

## 4.3

# INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

**Mauricio Gómez Londoño**

Ginecólogo y Obstetra  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Uroginecología y Piso Pélvico

### RESUMEN

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, causada por una variedad de agentes que causan un marcado deterioro en la calidad de vida. La identificación de los factores de riesgo y el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado, redundan en una mejoría sustancial de la calidad de vida de la mujer. El objetivo de esta revisión es señalar esos factores de riesgo, el enfoque y las diferentes opciones de tratamiento para esta patología.

#### Introducción

La incontinencia urinaria femenina, es una condición muy frecuente. En mujeres jóvenes, hasta el 25% tienen algún grado de incontinencia<sup>(1)</sup>; alrededor del 50% de las mujeres de mediana edad y postmenopáusicas<sup>(2)</sup> padecen de esta condición y por encima del 75% las mujeres mayores<sup>(3,4)</sup> tienen algún grado de pérdida involuntaria de orina. Los costos estimados directos en los Estados Unidos son alrededor de 19.5 billones de dólares anuales<sup>(5)</sup>. Además, es una causa importante (alrededor del 6%) de internación en hogares geriátricos, lo que aumenta de una manera importante los costos.<sup>(6)</sup>

A pesar de lo frecuente de la patología, muchas mujeres no consultan, o por temor o por vergüenza. Se estima que solo el 50% de las mujeres buscan ayuda

profesional por esta condición<sup>(7)</sup>. Por esta razón, el médico debe diseñar un interrogatorio dirigido a la búsqueda de esta condición, con el fin de identificar a las pacientes que se benefician de un tratamiento que no siempre es quirúrgico.

#### Etiología

La incontinencia urinaria puede ser causada por una variedad de factores. Tipos de Incontinencia

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo
2. Incontinencia urinaria de urgencia
3. Incontinencia urinaria mixta
4. Otros tipos de incontinencia

La evaluación correcta y la consideración de los subtipos, es importante para el enfoque y el adecuado tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de vida de la mujer<sup>(8)</sup>. Según el grado y la severidad de los síntomas, la mujer puede seleccionar

tratamientos, desde el menos invasivo, hasta el más complejo. La mayoría de las mujeres toleran mejor la incontinencia urinaria de esfuerzo que la urgencia miccional y la incontinencia de urgencia<sup>(9,10)</sup>

#### Evaluación Ambulatoria Básica

Una evaluación básica, es la primera y más importante aproximación a la paciente con incontinencia urinaria. Debe incluir una historia clínica completa, valorando condición urinaria, fecal y sexual. Además, la severidad de síntomas y discutir los objetivos del tratamiento. Se debe tener un tamizaje de infección urinaria y una valoración del residuo post miccional. También una simple prueba de la tos es útil en la valoración ambulatoria inicial. Usualmente, este enfoque inicial es suficiente para iniciar parte del tratamiento.

### Evaluación Adicional

#### Estudio Urodinámico:

Este estudio se refiere a una serie de pruebas para valorar el funcionamiento del tracto urinario, con la medición de ciertos parámetros que tienen por objetivo valorar y entender el funcionamiento del tracto urinario inferior, con el fin de dirigir adecuadamente el tratamiento en las pacientes que lo ameritan.

Básicamente comprende: Pregunta urodinámica, cartometría libre, cistometría de llenado, curva flujo presión, medidas de función uretral (incluye perfiles de presión uretral y presión de fuga uretral)<sup>(11,12,13,14)</sup>. La Electromiografía es un estudio donde se valora la función neuromuscular de los músculos pélvicos y del esfínter uretral durante el vaciamiento. Debe ser realizado por personal entrenado y con indicaciones precisas, con el fin de realizar interpretaciones puntuales según la condición de la paciente.

### Uretrocistoscopia

No es de uso rutinario en la valoración de la paciente con incontinencia urinaria, pero debe ser considerada cuando la incontinencia urinaria femenina está asociada con hematuria microscópica, incontinencia urinaria de urgencia refractaria, infección urinaria recurrente o sospecha de fístulas o cuerpos extraños luego de procedimientos ginecológicos.

### Opciones de Tratamiento

Existen diversas opciones de tratamiento, desde los conservadores hasta las opciones quirúrgicas.

Siempre se debe iniciar por las opciones conservadoras<sup>(15)</sup>. Estas incluyen: Rehabilitación del piso pélvico, modificaciones del estilo de vida y del comportamiento, pesarios y tratamiento farmacológico.

Las opciones quirúrgicas incluyen: Procedimientos anti-incontinencia, como agentes abultantes uretrales, colpo-suspensión retropúbica, cabestrillos de fascia autóloga y los cabestrillos de uretra media, que actualmente se consideran como el estándar de oro en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos incluyen

sangrado, infección, lesión visceral, vascular, fístulas e infecciones urinarias. La disfunción del vaciamiento es una condición crónica que puede estar asociada con la colpo-suspensión tipo Burch y los cabestrillos sub-uretrales.

Debido a que las opciones de tratamiento varían de acuerdo a la severidad de la patología, a las condiciones mórbidas de la paciente y a las expectativas que tenga la paciente para su propia situación, se debe individualizar cada uno de los casos y con base en esto, determinar el tratamiento que mejor se adapte para su manejo específico.

### Consideraciones Clínicas y Recomendaciones

La valoración ambulatoria básica debe incluir al menos 6 pasos, así:

- 1 Historia,
- 2 Uroanálisis,
- 3 Examen físico,
- 4 Demostrar incontinencia urinaria,
- 5 Valorar la movilidad uretral,
- 6 Medición del residuo post miccional.

### Historia

Se debe determinar el tipo de incontinencia (esfuerzo, urgencia o mixta), tiempo de evolución, eventos que la precipitan, ingestión de líquidos, diario miccional, uso de absorbentes, cambios en su calidad de vida debido a la condición. Identificar si existe disfunción del vaciamiento (potencia del chorro urinario, vaciamiento incompleto, disuria).<sup>(15)</sup>

También es muy importante obtener la historia de antecedentes quirúrgicos pélvicos y de otras patologías y medicamentos que pueden afectar el cuadro clínico. Las enfermedades neurológicas pueden tener impacto en la función uro-ginecológica. No olvidar la valoración de la condición anorectal y sexual.<sup>(15)</sup>

### Examen Físico

El principal objetivo del examen físico es descartar otros tipos de incontinencia, así: Descartar leucorreas abundantes como confusión para incontinencia urinaria, divertículos o fístulas vesico-vaginales o

uretero-vaginales. La presencia de uréter ectópico. La realización del POP Q.<sup>(15,16,17)</sup> (Pelvic Organ Prolapse Quantification System, donde se valora y cuantifica el grado de prolapso de órganos pélvicos), con el fin de descartar incontinencia urinaria oculta.<sup>(18)</sup>

Todas las pacientes deben ser valoradas con examen bimanual, se debe evaluar la fuerza de los músculos del piso pélvico, la sensibilidad.<sup>(19)</sup>

Debe realizarse el examen rectal para descartar impactación fecal, el tono del esfínter, fístulas, tumores, hemorroides. La valoración neurológica básica siempre debe estar presente, con el fin de descartar condiciones neurológicas que afecten la función urogenital.<sup>(20)</sup>

### Demostración de Incontinencia de Esfuerzo

La pérdida urinaria a través de la uretra, debe ser demostrada antes de la paciente ser sometida a algún procedimiento. Es importante durante la valoración clínica que esto suceda y, si no es posible, demostrar la incontinencia, incluso con la realización de una cistometría simple en el consultorio; además, en estos casos la paciente debe ser llevada a una Urodinamia multicanal.<sup>(15)</sup> Algunos médicos solicitan a la paciente que, al llegar al consultorio, tengan deseo miccional. Otros consideran más importante la realización de la prueba con vejiga vacía, lo que indica un componente de incontinencia más severa.

### Valoración de Hipermotilidad Uretral

Se realiza la prueba del Q TIP, donde se valora el movimiento del aplicador (puesto en la uretra, sometido a la maniobra de Valsalva), interpretándose como positiva si es mayor a 30°.<sup>(21)</sup>

La ausencia de movilidad uretral, con los tratamientos normales, tienen casi 2 veces más fracasos.<sup>(22)</sup> Pacientes que tienen poca movilidad uretral, deben tener otras opciones de manejo diferentes a las usuales.

### **Medición de Residuo Post Miccional (Rpm)**

La presencia de RPM elevado (>150 cc) indica disfunción del vaciamiento o retención crónica. Este puede ser evaluado a través de cateterismo vesical o con ecografía. Si existe una medición alterada, debe ser realizada una nueva, donde se compruebe que persiste elevado.

### **Indicaciones de Urodinamia Multicanal**

No todas las pacientes que tiene diagnóstico de incontinencia urinaria obligatoriamente, deben ser sometidas a una Urodinamia.<sup>(11)</sup> La Urodinamia tiene indicaciones tales como: Diagnóstico no claro de incontinencia urinaria, pacientes con antecedentes quirúrgicos uro-ginecológicos, pacientes con recidiva de incontinencia urinaria, antecedentes de radioterapia pélvica, incontinencia urinaria mixta. La decisión de realizar o no el estudio urodinámico debe estar basado en el conocimiento y la experiencia en uro-ginecología y cirugía reconstructiva del piso pélvico.

### **Uso de Pesarios en Incontinencia Urinaria**

La efectividad de los pesarios solos en incontinencia urinaria es pobre a largo plazo. Solo el 50% de las pacientes refieren estar satisfechas con el resultado. Cuando el tratamiento de prolapso e incontinencia de esfuerzo pura o mixta se combina con rehabilitación del piso pélvico, esta puede mostrar mejorías hasta del 75%<sup>(23)</sup> Esta opción no quirúrgica tiene su papel importante en pacientes que no desean procedimientos quirúrgicos o que tienen contraindicación para la realización de estos.

### **La Modificación del Estilo de Vida**

El reentrenamiento vesical<sup>(24, 25)</sup>, la disminución en la ingesta de líquidos, (menos de 2 litros diarios), la pérdida de peso, tienen un papel importante en la mejoría de la pérdida urinaria<sup>(26,27,28)</sup>, así como la rehabilitación del piso pélvico, con mejorías reportadas hasta el 50%<sup>(23, 29,30,31)</sup>

### **Tratamiento Farmacológico**

Actualmente la evidencia soporta únicamente efectividad del tratamiento farmacológico en la incontinencia urinaria de urgencia. (Con antimuscarínicos, beta agonistas, estrógenos y toxina botulínica). El tratamiento con medicamentos para la incontinencia urinaria de esfuerzo es menos efectivo y en general no es recomendado.

### **Antimuscarínicos:**

Son recomendados después de iniciado el manejo con cambios del estilo de vida, la rehabilitación del piso pélvico o de ambos. Actúan a través del bloqueo de los receptores M2 y M3.

Tienen reportes de mejoría en la disminución de la urgencia y mejoría en la incontinencia de urgencia con efectos modestos<sup>(32,33)</sup>. Tienen alta tasa de suspensión debido a los efectos secundarios como boca seca. Algunos de los Antimuscarínicos disponibles son, oxibutinina, tolterodina, darifenacina.

### **Betaagonistas**

El mirabegron activa los receptores beta 3 en el detrusor, lo que permite que el músculo se relaje, aumentando la capacidad vesical. Tiene efectividad en disminuir la urgencia y la incontinencia de urgencia con menos efectos secundarios. No está aún disponible en Colombia<sup>(34)</sup>

### **Toxina Botulínica**

Es una neurotoxina potente que inyectada en el músculo detrusor, produce relajación de este, aumentando la capacidad vesical. Puede requerir repetición de las inyecciones intra detrusor cada 3, 6 o 12 meses y existe hasta un 33% de riesgo de retención urinaria por lo cual se requiere que la paciente tenga en cuenta que puede requerir cateterización hasta 5%

### **Neuromodulación**

Es la aplicación de estímulos eléctricos bien sea en raíces sacras (neuromodulación central o sacra), o a través de electrodos de superficie, o percutáneo, en la neuromodulación periférica. Se obtiene la modificación del funcionamiento de la vejiga con esta

estimulación eléctrica. Este estímulo modula los reflejos y mejora los eventos de urgencia y de incontinencia de urgencia.<sup>(35,36)</sup>

### **Estrógenos**

Los estrógenos tópicos tienen beneficio para la disminución de los síntomas urinarios bajos e irritativos secundarios al síndrome urogenital post menopáusico, debido a la numerosa cantidad de receptores estrogénicos localizados en esta zona y que están depletados de estrógenos en la post menopausia.

### **Agentes Abultantes Uretrales**

Numerosos agentes inyectados trans y periuretrales han sido usados con el fin de coaptar la luz uretral para evitar la pérdida de orina.

Es un procedimiento relativamente poco invasivo y tienen su indicación en pacientes con falla a tratamientos previos, pacientes con uretras fijas o pacientes que por su edad y condición de salud no pueden ser llevadas a cirugía.<sup>(37)</sup> Son menos efectivos y pocas veces se utilizan como tratamiento inicial.

El tratamiento quirúrgico está indicado en mujeres en las cuales el tratamiento conservador ha fallado o en las que deseen que sea la primera elección. El tratamiento quirúrgico es más efectivo que el tratamiento conservador, pero tiene riesgos y posibles complicaciones.

Actualmente los cabestrillos sintéticos medio uretrales se consideran el principal tratamiento quirúrgico para la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina.<sup>(38)</sup> Los cabestrillos pueden ser colocados retropúbicos o transobturadores, con resultados similares a corto y largo plazo. Difieren las complicaciones a corto y largo plazo, por lo cual el entrenamiento y la decisión a la hora de elegir la técnica quirúrgica puede hacer la diferencia en la elección.

Los minicabestrillos, han demostrado tener menos efectividad que los retropúbicos y los transobturadores.<sup>(39,40,41)</sup>

## Bibliografía

1. Carls C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the midwest: implications for education and prevention. *Urol Nurs* 2007;27:21–24. 39. (Level III).
2. KinchenKS, LeeJ, FiremanB, et al. The prevalence, burden, and treatment of urinary incontinence among women in a managed care plan. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16:415–422. (Level II-3).
3. BoyingtonJE, HowardDL, Carter-EdwardsL, et al. Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States. *Nurs Res* 2007;56:97–107. (Level II-3).
4. Shamliyan T, Wyman J, Kane RL. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in adult women: diagnosis and comparative effectiveness. *Comparative Effectiveness Reviews No. 36*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. Available at: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=1021&pageaction=displayproduct>. Retrieved July 22, 2015. (Meta-analysis).
5. Morrison A, Levy R. Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. *Value Health* 2006;9:272–274. (Level II-3).
6. Anger JT, Saigal CS, Madison R, et al. Increasing costs of urinary incontinence among female Medicare beneficiaries. *Urologic Diseases of America Project. J Urol* 2006;176:247–251. discussion 251. (Level III).
7. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol* 2007;177:680–684. (Level III).
8. Irwin DE, Milsom I, Chancellor MB, et al. Dynamic progression of overactive bladder and urinary incontinence symptoms: a systematic review. *Eur Urol* 2010;58:532–543. (Level III).
9. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, et al. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int* 2008;101:1388–1395. (Level II-3).
10. Wagner TH, Hu TW, Bentkover J, et al. Health-related consequences of overactive bladder. *Am J Manag Care* 2002;8:S598–S607. (Level II-3).
11. Rosier PF, Gajewski JB, Sand PK, et al. Executive summary: The International Consultation on Incontinence 2008–Committee on: “Dynamic Testing”; for urinary incontinence and for fecal incontinence. Part 1: Innovations in urodynamic techniques and urodynamic testing for signs and symptoms of urinary incontinence in female patients. *International Consultation on Incontinence 2008 Committee on Dynamic Testing. Neurourol Urodyn* 2010;29:140–145. (Level III).
12. Nager CW, Sirls L, Litman HJ, et al. Baseline urodynamic predictors of treatment failure 1 year after mid urethral sling surgery. *Urinary Incontinence Treatment Network. J Urol* 2011;186:597–603. (Level II-3).
13. Lowenstein L, Dooley Y, Kenton K, et al. The volume at which women leak first on urodynamic testing is not associated with quality of life, measures of urethral integrity or surgical failure. *J Urol* 2007;178:193–196. (Level II-3).
14. Albo M, Wruck L, Baker J, et al. The relationships among measures of incontinence severity in women undergoing surgery for stress urinary incontinence. *Urinary Incontinence Treatment Network. J Urol* 2007; 177:1810–1814. (Level II-3).
15. Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. *Committee Opinion No. 603. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2014;123:1403–1407. (Level III).
16. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10–17. (Level III).
17. Pelvic organ prolapse. *ACOG Practice Bulletin No. 85. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2007;110:717–729. (Level III).
18. Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, et al. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *Pelvic Floor Disorders Network. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:607–614. (Level I).
19. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2010;21:5–26. (Level III).
20. Blaivas JG, Zayed AA, Labib KB. The bulbocavernosus reflex in urology: a prospective study of 299 patients. *J Urol* 1981;126:197–199. (Level II-3).
21. Zyczynski HM, Lloyd LK, Kenton K, et al. Correlation of Q-tip values and point Aa in stress-incontinent women. *Urinary Incontinence Treatment Network (UITN). Obstet Gynecol* 2007;110:39–43. (Level II-3).
22. Richter HE, Litman HJ, Lukacz ES, et al. Demographic and clinical predictors of treatment failure one year after midurethral sling surgery. *Urinary Incontinence Treatment Network. Obstet Gynecol* 2011;117: 913–921. (Level I).
23. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Pelvic Floor Disorders Network. Obstet Gynecol* 2010;115:609–617. (Level I).

24. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265:609–613. (Level I).
25. Wallace SA, Roe B, Williams K, et al. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 1. Art. No.: CD001308. DOI: 10.1002/14651858.CD001308.pub2. (Level III).
26. Alling Møller L, Lose G, Jørgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol* 2000;96: 446–451. (Level II-3).
27. Brown JS, Seeley DG, Fong J, et al. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol* 1996;87:715–721. (Level II-3).
28. Subak LL, Wing R, West DS, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. PRIDE Investigators. *N Engl J Med* 2009; 360:481–490. (Level I).
29. Helan S, Kanaya AM, Subak LL, et al. Weight loss prevents urinary incontinence in women with type 2 diabetes: results from the Look AHEAD trial. Look AHEAD Research Group. *J Urol* 2012;187:939–944. (Level I).
30. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, et al. Caffeine and urinary incontinence in US women. *Int Urogynecol J* 2013;24:295–302. (Level II-3).
31. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Habée-Séguin GM. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, Issue 5. Art. No.: CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub3. (Level III).
32. Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, et al. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 12. Art. No.: CD009508. DOI: 10.1002/14651858.CD009508. (Meta-analysis).
33. Shamliyan T, Wyman JF, Ramakrishnan R, et al. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;156:861–874. W301–10. (Meta-analysis).
34. Reynolds WS, McPheeters M, Blume J, et al. Comparative effectiveness of anticholinergic therapy for overactive bladder in women: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2015;125:1423–1432. (Meta-analysis).
35. Sanford M. Mirabegron: a review of its use in patients with overactive bladder syndrome. *Drugs* 2013;73:1213–1225. (Level III).
36. Koldewijn EL, Rosier PF, Meuleman EJ, et al. Predictors of success with neuromodulation in lower urinary tract dysfunction: results of trial stimulation in 100 patients. *J Urol* 1994;152:2071–2075. (Level I).
37. Janknegt RA, Hassouna MM, Siegel SW, et al. Long-term effectiveness of sacral nerve stimulation for refractory urge incontinence. *Eur Urol* 2001; 39:101–106. (Level II-3).
38. Zullo MA, Ruggiero A, Montera R, et al. An ultra-mini-invasive treatment for stress urinary incontinence in complicated older patients. *Maturitas* 2010;65:292–295. (Level III).
39. American Urogynecologic Society, Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction. Position statement on mesh midurethral slings for stress urinary incontinence. Washington, DC: AUGS; Schaumburg (IL): SUFU; 2014. Available at: <http://www.augs.org/p/cm/ld/fid=599>. Retrieved July 22, 2015. (Level III).
40. Schimpf MO, Rahn DD, Wheeler TL, et al. Sling surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis. Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:71.e1–71.e27. (Meta-analysis).
41. Abdel-Fattah M, Ford JA, Lim CP, et al. Single-incision mini-slings versus standard midurethral slings in surgical management of female stress urinary incontinence: a meta-analysis of effectiveness and complications. *Eur Urol* 2011;60:468–480. (Meta-analysis).