontinencia urinaria, como lo es determinar el efecto sobre la calidad de vida de la mujer. Dependiendo del grado de gravedad de los síntomas, las mujeres pueden seleccionar opciones de tratamiento más o menos invasivas o ningún tratamiento en absoluto. La mayoría de las mujeres afrontan mejor los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo e informan una peor calidad de vida por los síntomas de urgencia y la incontinencia urinaria de urgencia

Cuadro 1: Diagnóstico diferencial de la incontinencia urinaria en mujeres

Etiologías genitourinarias	Etiología no genitourinaria
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de llenado y almacenamiento <ul style="list-style-type: none"> ○ Incontinencia urinaria por estrés urodinámico ○ Hiperactividad del detrusor (idiopática) 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcional <ul style="list-style-type: none"> ○ Neurológico ○ Cognitivo ○ Psicológico

<ul style="list-style-type: none"> ○ Hiperactividad del detrusor (neurogénica) ○ Tipos mixtos • Fístula <ul style="list-style-type: none"> ○ Vesical ○ Ureteral ○ Uretral • Infeccioso <ul style="list-style-type: none"> ○ Infección del tracto urinario ○ Vaginitis • Congénito <ul style="list-style-type: none"> ○ Uréter ○ Ectópico ○ Epispadias 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Discapacidad física <ul style="list-style-type: none"> • Ambiental • Farmacológico • Metabólico
---	---

Cuadro 2: Tipos de incontinencia urinaria en la mujer

Retención urinaria crónica: pérdida involuntaria de orina cuando la vejiga no se vacía por completo; asociado con altos volúmenes de orina residuales *

Incontinencia urinaria de coito: pérdida involuntaria de orina con relaciones sexuales

Incontinencia urinaria continua: pérdida involuntaria continua de orina

Incontinencia urinaria extrauretral: fuga de orina a través de canales distintos del meato uretral (p. Ej., Fístulas vesicovaginal, uretrovaginal o ureterovaginal; uréter ectópico)

Incontinencia urinaria funcional: pérdida involuntaria de orina debida a alteraciones cognitivas, funcionales o de movilidad en presencia de un sistema de vías urinarias inferiores intacto *

Incontinencia urinaria insensible: pérdida involuntaria de orina que ocurre sin conciencia

Incontinencia urinaria mixta: pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y con esfuerzo físico, estornudos o tos.

Enuresis nocturna: pérdida involuntaria de orina que ocurre durante el sueño Incontinencia de esfuerzo oculta, incontinencia urinaria de esfuerzo (ver a continuación) que se observa solo después de la reducción del prolapso de órganos pélvicos coexistentes.

Vejiga hiperactiva: generalmente acompañada de frecuencia y nocturia, con y sin incontinencia urinaria de urgencia en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología obvia.

Fuga posmiccional: paso involuntario de la orina después de la finalización de la micción

Incontinencia urinaria postural: pérdida involuntaria de orina asociada con el cambio de la posición del cuerpo

Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina con esfuerzo o esfuerzo físico

(p. Ej., Actividades deportivas) o al estornudar o toser.

Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia o un deseo súbito e imperioso que es difícil de aplazar.

Incontinencia urinaria latente de esfuerzo: es la incontinencia de esfuerzo que se produce (o se desenmascara) sólo cuando el prolapso de órganos pélvicos es reducido (durante el examen físico o después de la inserción de un pesario).

*Datos tomados de Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. 5th International Consultation on Incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 5th ed. Paris: ICUD-EAU; 2013. p. 1895–956.

El objetivo principal del tratamiento es lograr o mejorar la continencia. El tratamiento clínicamente exitoso se ha definido como aquel que reduce la frecuencia de los episodios de incontinencia urinaria en al menos un 50%.

La calidad de la evidencia de las recomendaciones en el plazo esta guía se ha clasificado según los criterios descritos por la Canadian Task Force sobre el examen periódico de salud (Tabla 1).

OBJETIVO


Dar lineamientos para la atención de las pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria femenina que son atendidas en el servicio de consulta externa de ginecología y realizar el manejo de acuerdo a las conductas avaladas por la evidencia científica.

ALCANCE

La guía aplica desde el momento que la paciente ingresa a la consulta con síntomas de incontinencia urinaria y concluye con el manejo de la patología de forma médica o quirúrgica.

POBLACION OBJETO

La guía aplica para las pacientes quienes ingresan a la institución remitidas a la consulta de ginecología con diagnóstico de incontinencia urinaria.

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 7 de 25

DEFINICION:

La Incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina y denota:

Un síntoma: Es la queja de pérdida involuntaria de orina por parte de la paciente o de quien la cuida.

Un signo: Es la demostración objetiva de la pérdida de orina.

Una condición: Es el evento fisiopatológico de base que puede ser demostrable clínica o mediante técnicas urodinámicas.

NIVELES DE EVIDENCIA

Para los niveles de evidencia se tienen en cuenta los siguientes criterios:

TABLA 1: NIVELES DE EVIDENCIA

CALIDAD DE LA TASA DE EVIDENCIA	CLASIFICACION DE LA RECOMENDACION
I: Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado y aleatorizado	A. Existe buena evidencia que soporta la recomendación, que la condición sea específicamente considerada en un examen periódico.
II-I Evidencia de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización	B. Existe evidencia imparcial que soporta la recomendación, que la condición sea específicamente en un examen periódico
II-2 Evidencia de cohortes bien diseñadas (prospectiva o retrospectivas) o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.	C. Existe pobre evidencia referente a la inclusión o exclusión de la condición en un examen periódico, pero la recomendación puede ser hecha en otros campos
II-3 Evidencia obtenida por comparaciones entre tiempos o lugares con o son intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados (tal como los resultados del tratamiento con penicilina en 1940) pueden ser incluidos en esta categoría	D. Existe evidencia imparcial para soportar la recomendación que la condición no sea considerada en un examen periódico
III: Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos, o reportes de comités de expertos	E. Existe buena evidencia para soportar la recomendación que la condición sea excluida de la consideración en un examen periódico

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Las mujeres que presentan incontinencia urinaria requieren cuidadosa y exhaustiva evaluación con el fin de determinar con certeza la etiología de la incontinencia antes de someterse cirugía anti-incontinencia.

El American College of Obstetricians and Gynecologists y el American Urogynecologic Society recomiendan los siguientes componentes comprenden el mínimo aceptable de la evaluación preoperatoria(2):

1. Historia clínica.
2. Examen pélvico.
3. Demostración de la movilidad de la unión uretrovesical (es decir, el cuello de la vejiga).
4. Incontinencia urinaria de esfuerzo objetiva (incluida la evaluación de la incontinencia de esfuerzo latente).
5. Medición del volumen de orina residual.
6. Uroanálisis

Aunque la investigación ha demostrado que la información histórica sola no basta para establecer el diagnóstico de la incontinencia urinaria, una cuidadosa, historia enfocada de los síntomas de incontinencia urinaria puede ayudar a formular el diagnóstico diferencial y dirigir la evaluación posterior.

Las características históricas distintivas de las diferentes causas de la incontinencia urinaria se encuentran en la Tabla 2.

TABLA 2: CLASIFICACION DE LA INCONTINENCIA POR HISTORIA

PREGUNTA	IUE PURA	I. U	REBOSAMIENTO
Descripción episodios de pérdida.	Perdida con tos estornudo o actividad física	Urgencia repentina con incapacidad de llegar al baño	Perdida lenta continua
Factores precipitantes	Tos esfuerzos físicos	Vejiga llena, sensores	Exacerbado por estrés
Frecuencia urinaria	Normal	A menudo incrementada	Dificultad para orinar
Nicturia	Ocasional	Variable	Enuresis
Volumen de pérdida urinaria	Pequeñas cantidades	Grandes cantidades, moja la piernas	Goteo continuo

IUE, Incontinencia pura de esfuerzo, IU incontinencia de urgencia, Espontanea

EXAMEN PÉLVICO

Examen pélvico se lleva a cabo para lograr los siguientes objetivos:

- Identificar masas pélvicas que afecten en el tracto urinario.

- Para cuantificar el grado de prolapso de órganos pélvicos en cada uno de los compartimentos vaginales.
- Para detectar la incontinencia de esfuerzo latente.
- Para evaluar la fuerza y el control voluntario de los músculos elevadores del ano.
- Para determinar la salud de la mucosa urogenital (es decir, para descartar la presencia de atrofia urogenital y / o vulvovaginal, irritación o infección).

El examen físico de una mujer con incontinencia debe idealmente se realiza con la mujer que tiene la vejiga llena (o un mínimo de 300 ml) y en la posición supina (litotomía o lateral izquierdo). El perineo debe inspeccionarse para detectar cualquier evidencia de irritación crónica de la piel(2).

La integridad de las raíces del nervio sacro se puede evaluar por una evaluación neurológica simple, incluyendo reflejos anocutaneo y bulbocavernoso, sensibilidad al tacto, y la contracción voluntaria del esfínter anal externo.

La apariencia del epitelio vaginal puede ser evaluada con especuloscopia. El examen con espéculo y se utiliza clínicamente como medida indirecta de la exposición a los estrógenos.

El examen con espéculo debe incluir una evaluación del grado de prolapso de órganos pélvicos, en cada compartimiento de la vagina, con el paciente realizando Maniobras de Valsalva durante el examen, según se indica.

- Prolapso uterino o de la cúpula: lenta retirada de la apertura del espéculo.
- Cistocele: retracción en la pared posterior de la vagina, ya sea con la mitad inferior del especulo. La contribución de los componentes centrales y el paravaginales al cistocele puede determinarse mediante el apoyo en los fondos de saco vaginales anterior utilizando pinzas forester; la motilidad uretral se puede evaluar en este momento.
- Rectocele: con la retracción de la paredes vaginal anterior con el especulo puede evaluarse el rectocele con o sin enterocele.

Tras el examen con espéculo, a la mujer se le pide que tosa o realizar una maniobra de Valsalva en decúbito supino. Si la pérdida de la tensión no es evidente en esta posición, la maniobra es repetida en la posición de pie. En las mujeres con moderada a severos grados de prolapso, la incontinencia latente puede ser desenmascarada, al toser o hacer esfuerzo, mientras que el prolapso se reduce ya sea manualmente o con un espéculo.

El examen pélvico bimanual permite la detección de masas en la pelvis que afecten el tracto urinario, permite para una evaluación adicional de los componentes de la relajación pélvica, y proporciona una oportunidad de evaluar la capacidad de la mujer para aislar y contraer los músculos elevadores del ano (que son palpables a lo largo de la pared lateral vaginal justo proximal al anillo del himen). Finalmente, la mujer debe ser instruida para vaciar el volumen de orina residual postmiccional medido. Esta medición puede realizarse usando cateterismo o una ecografía.

RECOMENDACIÓN:

Examen pélvico preoperatoria se debe realizar para identificar las masas pélvicas que pueden provocar síntomas del tracto urinario inferior, (por ejemplo, un gran útero fibroide que comprime la vejiga), El prolapso concomitante de órganos pélvicos, y su papel en la incontinencia de esfuerzo latente. Todos estos hallazgos pueden requerir una modificación de la aproximación quirúrgica. **(Nivel de evidencia III - Grado de recomendación C)**

DEMOSTRACIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA UNIÓN URETROVESICAL

La fisiopatología de la incontinencia de esfuerzo pura incluye una pérdida de transmisión de la presión a la unión uretrovesical (cuello vesical). Esta pérdida de transmisión de la presión es consecuencia de prolapso de la uretra cuando la presión intraabdominal aumenta.

Una parte crítica de la evaluación preoperatoria por lo tanto, es la demostración de la hipermovilidad de la uretra. Esto se puede lograr mediante el uso de una forma objetiva Qtip test (Tabla 3), o mediante el uso de ultrasonidos u objetivamente por la observación de la posición del cuello de la vejiga en reposo y durante esfuerzo, o mediante ureteroscopia. Estos métodos subjetivos no han sido examinados por su fiabilidad.

Los pacientes con, uretras elevadas fijas son menos propensos a experimentar una cura de su incontinencia de esfuerzo con la cirugía.

RECOMENDACIÓN:

La hipermovilidad de la uretra se debe confirmar antes de la operación, ya que las mujeres con cuellos vesicales fijos, son menos propensas a experimentar una cura tras procedimientos para la incontinencia estándar. **(Nivel de evidencia II-2 Grado de recomendación B)**

LA EVIDENCIA OBJETIVA DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO (INCLUIDA LA EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA LATENTE)

La evidencia objetiva de la incontinencia de esfuerzo se debe buscar antes a la intervención quirúrgica. La incontinencia de esfuerzo latente debe ser detectada antes de la operación para asegurarse de que el plan quirúrgico incluye necesaria la cirugía anti-incontinencia. La observación de la pérdida de orina asociada con tos o maniobras de Valsalva durante un examen pélvico en posición supina es una prueba aceptable de incontinencia de esfuerzo(2).

La prueba de esfuerzo es una forma más normalizada de demostrar la incontinencia de esfuerzo. En esta prueba, la vejiga se llena con 200 a 300 ml de líquido, y la mujer tose en una posición de pie. La prueba se considera positiva si la pérdida con el esfuerzo es evidente, y negativa si no se identifica una fuga de líquido. Para detectar la incontinencia de esfuerzo latente, la prueba de esfuerzo se lleva a cabo con el prolapso reducido.

RECOMENDACIÓN:

La incontinencia de esfuerzo se debe demostrar objetivamente antes de la cirugía anti-incontinencia. **(Nivel de evidencia III - Grado de recomendación B)**

MEDICIÓN DE VOLUMEN POSTMICCIONAL

La medición del volumen de orina residual después de la evacuación se puede lograr mediante el uso de cateterismo o por ultrasonido.


El ultrasonido es menos invasiva y suficientemente preciso para la rutina clínica use un volumen residual <100 ml es generalmente aceptado como normal(3,4).

RECOMENDACIÓN:

El volumen de orina residual postmiccional debe ser medido antes de la cirugía anti-incontinencia. Un elevado volumen residual postmiccional es infrecuente y debe señalar la necesidad de una nueva evaluación de los mecanismos de evacuación. **(Nivel de evidencia III-Grado de recomendación C)**

ANÁLISIS DE ORINA Y UROCULTIVO

La infección del tracto urinario puede imitar diversas causas de incontinencia urinaria incluyendo la hiperactividad del detrusor (inestabilidad) y la incontinencia pura de esfuerzo. Una muestra de orina de la mitad de la micción debe ser analizada, tanto por análisis de orina y la microscopía. La orina obtenida por cateterismo proporciona una muestra más limpia para el cultivo, aunque en el análisis de orina, muestras de catéteres pueden ser falsamente positivo para sangre. En los pacientes sintomáticos, los análisis de orina tiene una tasa de falsos negativos significativos y deben ir acompañados por el urocultivo y antibiograma.

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 12 de 25

RECOMENDACIÓN:


La infección urinaria se debe identificar y tratar antes de iniciar posteriores investigaciones o intervenciones terapéuticas para la incontinencia urinaria. **(Nivel de evidencia II 2 - Grado de recomendación B)**

URODINAMIA:

Mientras que con los estudios urodinámicos, incluyendo cistometría y perfilometría de presión uretral, se puede detectar la hiperactividad del detrusor (inestabilidad) y el compromiso de la función uretral, la significancia clínica de estos hallazgos es controversial. La detección de una vejiga inestable y / o de baja presión en la uretra pueden modificar las opciones de manejo del paciente y los resultados quirúrgicos. Sin embargo, los pacientes con los síntomas de incontinencia mixta y la vejiga inestable probada aún tienen altas tasas de curación luego de la cirugía anti incontinencia. El diagnóstico de una baja presión uretral es polémica y un reciente estudio prospectivo ha demostrado que en las mujeres con una presión máxima de cierre uretral de menos de 20 cm de agua, el procedimiento de Burch y el procedimiento de cabestrillo pubovaginal (sling suprapúbico) producen a corto plazo el mismo resultado subjetivo y objetivo. La rentabilidad de los estudios urodinámicos antes de la cirugía ha sido cuestionado y debido a la falta de disponibilidad generalizada de equipos de urodinámica, la Agencia para el Cuidado de la Salud e Investigación en los Estados Unidos ha desarrollado la práctica clínicadirectrices para la identificación de pacientes que podrían someterse a cirugía sin estudio urodinámico preoperatorio. Una revisión reciente de Cochrane llegó a la conclusión de que hay una falta de evidencia de la investigación que demuestre que la prueba urodinámica mejora resultados de los pacientes después de la cirugía. La reproducibilidad y fiabilidad de las pruebas urodinámicas también son cuestionables, Hasta la utilidad de las pruebas urodinámicas proporcionan en la evaluación de las mujeres con síntomas primarios de orina de esfuerzo se debe dejar a la discreción del médico tratante. Hasta que no se lleve a cabo más investigación, la utilidad de la urodinamia preoperatoria seguirá siendo controversial(3).

RECOMENDACIÓN:

En las mujeres que presentan incontinencia de esfuerzo pura que se puede demostrar objetivamente durante el examen, preoperatorio las pruebas urodinámicas no son necesarias **(Nivel de evidencia II-3 Grado de recomendación B)**. Para mujeres con otros síntomas del tracto urinario inferior y / o La incontinencia urinaria mixta, el juicio del médico deben guiar el uso de los estudios urodinámicos **(Nivel de evidencia II-3 Grado de recomendación B)**.

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 13 de 25

MANEJO EMOCIONAL:


En muchas pacientes se recomienda acompañamiento psicológico, ya que entre los problemas psicosociales más frecuentes se encuentran los siguientes:

- Sentimientos de humillación personal.
- Vergüenza ante sí mismo y ante los demás.
- Reacciones emocionales de inseguridad.
- Inhibición afectiva.
- Ansiedad.
- Depresión y tristeza.
- Inhibición de la sexualidad.
- Incapacidad para enfrentar los problemas.
- Aislamiento social

TRATAMIENTO:

Numerosos tratamientos altamente efectivos, que están respaldados por la evidencia de ensayos controlados aleatorios, están disponibles para controlar la incontinencia urinaria en las mujeres. Las opciones de tratamiento para la incontinencia urinaria varían de conservadoras hasta quirúrgicas.

Cuando se evalúa a las mujeres por incontinencia urinaria, el asesoramiento sobre el tratamiento debe comenzar con opciones conservadoras. Las opciones conservadoras incluyen ejercicios musculares del piso pélvico (con o sin fisioterapia), modificaciones de comportamiento y estilo de vida, pesarios con soporte de continencia y farmacoterapia. Las opciones de tratamiento quirúrgico incluyen procedimientos anti incontinencia, como agentes de volumen uretral, colposuspensión retropúbica, cabestrillos autólogos de fascia del recto y cabestrillos midiouretrales sintéticas. Las complicaciones postoperatorias intraoperatorias o inmediatas de la cirugía para la incontinencia de esfuerzo incluyen lesión quirúrgica directa del tracto urinario inferior, hemorragia, lesión intestinal, complicaciones de la herida, retención e infección del tracto urinario. La mayoría de las complicaciones crónicas después de la colposuspensión de Burch y los procedimientos de cabestrillo se relacionan con la disfunción miccional y los síntomas de urgencia.

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 14 de 25

RECOMENDACIÓN:

La evaluación minuciosa de cada mujer es esencial para determinar la etiología subyacente de la incontinencia urinaria y para orientar el manejo. **(Nivel de evidencia II 3 – Grado de recomendación B)**

MANEJO CONSERVADOR

Una vez realizada la evaluación completa y tener un diagnóstico claro, las posibilidades terapéuticas ante la incontinencia femenina incluyen básicamente farmacoterapia, ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, tratamiento paliativo (absorbentes) y tratamiento quirúrgico.

Dentro del tratamiento no farmacológico, se encontró que las pacientes manejadas con ejercicios para fortalecimiento del piso pélvico (kegel) vs pacientes sin manejo activo, los ejercicios fueron más de 5 veces más efectivos en mejorar la continencia en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo(5), principalmente para incontinencia de esfuerzo, además se encuentra también una mejoría en la calidad de vida. No se encuentra suficiente evidencia para recomendar los tratamientos con conos vaginales o dispositivos intrauretrales.


Para las mujeres que tiene diagnóstico de incontinencia mixta, los ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico más entrenamiento vesical mejora la continencia comparado con las pacientes sin manejo activo. La pérdida de peso en las pacientes obesas que cursan con incontinencia mixta, también demostró mejoría de la continencia con respecto a las pacientes sin tratamiento activo(5).

RECOMENDACIÓN

El tratamiento de primera línea para pacientes con incontinencia de esfuerzo son los ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico **(Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A)**. Los ejercicios para fortalecimiento de piso pélvico más entrenamiento vesical son primera línea para pacientes con incontinencia mixta **(Nivel de evidencia I - Grado de recomendación A)** y la reducción de peso en pacientes con obesidad e incontinencia mixta también ha demostrado ser efectiva en este grupo de pacientes **(Nivel de evidencia II 2)**.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Los tratamientos médicos actuales basados en evidencias generalmente están reservados para la incontinencia urinaria de urgencia. Las terapias médicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo son menos efectivas y generalmente no se recomiendan. Los tratamientos médicos

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 15 de 25

disponibles para la incontinencia urinaria de urgencia incluyen agentes antimuscarínicos (también conocidos como agentes anticolinérgicos), beta-agonistas, onabotulinumtoxin A y estrógenos.

ANTIMUSCARINICOS

Los medicamentos antimuscarínicos generalmente se prescriben después de la terapia conductual, la terapia física o ambos para el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia, pero también pueden ofrecerse como una opción de tratamiento primario después de la consejería apropiada del paciente. Estos agentes bloquean los receptores muscarínicos parasimpáticos y actúan sobre los receptores M2 y M3 de la vejiga para inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. En nuestro medio contamos con la oxibutinina y la tolterodina. Son medicamentos que han demostrado una reducción importante de los síntomas en la incontinencia de esfuerzo, no así para la incontinencia de urgencia, sin embargo son terapias que, a pesar de su eficacia en el control de los síntomas, generan importantes efectos adversos que lleva a suspensión por parte de los pacientes (cerca del 50% en los siguientes 3 meses de iniciado el tratamiento(3)).


Con respecto a la oxibutinina, los estudios han demostrado que tienen una mayor prevalencia de boca seca como efecto secundario y constipación comparada con la tolterodina y el efecto se puede disminuir si se dispone de las presentaciones de liberación prolongada. Es importante tener en cuenta la tolerancia del medicamento ya que estos tratamientos son a largo plazo.

RECOMENDACIÓN

Los antimuscarínicos son el manejo de primera línea luego de que los ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico y las medidas conservadoras han fallado en el control de los síntomas (**Nivel de evidencia I**). Los ejercicios para fortalecimiento de piso pélvico más entrenamiento vesical son primera línea para pacientes con incontinencia mixta (**Nivel de evidencia I - grado de recomendación A**) y la reducción de peso en pacientes con obesidad e incontinencia mixta también ha demostrado ser efectiva en este grupo de pacientes (**Nivel de evidencia II 2**).

MEDICAMENTOS ADRENERGICOS

Los ensayos previos de fármacos adrenérgicos se concentraron en el efecto de los receptores alfa adrenérgicos y su acción en el aumento de la presión de cierre del mecanismo de continencia uretral en mujeres, como un medio para mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo. Más recientemente, la investigación se ha centrado en la estimulación de los receptores beta adrenérgicos como un medio para aumentar la relajación del detrusor y, por lo tanto, mejorar el almacenamiento de orina en personas con vejiga hiperactiva y la incontinencia urinaria de urgencia.

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 16 de 25

Entre estos medicamentos, actualmente se cuenta con el mirabegron, un agonista beta 3 adrenergico que actúa sobre este tipo de receptores en el dretrusor, ocasionando relajación.

Este medicamento es una buena alternativa para los pacientes que presentan incontinencia urinaria de urgencia, sin embargo los efectos a largo plazo aún no se conocen.

RECOMENDACIÓN

Utilizar mirabegron a las personas con incontinencia urinaria de urgencia, pero advierta a los pacientes que reciben mirabegron que los posibles efectos secundarios a largo plazo siguen siendo inciertos **(Nivel de evidencia II – Grado de recomendación A)**. Los efectos adversos mediados por el efecto adrenérgico parece ser leve y clínicamente no relevante **(Nivel de evidencia 1- Grado de recomendación A)**

Nota: Este medicamento aún no se comercializa en Colombia.

DULOXETINA

La duloxetina es un inhibidor de la recaptación de la serotonina-norepinefrina que puede ser efectivo para la incontinencia. Sin embargo, debido a los posibles efectos adversos, no se usa rutinariamente como tratamiento para la incontinencia de esfuerzo. Si los pacientes requieren tratamiento para la depresión, es razonable discutir la opción de la duloxetina como tratamiento primario para la depresión debido al beneficio potencial de la disminución de la incontinencia.

La duloxetina inhibe la recaptación presináptica de los neurotransmisores, la serotonina (5-HT) y la norepinefrina (NE), lo que lleva a un aumento en los niveles de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica. En la médula espinal sacra, una mayor concentración de 5-HT y NE en la hendidura sináptica aumenta la estimulación de los receptores 5-HT y NE en las neuronas motoras pudendas, lo que a su vez aumenta el tono de reposo y la fuerza de contracción del esfínter estriado uretral.

En general, los estudios muestran una alta tasa de retiro de pacientes de aproximadamente 20-40% de en estudios a corto plazo y hasta del 90% en estudios a largo plazo. La alta tasa de retiro fue causada por una combinación de falta de eficacia y una alta incidencia de eventos adversos, que incluyen náuseas y vómitos (40% o más de pacientes), boca seca, estreñimiento, mareos, insomnio, somnolencia y fatiga.

RECOMENDACIÓN

La duloxetina no cura la incontinencia urinaria, pero mejora los síntomas a dosis de 80 mg/día y causa efectos gastrointestinales significativos al igual que efectos en sistema nervioso central, lo que lleva a una alta tasa de suspensión del tratamiento (**Nivel de evidencia - Grado de recomendación A**). La duloxetina se puede recomendar en pacientes que requiere control de sus síntomas por un corto periodo de tiempo (ejm: antes de ser llevados a cirugía) (**Nivel de evidencia III**).

ESTROGENOS

El tratamiento con estrógenos para la incontinencia urinaria se ha probado usando vías de administración oral, transdérmica y vaginal. La evidencia disponible sugiere que el tratamiento con estrógenos vaginales con estradiol y estriol no se asocia con el aumento del riesgo de tromboembolia, hipertrofia endometrial y cáncer de mama visto con la administración sistémica. El tratamiento vaginal (local) se usa principalmente para tratar los síntomas de la atrofia vaginal en mujeres posmenopáusicas.

RECOMENDACIÓN

El uso de estrógenos en el manejo de incontinencia urinaria, es útil en las mujeres postmenopáusicas que cursen también con atrofia vaginal (**Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A**).

MANEJO QUIRÚRGICO


Colposuspensión abierta

Como se mencionó anteriormente, se dispone de la colposuspensión abierta o laparoscópica y el uso de cabestrillo medioureteral por diferentes vías.

En la institución se cuenta con experiencia en la colposuspensión abierta y en la colocación de cabestrillo medioureteral por vía transobturadora.

La colposuspensión abierta 'Burch' tiene como objetivo aproximar y fijar los tejidos laterales de la bóveda vaginal al ligamento pectíneo. La operación ha sido muy modificada a lo largo de los años, y esto ha proporcionado una menor elevación de la pared vaginal mediante la inserción de suturas suspensorias en la fascia del obturador en lugar del ligamento pectíneo.

Durante décadas, la colposuspensión abierta se ha considerado la intervención quirúrgica gold estándar para la incontinencia urinaria de esfuerzo y, a menudo, se ha utilizado como comparador en estudios clínicos de nuevas técnicas quirúrgicas menos invasivas. Estos incluyen técnicas

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 18 de 25

laparoscópicas, que han permitido que la colposuspensión se realice con un enfoque mínimamente invasivo, sin embargo, se deben también tener en cuenta las posibles complicaciones y el costo.

Con la colposuspensión abierta, durante el primer año, se lograron índices de continencia completos de aproximadamente 85-90%, mientras que las tasas de fracaso para la incontinencia urinaria fueron del 17% antes de los 5 años y del 21% después de los 5 años. La tasa de reoperación para la incontinencia urinaria fue del 2%. La colposuspensión se asoció con una mayor tasa de desarrollo a los 5 años de enterocoeles / prolapso cervical (42%) y rectocele (49%) en comparación con la cinta vaginal libre de tensión (TVT) (23% y 32%, respectivamente). La tasa de cistocele fue similar en la colposuspensión (37%) y con TVT (41%).

Cabestrillo Mediouretral

Esta modalidad de manejo, se ha popularizado rápidamente como opción quirúrgica de primera línea para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. La razón para esto es que es una cirugía menos invasiva y las pacientes se recuperan más rápidamente.

Para la colocación de los cabestrillos sintéticos, existen varias vías para su colocación, todas ellas evaluadas contra la colposuspensión abierta y laparoscópica, mostrando resultados muy similares en el seguimiento a 5 años pero con menor frecuencia de eventos adversos, menor tasa de síntomas nuevos de urgencia y disfunción miccional. Si se encontró un riesgo más alto de perforación vesical, comparado con colposuspensión laparoscópica y abierta (nivel de evidencia I)


Específicamente hablando de las vías de colocación del cabestrillo, se encuentra que las pacientes sometidas a inserción de cabestrillo por vía transobturador, tenían menor riesgo de perforación de vejiga y disfunción miccional, comparado con la colocación por vía retropúbica (nivel de evidencia I).

Los grados de recomendación, se encuentran en el algoritmo de manejo quirúrgico de pacientes con incontinencia urinaria.

OTROS TRATAMIENTOS

Inyección de toxina botulínica intresvesical.

La inyección intravesical de toxina botulínica A (BoNTA) en la pared de la vejiga se está utilizando cada vez más para tratar la incontinencia urinaria de urgencia en las mujeres adultas que no han respondido al tratamiento no quirúrgico. También se está utilizando para hombres con incontinencia urinaria de urgencia, aunque hay menos evidencia de la efectividad. Aun no se tiene claridad sobre la dosis a utilizar, sin embargo se ha encontrado que dosis entre 100 a 300 U, son más efectivas que el placebo en la mejoría de la incontinencia urinaria de urgencias (nivel de evidencia I). Se ha encontrado

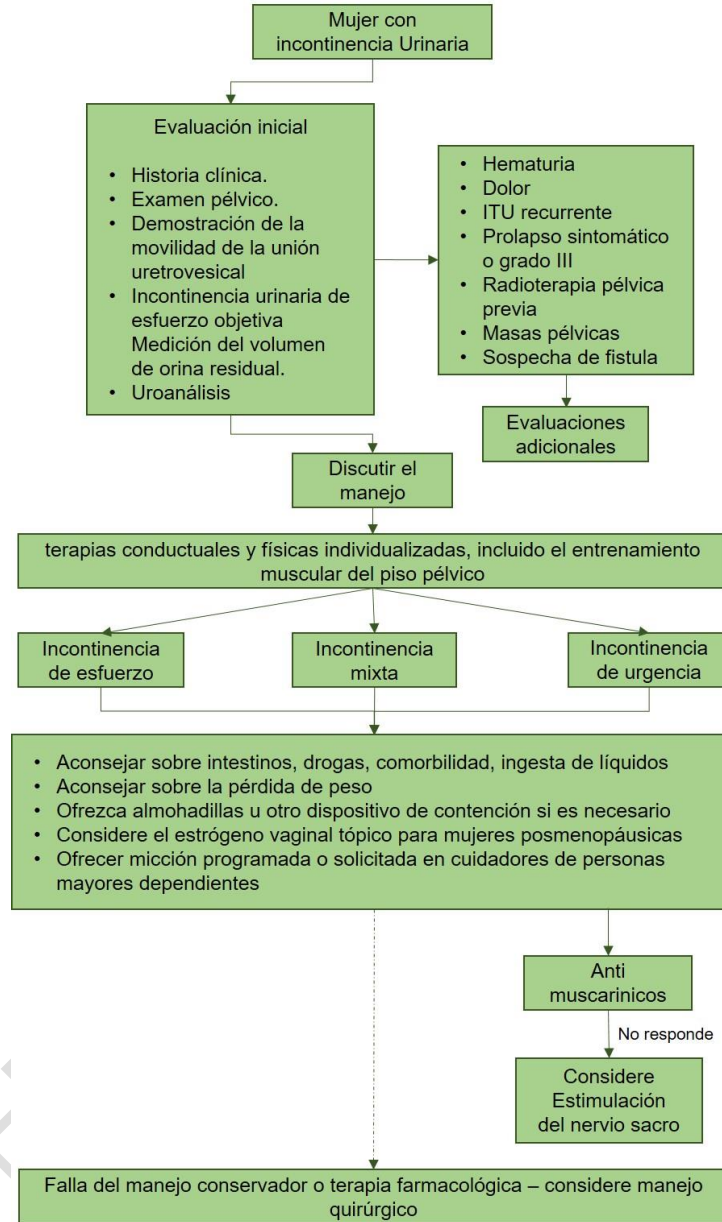
	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 19 de 25

que aumenta el riesgo de ITU y de residuo post miccional, lo que incluso puede llegar a requerir cateterismo intermitente.

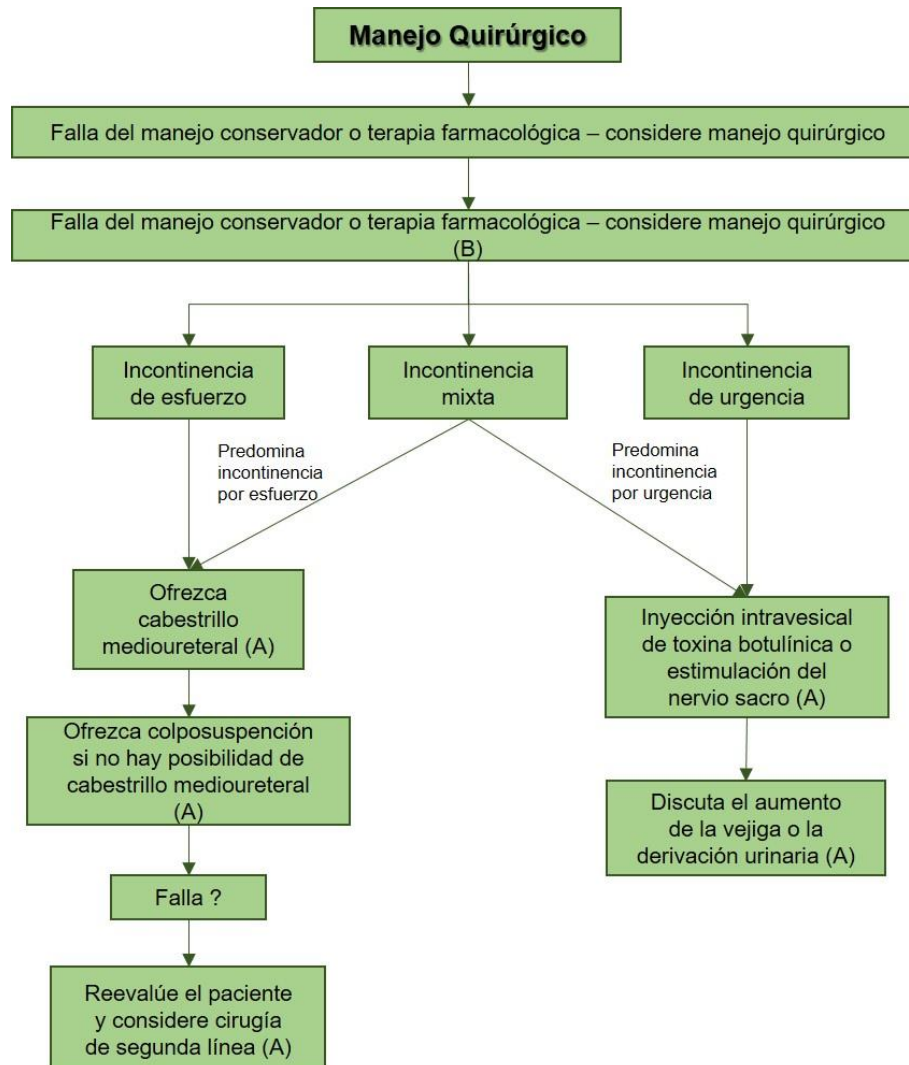
Estimulación del nervio sacro

La estimulación del nervio sacro consiste en la implantación de un neuroestimulador en dos fases, una inicial de prueba, y si responde adecuadamente, se realiza la implantación del dispositivo definitivo. Esta medida ha demostrado ser más efectiva que continuar con el manejo conservador cuando este ya ha fallado en la incontinencia urinaria de urgencia.

MANEJO MÉDICO DE INCONTINENCIA URINARIA



MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA



COMPLICACIONES DEL MANEJO INTERVENSIONISTA HABITUALES:

Las complicaciones son poco comunes y generalmente leves, pero pueden abarcar:

- Desgaste de materiales colocados durante la cirugía, como un cabestrillo o un esfínter artificial
- Fístulas o abscesos
- Irritación de la vagina (vulva)
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Ruptura y úlceras cutáneas en personas que no pueden bajarse de la cama o una silla
- Olores desagradables
- Infecciones urinarias
- Flujo vaginal

Esta afección puede limitar las actividades sociales, carreras y relaciones personales.

RECOMENDACIONES ADICIONALES:

La ingesta adecuada de líquidos es fundamental para el correcto funcionamiento del aparato urinario. Aproximadamente un adulto requiere una ingesta de líquidos de 6-8 vasos al día (aproximadamente de 1.500 cc a 2.000 cc), incluyendo todo tipo de bebidas y el agua contenida en los alimentos.


Debe limitar la ingesta de líquidos algunas horas antes de dormir.

La restricción severa de líquidos para evitar los síntomas de incontinencia, sobre todo en personas mayores, es una práctica que produce un aumento de la concentración de la orina y puede aumentar los síntomas irritativos al orinar por irritación de la vejiga. También favorece la aparición de estreñimiento.

Algunos alimentos y bebidas pueden irritar la vejiga y producir un incremento en la frecuencia e incontinencia de urgencia. Algunas personas observan que al eliminar esos alimentos de su dieta mejoran los síntomas de la vejiga. Destacamos como irritantes: las comidas muy condimentadas, los cítricos y sus zumos, los productos elaborados a base de tomate, los edulcorantes artificiales y las bebidas gaseosas (incluso aquellas sin cafeína).


El alcohol, además de ser un agente irritante para la vejiga, aumenta el riesgo de incontinencia debido a que la urgencia para miccionar puede ser más intensa y difícil de controlar.

Las bebidas con cafeína (café, té, bebidas de cola) pueden incrementar la frecuencia urinaria y producir urgencia para orinar. Incluso el café y el té descafeinado generalmente contienen pequeñas cantidades de cafeína. Están disponibles muchas variedades de infusiones de hierbas y bebidas de

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 23 de 25

cereales que pueden sustituir el café. El chocolate contiene cafeína, así como algunos medicamentos que se emplean para aliviar los síntomas de dolor de cabeza, sinusitis o alergias.

PROPIEDAD INTELECTUAL C.A.S.A

	INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Adaptadas de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Código: E-GCC-G-019
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 24 de 25

BIBLIOGRAFÍA

- Practice Bulletin No. 155 Summary: Urinary Incontinence in Women. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015;126(5). Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2015/11000/Practice_Bulletin_No__155_Summary__Urinary.45.aspx
- American Urogynecologic Society and American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion: Evaluation of Uncomplicated Stress Urinary Incontinence in Women Before Surgical Treatment. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [Internet]. 2014;20(5). Disponible en: http://journals.lww.com/jpelvicsurgery/Fulltext/2014/09000/Committee_Opinion__Evaluation_of_Uncomplicated.3.aspx
- Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, Bosch J, Cruz F, Lemack GE, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Arnh Neth Eur Assoc Urol*. 2016;
- Lucas MG, Bosch R JL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *Actas Urol Esp Engl Ed*. 2013;37(8):459-72.
- Qaseem A, Dallas P, Forcica M, et al. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: A clinical practice guideline from the american college of physicians. *Ann Intern Med*. 16 de septiembre de 2014;161(6):429-40.
- Biart IC, Torres JDCM, Delgado JÁG, Valdés-Prado MR. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. *Rev Cuba Urol*. 2016;5(2):14-24.
- Takahashi S, Takei M, Nishizawa O, Yamaguchi O, Kato K, Gotoh M, et al. Clinical guideline for female lower urinary tract symptoms. *LUTS Low Urin Tract Symptoms*. 2016;8(1):5-29.
- McClurg D, Pollock A, Campbell P, Hazelton C, Elders A, Hagen S, et al. Conservative interventions for urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016;(9). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012337>
- Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2013;347. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f6392.full.pdf>
- Lins S, Hayder-Beichel D, Kunath F, Cartwright R, Motschall E, Antes G, et al. Pelvic floor muscle training versus other active treatments for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014;(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007173.pub3>
- Rahn DD, Ward RM, Sanses TV, Carberry C, Mamik MM, Meriwether KV, et al. Vaginal estrogen use in postmenopausal women with pelvic floor disorders: systematic review and practice guidelines. *Int Urogynecology J*. 2015;26(1):3-13.

CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Octubre 2014	Adopción guía de Manejo medico de Ginecología	Director Médico	Director Médico	Comité de Calidad
002	Noviembre 2017	Actualización guía de Manejo medico de Ginecología	Coordinador Tecnocientífico	Comité de Gestión de Guías	Comité de Guías.