GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

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

GPC

Guía de Práctica Clínica

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

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

N39.3 Incontinencia por tensión

N39.4 Otras Incontinencias Urinarias Especificadas

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

GPC

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

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

PREVENCIÓN

La prevalencia de incontinencia se incrementa durante el embarazo y al inicio del posparto. La incontinencia urinaria que inicia durante el embarazo o el posparto es un factor pronóstico de desarrollo de incontinencia en el futuro.

Los principales factores de riesgo para incontinencia son la edad materna, obesidad, recién nacidos macrosómicos, multíparas, periodo expulsivo prolongado, uso de fórceps, menopausia con atrofia urogenital.

El médico familiar, independientemente del motivo de consulta, debe identificar factores de riesgo para incontinencia urinaria; indicar modificación de estilo de vida, si es necesario, como por ejemplo disminución ponderal y capacitar a la paciente en fortalecimiento de musculos del piso pélvico.

En general en paciente primíparas y multíparas, los ejercicios del piso pélvico durante el primer embarazo reducen el riesgo de incontinencia urinaria post natal, por lo que deben ser indicados a la mujer en su primer embarazo como una estrategia preventiva.

DETECCIÓN

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

El Médico Familiar debe interrogar sobre la continencia urinaria a toda paciente que acuda a consulta y con mayor razón en aquellas que tengan factores de riesgo.(cuadro I, II, III)

DIAGNÓSTICO

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

En la evaluacion inicial de la paciente que refiere incontinencia urinaria debe descartarse infección de vias

urinarias, prolapso de órganos pélvicos e impactación fecal.
Estudios que evaluaron la exactitud de los síntomas y signos de la incontinencia urinaria comparándolos con cistometría multicanal reportan una especificidad y sensibilidad aceptable para diagnóstico inicial. No se ha demostrado que realizar estudios urodinámicos antes del tratamiento conservador mejore los resultados.
Durante la evaluación clínica inicial deberá clasificarse a la paciente, con base en su sintomatología en: IU de esfuerzo, de urgencia o mixta.
Para corroborar la pérdida de orina, en posicion ginecológica, realizar maniobra de valsalva (pujo) con la vejiga llena, se considera positiva si se observa la pérdida urinaria. Si la maniobra es negativa también se puede efectuar de pie con las piernas ligeramente separadas. Otra alternativa es que la paciente, con la vegija llena efectue algunas maniobras de aumento de presion abdominal como toser, brincar etc.
Se recomienda realizar tacto vaginal para descartar tumoraciones, prolapso de organos pelvicos, verificar el tono del esfinter anal y valorar si exite atrofia urogenital.
No existe una definición de lo que se considera como volumen urinario residual clínicamente significativo en la mujer con IU; éste deberá ser evaluado solo en mujeres que tengan datos de disfunción de vaciamiento. La sensibilidad del examen bimanual para detectar el volumen urinario residual es pobre. La medición del volumen residual pos-vaciamiento debe realizarse mediante ultrasonido vesical en mujeres con síntomas sugestivos de disfunción de vaciamiento o con infección urinaria recurrente. El uso del ultrasonido para medir orina residual requiere técnicas específicas y personal experimentado. Las pruebas de Q-tip, Bonney y Marshall no se recomiendan en la evaluación de mujeres con IU. (cuadro IV)

TRATAMIENTO

Por opinión de expertos la clasificación de IU con base en los síntomas que reporta la mujer (incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta), es confiable y suficiente para iniciar tratamiento no invasivo, o conservador. Cuando ya se estableció el diagnóstico clínico de incontinencia urinaria y se descartó comorbilidad no son necesarias más pruebas diagnósticas para iniciar el tratamiento en primer nivel de atención médica. En caso de impactación fecal indicar enema evacuante y revaloración. Se debe recomendar evitar ingesta de cafeína, consumo de tabaco y aconsejar a la mujer sobre la importancia de mantener su IMC por debajo de 30.
No debe recomendarse la disminución en la ingesta diaria de líquidos, ocasiona incremento de la frecuencia miccional y sobreactividad del detrusor, lo que empeora la incontinencia.
Aconsejar evitar o dismininuir el esfuerzo físico que incremente la presion intra abdominal, mientras se realiza el tratamiento conservador, evitar o tratar la constipación o estreñimiento intestinal, la tos, IVU etc. En caso de que la paciente presente incontinencia mixta, el tratamiento se debe dirigir a los síntomas predominantes (esfuerzo o urgencia).

ENTRENAMIENTO VESICAL

Es útil un diario de hábitos de micción para cuantificar la frecuencia urinaria y los episodios de incontinencia,. Con registros de por lo menos 3 días, tanto en días de trabajo como en descanso. (cuadro V)
Los ejercicios vesicales (entrenamiento vesical que tiene como objetivo reducir la incontinencia aumentando la capacidad vesical y restaurar la función vesical) son un tratamiento efectivo para la IU de urgencia o mixta, con pocos efectos adversos y menores recidivas que el tratamiento con fármacos antimuscarínicos.
El entrenamiento vesical por un mínimo de 6 semanas debe ofrecerse como tratamiento de primera línea a mujeres con UI de urgencia o mixta. Estos ejercicios pueden disminuir la polaquiuria, la urgencia e incrementan progresivamente el intervalo entre las micciones.
El entrenamiento vesical se realizará con base en los registros del diario vesical; el médico debe identificar el tiempo promedio entre cada miccion o pérdida urinaria, considerando este dato; indicar a la paciente que orine en lapsos de tiempo mas largo evitando llegar a la pérdida y estos periodos de tiempo se deben ampliar para

incrementar paulatinamente la capacidad vesical, hasta que la paciente consiga el mayor número de micciones voluntarias. (lograr micciones cada 3 o 4 horas). Efectuar la evolucion detectando la mejoría con la disminucion de episodios de perdida involuntaria.

REHABILITACIÓN DE LA MUSCULATURA DEL PISO PÉLVICO

Una prueba supervisada, de ejercicios diarios, continuos del piso pélvico (ejercicios de Kegel) por lo menos tres meses debe ofrecerse como tratamiento de primera línea en mujeres con IU por estrés o mixta.
Estos ejercicios mejoran del 70 al 80% el tono de la musculatura estriada uretral y el control de la micción.
Ejercicios de piso pélvico: se recomenda realizar 8 contracciones 3 veces al día con duracion de 5 a 15 segundos, seguidos de relajacion por 10 segundos.
Para capacitar a la paciente para efectuar estos ejercicios se le puede indicar que al momento de la miccion detenga el chorro por 10 segundos posteriormete terminar la micción, para que la paciente reconozca la sensacion y lo pueda repetir en ausencia de la micción. Cuando la paciente ya reconoce la forma de hacer dicha contracción puede iniciar los ejercicios en posicion ginecológica ya que de esta forma es mas facil, una vez que los domine indicar que los puede efectuar en cualquier momento cualquier hora y lugar sin importar la actividad que este realizando. En 6-8 semanas se puede observar mejoria significativa.
Se deben evaluar en forma manual la contracción de musculos del piso pelvico mediante un tacto vaginal mientras la paciente efectua las contracciones.
Es importante identificar las pacientes que presentan urgencia con o sin incontinencia. Si la paciente presenta solo urgencia pero no tiene perdida de orina es probable que tenga hiperactividad del detrusor y entonces debe indicar reentrenamiento vesical, ejercicios de kegel y tratamiento farmacológico.
Los ejercicios Kegel son efectivos en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo o mixta, pero no hay suficiente evidencia de su efecividad en el tratamiento de la incontinencia por urgencia. En opinion de expertos los ejercicios del musculo del piso pelvico pueden tener un papel en el tratamiento de la incontiencia de urgencia en combinacion con el reentrenameinto vesical.
De acuerdo a la evidencia científica, en la incontinencia de esfuerzo el tratamiento de primera linea es la rehabilitación del piso pélvico. En la incontinencia de urgencia, el tratamiento de pirmera linea es el entrenamiento vesical. En la incontinencia mixta, el tratamiento de primera elección, dependerá del predominio de síntomas de esfuerzo o urgencia.
En la incontinencia de urgencia o mixta, con predominio de sìntomas de urgencia o en caso de vejiga hiperactiva a menudo es tambien necesario el tratamiento farmacológico.
Aunque no existe evidencia científica suficiente, en los casos de incontinencia urinaria de urgencia, la rehabilitación de los musculos del piso pélvico se ha usado como "parte del tratamiento".La perineometria o la electromiográfia, biofeedback ni la estimulacion eléctrica deben ser usado como rutina para el fortalecimiento de musculos pélvicos. La estimulacion electrica o el biofeedback o ambas deberán ser considerados en mujeres que no pueden activamente contraer los musculos del piso pélvico para mejorar la motivacion y adherencia a tratamiento.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No se recomiendan los alfa agonistas como la epinefina, fenilpropanolamina y metoxamina. Estos medicamentos no son selectivos de adreno receptores alfa uretrales y sus potenciales efectos adversos limitan su uso (arritmias cardiacas e hipertensión). No existe evidencia que estos farmacos sean mejores que placebo.
La imipramina no existe evidencia científica suficiente que apoye su uso.
La duloxetina es el unico fármaco aprobado para el tratamiento de moderada a severa incontinencia por esfuerzo, aunque no se ha definido su papel en tratamiento de largo plazo. La duloxetine deberá ser usada

para complementar los ejercicios de musculos de piso pelvico y no en forma aislada. Un tratamiento de cuatro semanas de duloxetina se recomienda para mujeres con incontinencia de esfuerzo moderada a severa. El tratamiento deberá ser evaluado después de 12 semanas para determinar el progreso y decidir si continuar con tratamiento farmacológico.

La dulocetine no se recomienda como tratamiento de primera linea cuando predominan los sintomas de incontinencia por esfuerzo. La dulocetine se recomienda como tratamiento de segunda elección cuando por algun motivo no se puede realizar el tratamiento quirúgico. Cuando se prescriba este farmaco deberá advertirse de sus efectos adversos.

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

Los conos vaginales, se proponen para que el ejercicio sea más cómodo y se facilite su cumplimiento, la mujer los introduce en su vagina, evitando, con las contracciones del suelo pélvico que se caigan, durante periodos de 15 minutos. Se utilizan tres veces al día, aumentando gradualmente el peso de los mismos. Se considera que son útiles también en la IU de esfuerzo y en la IU de urgencia. El periodo de tiempo necesario para que aparezcan los resultados puede ser largo (8-12 semanas). Evaluar cuidadosamente la aceptación de la paciente.

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

Para los ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico no se reportaron efectos adversos; y su tasa de abandono fue 0. (cuadro VI)

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y VEJIGA HIPERACTIVA. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los antimuscarinicos (oxibutinina, tolterodina, tropsium y propiverina) son efectivas en reducir la hiperactividad del detrusor por lo que disminuyen la urgencia y la incontinencia de urgencia.

Los efectos adversos mas comunes son boca seca, visión borrosa, molestias abdominales, nausea, estreñimiento, cefalea y discinesia. La retención urinaria es el efecto potencialmente mas serio sin embargo es poco frecuente. La oxibutinina de liberación inmediata es la que tiene la mas alta incidencia de efectos adversos. Se ha demostrado que la solfenacina es más efectiva que la tolteraodina con menos efectos adversos. Darifenacin ha mostrado más eficacia sin efectos en el Sitema Nervioso Central o del corazón. Los preparados de liberacion rapida ocasionan mas efectos adversos que los de liberación sostenida. La oxibutinina transdermica es segura y efectiva, sin embargo aun no se ha introducido en México.

La prescripción inmediata de oxibutinina puede ofrecer a la mujer con hiperactividad vesical o incontinencia mixta (con predominio de urgencia) un tratamiento de primera linea si el entrenamiento vesical no ha sido efectivo. Si la oxibutinina no es tolerada, darifenacin,a solfenacin, tolterodine, trospium o una extensa gama de fórmulas trascutaneas de oxibutinina pueden ser consideradas.

Flavoxate, propantelina e imipramina no deben ser utilizados en el tratamiento de incontinencia ni en vejiga hiperactiva.

El fármaco debe ser administrado por 6 semanas para poder evaluar los beneficios y efectos adversos. Después de 6 meses se deberá evaluar si es o no necesario continuar con el tratamiento.

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

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

El tratamiento farmacológico, siempre debera acompañarse de ejercicios de fortalecimiento de musculos de piso pélvico como adyubante.(cuadro VI)

CALIDAD DE VIDA DE LA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

La incontiencia urinaria se asocia con efectos adversos en la calidad de vida como aislamiento, tristeza, depresión, vergüenza, estigmatización alteraciones del sueño y relaciones sexuales. Inclusive se pueden ver afectadas las actividades de la vida diaria. La versión española del cuestionario "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)" permite no sólo detectar la IU sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan (la mayor gravedad se asoció a mayor puntuación del ICIQ). En promedio el tiempo en que se aplica es 3.5± 1.5 minutos.

Cuadro I. Factores de riesgo para incontinencia urinaria

Factores de Riesgo	
Generales	Síndrome metabólico (diabetes, dislipidemias, obesidad, hipertensión) Estreñimiento crónico Enfermedades pulmonar crónica obstructiva Esclerosis múltiple Demencia Antecedentes de cirugía de columna Tumores que comprimen la medula espinal Hernia de disco Antecedente de accidente cerebral vascular Parkinson Menopausia Edad Factores ocupacionales (trabajos que requieran grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto)
Específicos	Antecedentes de cirugía por incontinencia, histerectomías Antecedentes ginecoobstétricos (partos múltiples, productos macrosómicos, aplicación de fórceps, distocias, expulsivo prolongado) Uso de medicamentos* (sedantes, ansiolíticos, hinópticos, prazocin, diuréticos,) Trastornos de la estática pélvica (cistocele, prolapso uterino, rectocele) Consumo de alcohol, tabaco, te, café etc Secuelas de incontinencia urinaria por irritación crónica de la vejiga Vaginitis o uretritis atrófica Infección de vías urinarias Son factores modificables los que se encuentran sombreados

Cuadro II. Fármaco que pueden afectar la función de las vías urinarias bajas

Fármacos	Efecto en las vías urinarias bajas
Diuréticos	Poliuria, frecuencia, urgencia
Cafeína	Frecuencia, urgencia
Alcohol	Sedación, diuresis, disminución de la motilidad
Analgésicos narcóticos	Retención urinaria, impactación fecal, sedación y delirium
Agentes anticolinergicos	Retención urinaria, dificultad de vaciamiento
Antihistamínicos	Acción anticolinérgica, sedación
Agentes psicotrópicos	
• Antidepresivos	• Acción anticolinérgica, sedación
• Antipsicóticos	• Acción anticolinérgica, sedación
• Sedantes e hipnóticos	• Sedación, relajación muscular, confusión
Bloqueadores alfa adrenérgicos	IU por esfuerzo
Agonista alfa adrenérgicos	Retención urinaria, dificultad de vaciamiento
Bloqueadores de los canales del calcio	

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

Cuadro III. Causas comunes de Incontinencia Urinaria Transitoria

Infección de vías urinarias o uretritis
Uretritis atrófica o vaginitis
Efecto adverso a fármacos
Embarazo
Incremento en la producción de orina
- Metabólicas (hiperglucemia, hipercalcemia)
- Exceso de ingesta de líquidos
- Hipervolemia

Delirium
Movilidad restringida
Impactación fecal
Sicopatología

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

Cuadro IV. Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria en la mujer

Etiología Genitourinaria	Etiología no genitourinaria
Enfermedades de almacenamiento y llenado • Incontinencia de esfuerzo urodinámica • Sobre actividad del detrusor (idiopática o nerogénica) • Tipos mixtos Fístulas • Vesical • Uretral • Ureteral Congénitas • Epispadias • Uréter ectópico	Funcional • Neurológicas • Cognitivas • Psicológicas • Deterioro físico Medio ambiental Farmacológica Metabólicas

ACOG; 2005

Cuadro V. Diario vesical

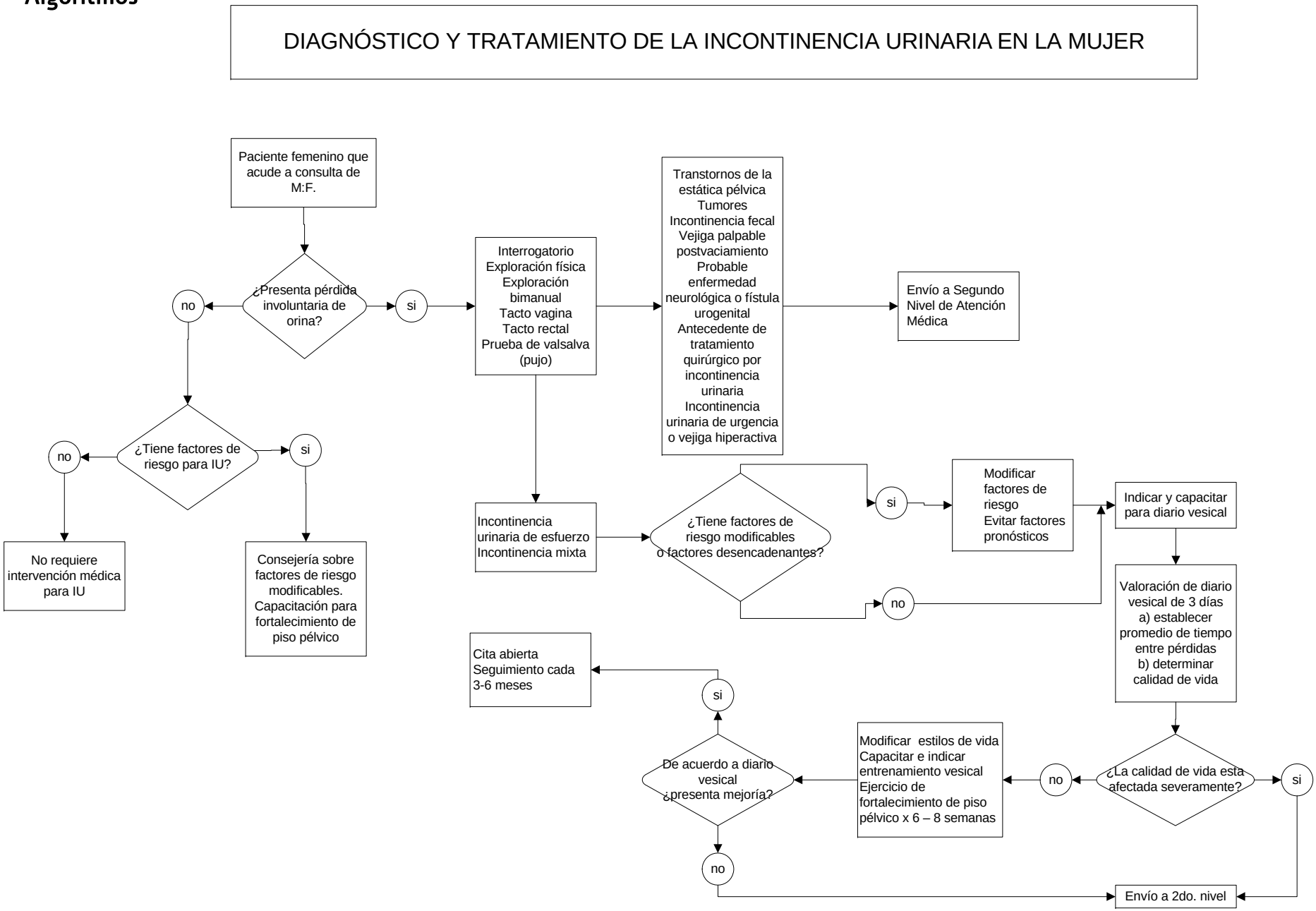
Fecha Horario	Micción normal (si ó no)	Pérdida de orina (cantidad aproximada)	¿Pérdida por urgencia? (si ó no)	¿Pérdida por esfuerzo ? (si ó no)	Cantidad aproximada de ingesta de líquidos
24 – 6hr					
6 – 8 hrs					
8 –10 hrs					
10-12hrs					
12-14hrs					
14-16hrs					
16-18hrs					
18-20hrs				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

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

Cuadro VI. Medicamentos indicados en el tratamiento de incontinencia urinaria

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

Algoritmos


DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER
Paciente femenino que acude a consulta de M:F.
¿Presenta pérdida involuntaria de orina?
no
si
Interrogatorio
Exploración física
Exploración bimanual
Tacto vagina
Tacto rectal
Prueba de valsalva (pujo)
Transtornos de la estática pélvica
Tumores
Incontinencia fecal
Vejiga palpable postvaciamiento
Probable enfermedad neurológica o fístula urogenital
Antecedente de tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria
Incontinencia urinaria de urgencia o vejiga hiperactiva
Envío a Segundo Nivel de Atención Médica
¿Tiene factores de riesgo para IU?
no
si
No requiere intervención médica para IU
Consejería sobre factores de riesgo modificables.
Capacitación para fortalecimiento de piso pélvico
Incontinencia urinaria de esfuerzo
Incontinencia mixta
¿Tiene factores de riesgo modificables o factores desencadenantes?
si
Modificar factores de riesgo
Evitar factores pronósticos
no
Indicar y capacitar para diario vesical
Valoración de diario vesical de 3 días
a) establecer promedio de tiempo entre pérdidas
b) determinar calidad de vida
¿La calidad de vida esta afectada severamente?
no
si
Modificar estilos de vida
Capacitar e indicar entrenamiento vesical
Ejercicio de fortalecimiento de piso pélvico x 6 – 8 semanas
De acuerdo a diario vesical ¿presenta mejoría?
si
no
Cita abierta
Seguimiento cada 3-6 meses
Envío a 2do. nivel