



XXXIII Curso de actualización

Ginecología y obstetricia

2025



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Enfoque y manejo médico de la incontinencia urinaria de urgencia en la mujer

Heleodora Pandales Pérez

Ginecóloga y obstetra, Universidad de Antioquia

Entrenada en uro- ginecología y piso pélvico

Coordinadora unidad de piso pélvico Clínica del Prado.

Laura Camila Molina Barrera

Residente de Ginecología y Obstetricia

Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia.

Enfoque y manejo médico de la incontinencia urinaria de urgencia en la mujer

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es un trastorno frecuente que impacta negativamente la calidad de vida de quienes la padecen. La Sociedad Internacional de Continencia (ICS, por sus siglas en inglés) define la IU como la queja de pérdida involuntaria de orina, lo que puede manifestarse tanto como síntoma, cuando es referido por la paciente, o como signo, cuando es evidenciado durante la exploración clínica (1).

La incontinencia urinaria se clasifica en tres tipos principales: de esfuerzo (IUE), cuando hay pérdida involuntaria de orina durante actividades que aumentan la presión intraabdominal, como toser, estornudar o hacer ejercicio; de urgencia (IUU), necesidad repentina e intensa de orinar, difícil de posponer, y suele estar relacionada con la hiperactividad del músculo detrusor; y mixta (IUM), cuando combina síntomas de ambas, con pérdidas tanto por esfuerzo físico como por urgencia miccional (2).

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) representa un desafío clínico particular debido a su relación con la vejiga hiperactiva (VHA) y la afectación funcional y emocional que conlleva. Su prevalencia varía según la población y la metodología utilizada, con tasas reportadas entre el 10 % y el 31,1 % en Estados Unidos, mientras que en Colombia se ha reportado tasas del 26 %, más frecuente en mayores de 65 años (3). Además, la IUU puede ocasionar complicaciones que afectan la calidad de vida, como infecciones urinarias, problemas cutáneos debido a la humedad constante y un impacto psicológico significativo, incluida depresión y ansiedad. Sus factores de riesgo incluyen obesidad y síndrome metabólico, que aumentan la probabilidad de su desarrollo, además de factores vasculares como hipertensión y antecedentes de eventos cerebrovasculares, que pueden contribuir a la hiperactividad vesical. La diabetes también juega un papel importante al afectar la función neuromuscular de la vejiga, al igual que la edad avanzada, ya que su incidencia es mayor en mujeres mayores de 60 años (4).

El tratamiento de la IUU sigue un enfoque escalonado, comienza con modificaciones conductuales, fisioterapia, continúa con farmacoterapia y, en casos más severos, algunos procedimientos e intervenciones quirúrgicas. Este artículo revisa el enfoque clínico y las opciones terapéuticas disponibles para la IUU, con el objetivo de proporcionar herramientas prácticas para la consulta

médica general y ginecológica, optimizar la calidad de vida de las pacientes y reducir la carga que supone este trastorno tanto para ellas y sus familias como para los sistemas de salud.

Diagnóstico de la IUU

El diagnóstico de la IUU se realiza mediante una evaluación clínica detallada que incluye historia clínica, examen físico y estudios complementarios. La historia clínica debe enfocarse en la presencia de pérdida de orina asociada con una urgencia repentina e incontrolable de orinar. Habitualmente preguntamos sobre los hábitos de tabaquismo y consumo de alcohol y café, bebidas carbonatadas, dulces, ácidos y picantes, ya que se han asociado con síntomas del tracto urinario inferior. Se ha postulado que el consumo de cafeína exacerba la incontinencia urinaria debido a sus efectos estimulantes del músculo liso y diuréticos (5). Se recomienda el uso de cuestionarios validados y diarios miccionales para evaluar los síntomas y su impacto en la calidad de vida de la paciente y además evaluar la respuesta a los tratamientos. Estos instrumentos ayudan a diferenciar entre los tipos de incontinencia y a cuantificar la frecuencia y severidad de los episodios. Un diario miccional de 2 a 3 días puede proporcionar información valiosa sobre los patrones de micción y la ingesta de líquidos (6).

En el examen físico debe evaluarse la integridad de los músculos del suelo pélvico, la atrofia vaginal, las masas pélvicas, la retención y la pérdida urinaria, y el prolapsode los órganos pélvicos. No es necesario un examen neurológico detallado en la evaluación inicial de todas las mujeres con incontinencia, a menos que las pacientes presenten un inicio repentino de IUU o síntomas neurológicos de nueva aparición.

El análisis de orina es una parte esencial del diagnóstico inicial para descartar infecciones del tracto urinario u otras condiciones que puedan contribuir a los síntomas. En casos seleccionados, se pueden considerar estudios adicionales como la cistoscopia, ecografía abdominal o de vías urinarias y la urodinamia, esta última, útil para confirmar la hiperactividad del detrusor, característica de la IUU. Sus indicaciones son (6):

1. Incertidumbre diagnóstica: Si después de la evaluación inicial persiste la duda del diagnóstico, la urodinamia puede ser útil para descartar otras patologías del tracto urinario inferior.

Ginecología y obstetricia

2025



2. Síntomas mixtos o atípicos: En pacientes con incontinencia mixta o síntomas de vaciado obstructivo.
3. Respuesta inadecuada al tratamiento: Pacientes con falla a los tratamientos conservadores.
4. Trastornos neurológicos.

Diagnósticos diferenciales:

Es importante que el profesional de la salud tenga en cuenta condiciones asociadas a la IUU o entidades que pueden desencadenarla, entre las cuales se encuentran (7):

- **Vejiga hiperactiva (OAB):** síndrome de síntomas que se caracteriza por la urgencia urinaria, generalmente acompañada de frecuencia y nocturia, su diagnóstico se basa en la historia clínica y los síntomas predominantes.
- **Cistitis intersticial/síndrome de dolor vesical (IC/BPS):** Esta condición puede presentar síntomas similares a la IUU, pero se distingue por la presencia de dolor pélvico o vesical. Las pruebas urodinámicas pueden ayudar a diferenciar entre IC/BPS y UUI.
- **Infecciones del tracto urinario (ITU):** Las ITU pueden causar urgencia y frecuencia urinaria, pero generalmente se acompañan de síntomas adicionales como disuria y malestar general.
- **Anomalías anatómicas:** Condiciones como divertículos uretrales, prolalpo de órganos pélvicos o miomas que presionan la vejiga pueden causar síntomas de incontinencia y deben ser consideradas, especialmente si los síntomas son atípicos o no responden al tratamiento estándar.
- **Medicamentos:** los diuréticos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los anticolinesterasa (manejo del Alzheimer) y los estimulantes alfa-adrenérgicos (pseudoefedrina) han mostrado una relación significativa con la incontinencia urinaria de urgencia.

Tratamiento

Las opciones de tratamiento para la incontinencia urinaria incluyen el tratamiento conservador, los medicamentos y la cirugía. Independientemente del tipo de incontinencia

urinaria, se recomienda siempre iniciar por los tratamientos conservadores, los cuales incluyen modificaciones del estilo de vida, ejercicios de los músculos del suelo pélvico y el entrenamiento vesical mediante la micción programada (8).

Terapia de primera línea

La terapia conductual es la primera línea de tratamiento para la IUU. La Asociación Europea de Urología (EAU) sugiere una recomendación fuerte para el entrenamiento de la vejiga para la IUU y IUM, y la micción inducida en pacientes con deterioro cognitivo. Otras guías, como las de la Asociación Americana de Urología (AUA)/SUFU y el Comité Internacional de Continencia (ICI), respaldan esta estrategia con niveles de recomendación A y B, respectivamente (1).

- **Entrenamiento vesical:** Las pacientes cuya urgencia urinaria es provocada por una vejiga llena pueden beneficiarse de la micción programada, es decir, realizar micciones con un horario establecido. El entrenamiento vesical consiste en establecer un patrón de micción controlado, donde la mujer emplea técnicas de distracción para suprimir la sensación de urgencia entre cada visita al baño. Su objetivo es aumentar gradualmente el intervalo entre micciones y disminuir la frecuencia de episodios de urgencia. El fundamento de esta técnica radica en que la supresión consciente de los estímulos sensoriales permite restablecer el control cortical sobre una vejiga previamente desinhibida (9).
- **Pérdida de peso:** La reducción de peso en pacientes con obesidad ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar los síntomas de la incontinencia urinaria (IU), con mayores beneficios en la IUE (8). Diversas guías clínicas, incluidas las de la EAU, ICI y NICE, recomiendan la pérdida de peso en personas con sobrepeso e IU (10).
- **Ingesta de líquidos y alimentación:** Bebidas como el café, el alcohol y las bebidas azucaradas pueden exacerbar la urgencia urinaria, la frecuencia miccional y la incontinencia. La cafeína puede aumentar la contractilidad del músculo vesical, mientras que el alcohol y el exceso de líquidos pueden ejercer un efecto diurético. Aunque la restricción en la ingesta de líquidos tiene evidencia contradictoria sobre su efectividad, la EAU da una recomendación débil para restringir el consumo de líquidos, mientras que las guías NICE y AUA/SUFU sugieren ajustar la ingesta en casos de

Enfoque y manejo médico de la incontinencia urinaria de urgencia en la mujer

consumo alto (mayor a 1,8 L o 30 ml /Kg) (1).

- **Abandono del tabaquismo:** Existe una relación entre el hábito de fumar y la IU, aunque el mecanismo exacto no está completamente esclarecido. A pesar de contar con evidencia limitada de mejora en la IU, es recomendada por la EAU, ICI y NICE por sus beneficios generales sobre la salud (1).

- **Prevención del estreñimiento:** El estreñimiento crónico puede generar obstrucción vesical e impedir un vaciamiento adecuado, lo que favorece la IU. Además, el esfuerzo repetido al evacuar puede debilitar el suelo pélvico y aumentar el riesgo de incontinencia (8).

Terapia física: Las terapias físicas para la incontinencia urinaria son proporcionadas por profesionales de rehabilitación y se basan en ejercicios diseñados para mejorar el control vesical. Estas pueden incluir el uso de dispositivos de asistencia y técnicas complementarias como la biorretroalimentación y la estimulación eléctrica.

- **Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico (PFMT):** Esta es una estrategia fundamental para fortalecer y mejorar la coordinación de los músculos perineales. Consiste en la contracción y relajación voluntaria y repetitiva de estos músculos, proporcionando estabilización de la uretra y aumentando las presiones de cierre uretral. Su eficacia está ampliamente documentada en la IUE y, en menor medida, en la IUU. En mujeres con IUU, la base fisiológica del PFMT radica en la inhibición de la contracción involuntaria del músculo detrusor a través de la activación del músculo del suelo pélvico (1).

El PFMT puede ser enseñado por profesionales de rehabilitación y luego realizado por la paciente de manera independiente, con o sin supervisión. Se ha demostrado que su práctica regular mejora la fuerza, resistencia y coordinación de los músculos del suelo pélvico, y contribuir al control de la incontinencia. El protocolo más recomendado consiste en realizar 30 contracciones diarias (tres series de 10 repeticiones, manteniendo cada contracción por 10 segundos). Se recomienda realizarlo por un período mínimo de tres meses para observar resultados significativos. Se desaconseja interrumpir el flujo de orina durante los ejercicios para evitar alteraciones en la función miccional (10).

- **Biorretroalimentación:** Es una técnica que complementa el PFMT al proporcionar a la paciente información en tiempo real sobre la actividad de sus músculos del suelo pélvico. Esto se logra mediante señales visuales, auditivas o táctiles generadas a partir de dispositivos que registran la actividad muscular, como sensores de presión o ultrasonido. También pueden utilizarse conos vaginales con peso, los cuales inducen una contracción refleja del suelo pélvico para evitar su expulsión, que facilitan el fortalecimiento muscular y la sincronización con el aumento de la presión abdominal (11).

- **Estimulación Eléctrica y Magnética:** se utiliza para mejorar el tono y la sensibilidad muscular, además de modular la actividad del detrusor en mujeres con IUU. Esta técnica puede administrarse a través de electrodos implantables (neuromodulación sacra) o dispositivos no invasivos, como electrodos vaginales o percutáneos. Se ha observado que la estimulación eléctrica de baja frecuencia (<12 Hz) puede inhibir la actividad del detrusor y reducir la frecuencia miccional, para ayudar a las pacientes a recuperar el control urinario (12).

Por otro lado, la estimulación percutánea del nervio tibial posterior (PTNS) ofrece una forma de neuromodulación no invasiva que actúa sobre el plexo sacro, y contribuye a la regulación de la vejiga hiperactiva. La estimulación magnética, a su vez, ha demostrado efectos inhibitorios sobre la hiperactividad del detrusor sin necesidad de procedimientos invasivos (12).

Terapia de segunda línea

En caso de que las terapias físicas, manejo conductual y cambios en el estilo de vida de primera línea resulten ineficaces, se dispone de una serie de medicamentos para tratar la IU y su elección depende de la tolerancia del paciente, las contraindicaciones y el perfil de efectos adversos. Si bien, las pacientes pueden experimentar una mejoría significativa, el alivio completo de la urgencia es poco común, por lo cual es importante continuar estimulando las terapias de primera línea (9).

- **Antimuscarínicos:** Inhiben la acción de la acetilcolina en los receptores muscarínicos del músculo detrusor, con lo que reducen su contracción involuntaria. Todos los fármacos disponibles causan efectos adversos colinérgicos típicos, incluida sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa,

Ginecología y obstetricia

2025



somnolencia y confusión. Debido a los efectos adversos, los costos y las molestias, la adherencia al tratamiento suele ser deficiente La EUA y la AUA/SUFU recomienda preferir formulaciones de liberación prolongada por su menor tasa de efectos adversos (1).

- o **Oxitubutina:** Disponible en formulaciones oral e intradérmica. Puede causar sequedad bucal, estreñimiento y somnolencia.
- o **Tolterodina:** Similar a la oxibutinina, pero con menor incidencia de efectos adversos sistémicos.
- o **Solifenacina:** Selectiva para receptores M3, lo que mejora el perfil de efectos adversos.
- o **Darifenacina:** También selectiva para M3 y con mejor tolerabilidad.
- o **Fesoterodina:** Un profármaco con eficacia comparable a tolterodina, pero con mayor flexibilidad en la dosificación.

• **Agonistas Beta-3 Adrenérgicos:** Estos medicamentos actúan relajando el músculo detrusor mediante la estimulación de los receptores beta-3, lo que permite almacenar un mayor volumen de orina sin un aumento asociado de la presión intradetrusor y ayuda a reducir la urgencia miccional.

• **Mirabegrón:** Es el más utilizado en esta clase. Los metaanálisis han demostrado que el mirabegrón tiene una eficacia comparable a la de los anticolinérgicos disponibles, pero con una incidencia significativamente menor de sequedad bucal y estreñimiento. Los efectos secundarios del mirabegrón incluyen un ligero aumento de la presión arterial y nasofaringitis, pero en general, es mejor tolerado que la mayoría de los anticolinérgicos y presenta una buena adherencia al tratamiento. La EAU otorga una recomendación "fuerte" para el uso de mirabegrón, aunque sugiere informar a los pacientes sobre el efecto en la presión arterial. Por su parte, el NICE prioriza el costo de adquisición del medicamento y lo recomienda como alternativa únicamente cuando los antimuscarínicos están contraindicados, no son efectivos o generan efectos secundarios inaceptables (1). Ver **Tabla 1**.

• **Estrógenos vaginales:** Son recomendados en mujeres con atrofia urogenital para mejorar la irrigación sanguínea y aliviar

los síntomas del tracto urinario inferior. Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados en mujeres posmenopáusicas encontró que la administración de estrógenos vaginales se asocia con una mejoría en la IU. En contraste, la terapia hormonal sistémica ha demostrado un efecto adverso sobre la incontinencia, especialmente cuando combina estrógenos y progesterona, sin embargo, los mecanismos detrás de este impacto negativo aún no se comprenden completamente (7).

Las guías de AUA/SUFU y EAU indican que los médicos pueden considerar una terapia combinada con un antimuscarínico y un agonista de los receptores β3-adrenérgicos en pacientes que no responden adecuadamente a la monoterapia con cualquiera de estos fármacos. Es fundamental el seguimiento periódico para evaluar la eficacia del tratamiento, iniciar con la dosis más baja y ajustar la terapia según la evolución del paciente. En caso de falla terapéutica, se debe reevaluar el diagnóstico y considerar opciones de tercera línea (1).

Enfoque y manejo médico de la incontinencia urinaria de urgencia en la mujer

Tabla 1. Terapia farmacológica de segunda línea para la incontinencia urinaria de urgencia.

Medicamento	Mecanismo de acción	Dosificación	Efectos secundarios	Contraindicaciones
Oxibutina	Bloquea los receptores muscarínicos del músculo detrusor, reduciendo la contracción involuntaria.	5-10 mg 1-2 veces al día (tabletas)	Sequedad bucal, estreñimiento, visión borrosa.	Glaucoma, retención urinaria, miastenia gravis.
Tolterodina	Antagonista de los receptores muscarínicos, disminuye la actividad del detrusor.	2 mg 1-2 veces al día. Formulación de liberación prolongada: 4 mg una vez al día.	Sequedad bucal, mareos, cefaleas, desorientación.	Glaucoma, retención urinaria, enfermedad hepática severa.
Solifenacina	Bloquea los receptores muscarínicos, disminuyendo la contracción del músculo detrusor.	5 mg una vez al día, puede aumentarse a 10 mg.	Sequedad bucal, constipación, mareos.	Glaucoma, retención urinaria, obstrucción urinaria.
Darifenacina	Antagonista selectivo de los receptores muscarínicos M3, reduce la actividad del detrusor.	7,5 mg una vez al día, puede aumentarse a 15 mg.	Sequedad bucal, fatiga, estreñimiento.	Glaucoma, retención urinaria, miastenia gravis.
Fesoterodina	Prodroga que se convierte en un antagonista de los receptores muscarínicos, reduce la contracción del detrusor.	4 mg al día puede aumentarse a 8 mg.	Sequedad bucal, cefaleas, mareos.	Glaucoma, retención urinaria, obstrucción urinaria.

Continúa en la siguiente página.

Ginecología y obstetricia

2025



Tabla 1. Terapia farmacológica de segunda línea para la incontinencia urinaria de urgencia. (Continuación)

Mirabegron	Agonista beta-3 adrenérgico que relaja el músculo detrusor, aumentando la capacidad de la vejiga.	25 mg una vez al día, puede aumentarse a 50 mg.	Aumento de la presión arterial, cefaleas, sequedad bucal.	Hipersensibilidad a mirabegron, retención urinaria significativa, hipertensión no controlada.
-------------------	---	---	---	---

Terapia de tercera línea

La FDA ha aprobado tres tratamientos para mujeres con síntomas persistentes de incontinencia urinaria de urgencia (IUU), ya sea debido a una respuesta insuficiente a la terapia de primera y segunda línea o a intolerancia a la medicación. Estos tratamientos actúan mediante la modificación de la regulación neuronal e incluyen: la estimulación percutánea del nervio tibial (PTNS), la neuromodulación sacra (SNM) y la inyección intradetrusora de toxina onabotulínica A (BTX) (13).

Estimulación Percutánea del Nervio Tibial (PTNS)

La PTNS consiste en la aplicación de una corriente eléctrica al nervio tibial mediante una aguja insertada a nivel del maléolo medial, conectada a un generador de impulsos. Se realiza en consultorio, en sesiones de 30 minutos cada una, semanalmente durante 12 semanas, con posibilidad de mantenimiento cada 3 semanas en pacientes con respuesta adecuada. Su mecanismo de acción involucra la modulación de los reflejos neurales que regulan la micción. Los estudios respaldados por la industria han informado de una mejoría subjetiva del 60 % con tasas bajas de eventos adversos locales transitorios y una eficacia similar a la de los medicamentos anticolinérgicos. Sin embargo, su principal limitación es la necesidad de múltiples visitas al consultorio, lo que ha impulsado el desarrollo de dispositivos implantables para proporcionar estimulación continua. Entre sus contraindicaciones se incluyen trastornos hemorrágicos, neuropatías periféricas, presencia de marcapasos y embarazo (8).

Neuromodulación Sacra (SNM)

La SNM implica la implantación de un electrodo en el foramen S3 para estimular de forma continua la raíz nerviosa sacra. Se realiza en dos etapas: la primera consiste en un período de prueba con un generador externo para evaluar la eficacia del tratamiento; si la mejoría es ≥50 %, se procede a la implantación definitiva. Ensayos aleatorizados han demostrado una tasa de éxito del 76 % en comparación con el 49 % de la terapia anticolinérgica, con efectos sostenidos hasta por 5 años (14).

Entre las limitaciones de la SNM se encuentran la posibilidad de infecciones en el sitio quirúrgico, la necesidad de recambios periódicos de la batería (cada 3 a 5 años en dispositivos convencionales), y la contraindicación para estudios de resonancia magnética. Además de su indicación para IUU refractaria, la SNM está aprobada para el manejo de la incontinencia fecal y la retención urinaria no obstructiva (13).

Inyección de Toxina Onabotulínica A (BTX)

La inyección intradetrusora de BTX es otra alternativa de tercera línea, aprobada por la FDA en 2013 para pacientes con síntomas refractarios a los anticolinérgicos. Se administra por vía cistoscópica, generalmente con anestesia local, en dosis de 100 a 200 unidades distribuidas en aproximadamente 20 sitios del músculo detrusor. Su mecanismo de acción implica la inhibición de la liberación presináptica de acetilcolina, con lo que se reduce la hiperactividad vesical (13).

Los estudios han demostrado que la BTX es superior al placebo en la mejora de los síntomas de IUU, con una

Enfoque y manejo médico de la incontinencia urinaria de urgencia en la mujer

duración del efecto de 6 a 12 meses y eficacia comparable a la SNM a los 2 años de seguimiento. Sin embargo, presenta un mayor número de complicaciones, como infección y retención urinaria, con tasas de retención del 4 % al 10 %, y requerimiento en algunos casos de cateterismo intermitente. A pesar de estos riesgos, los beneficios de la terapia con BTX pueden mantenerse hasta 3,5 años con inyecciones repetidas (13,15).

Conclusión

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es un trastorno prevalente con un impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes. Su diagnóstico requiere una evaluación clínica detallada, apoyada en un diario miccional y, si es necesario, algunos estudios adicionales. Es fundamental diferenciar la IUU de otras condiciones asociadas o predisponentes.

El tratamiento sigue un enfoque escalonado; primero, se recomienda hacer cambios en el estilo de vida y aplicar estrategias como el entrenamiento vesical y la terapia física para fortalecer el piso pélvico. Si estas medidas no son suficientes, se pueden usar medicamentos, como los antimuscarínicos y los agonistas beta-3 adrenérgicos como las opciones más utilizadas. En casos donde los fármacos no funcionen o generen efectos adversos, se continúa con procedimientos de tercera línea. Eso sí, siempre es importante reforzar la importancia de mejorar los hábitos de vida y continuar con la terapia física.

Dado el impacto funcional, social y emocional de la IUU, el tratamiento debe adaptarse a cada mujer para lograr el mejor control de los síntomas con la menor cantidad de efectos adversos, permitiendo así mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Bibliografía

1. Sussman RD, Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. *BJU Int.* mayo de 2020;125(5):638-55.

2. Doumouchtsis SK, de Tayrac R, Lee J, Daly O, Melendez-Munoz J, Lindo FM, et al. An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. *Int Urogynecology J.* 1 de enero de 2023;34(1):1-42.
3. Plata M, Bravo-Balado A, Robledo D, Trujillo CG, Caicedo JI, Cataño JG, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in men and women over 18 years old: The Colombian overactive bladder and lower urinary tract symptoms (COBaLT) study. *Neurourol Urodyn.* 2019;38(1):200-7.
4. Pang H, Lv J, Xu T, Li Z, Gong J, Liu Q, et al. Incidence and risk factors of female urinary incontinence: a 4-year longitudinal study among 24 985 adult women in China. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* marzo de 2022;129(4):580-9.
5. Robinson D, Hanna-Mitchell A, Rantell A, Thiagamoorthy G, Cardozo L. Are we justified in suggesting change to caffeine, alcohol, and carbonated drink intake in lower urinary tract disease? Report from the ICI-RS 2015. *Neurourol Urodyn.* abril de 2017;36(4):876-81.
6. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, Enemchukwu E, Ginsberg DA, Helfand BT, et al. The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder. *J Urol.* julio de 2024;212(1):11-20.
7. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primer.* 6 de julio de 2017;3(1):1-20.
8. Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2 de septiembre de 2022;9(9):CD012337.
9. Roberts K, Mahajan S. Management of Urgency and Mixed Urinary Incontinence. *Clin Obstet Gynecol.* 1 de junio de 2021;64(2):306-13.

Ginecología y obstetricia

2025



10. Yazdany T, Jakus-Waldman S, Jeppson PC, Schimpf MO, Yurteri-Kaplan LA, Ferzandi TR, et al. American Urogynecologic Society Systematic Review: The Impact of Weight Loss Intervention on Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020;26(1):16-29.

11. Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women - Herderschee, R - 2011 | Cochrane Library. [citado 4 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009252/full>

12. Balk E, Adam GP, Kimmel H, Rofeberg V, Saeed I, Jeppson P, et al. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review Update [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 [citado 4 de febrero de 2025]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534625/>

13. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. *JAMA.* 24 de octubre de 2017;318(16):1592-604.

14. Tutolo M, Ammirati E, Heesakkers J, Kessler TM, Peters KM, Rashid T, et al. Efficacy and Safety of Sacral and Percutaneous Tibial Neuromodulation in Non-neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction and Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review of the Literature. *Eur Urol.* marzo de 2018;73(3):406-18.

15. Lo CW, Wu MY, Yang SSD, Jaw FS, Chang SJ. Comparing the Efficacy of OnabotulinumtoxinA, Sacral Neuromodulation, and Peripheral Tibial Nerve Stimulation as Third Line Treatment for the Management of Overactive Bladder Symptoms in Adults: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Toxins.* febrero de 2020;12(2):128.