

Incontinencia urinaria en mujeres: estudio y manejo inicial en APS

Autor: Dra. Constanza Inostroza Q., Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Loreto González, Docente Departamento Medicina Familiar UC

Fecha: 15/09/2020

Resumen de portada

La Incontinencia Urinaria (IUU), es una enfermedad común en las mujeres, pero sub reportada y por lo tanto sub tratada. Si bien no se asocia a aumento de mortalidad si genera un gran impacto en la calidad de vida. En este artículo se abordará su estudio y manejo en Atención Primaria de Salud (APS)

Palabras clave: Incontinencia Urinaria, Estudio, Manejo, Medicina Familiar y APS

Introducción

La Incontinencia Urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituya un problema higiénico y social. En Chile se estima un 62% prevalencia en mujeres sobre 30 años⁴. El tipo más frecuente es IU de esfuerzo (IUE), seguida de la mixta (IUM) y de urgencia (IUU). Menos frecuente por rebalse.² Existe un sub reporte de esta enfermedad, solo entre 25-40% de las mujeres afectadas consulta, por vergüenza, normalización de la IU o por desconocimiento de tratamientos existentes³. Si bien no está asociada a aumento de mortalidad, si puede producir un gran impacto en la calidad de vida.

Evaluación

Tomar una historia cuidadosa es fundamental para el proceso clínico. Se debe evaluar el tiempo desde el inicio (menor a 6 semanas podría corresponder a una causa transitoria), sus precipitantes, síntomas de llenado, de vaciado y post miccionales; y cuantificar los escapes (tabla 1) con el objetivo de clasificarla en IUE, IUU o IUM; la última es una combinación de las anteriores. Se deben descartar síntomas de causas secundarias como infección urinaria, hematuria, síntomas neurológicos, dolor uretral o pélvico, fuga continua de orina y finalmente evaluar la severidad de la IU. El instrumento más usado para evaluar severidad de forma semi objetiva es la cartilla o diario miccional de 3 días, el cual también ayuda a clasificar la IU.^{6,7}

Tabla 1: Clasificación de IU según síntomas*

Síntoma	IUE	IUU	IU por rebalse
Precipitantes	Esfuerzo físico, aumento abdominal (tos, estornudo, risa)	Estimulación sensorial (frío, sonido del agua, ver el baño)	Sin darse cuenta
Síntomas según fase miccional	-	Síntomas de llenado: Aumento frecuencia miccional (>8/24h), urgencia, nicturia (>2/noche)	Síntomas de vaciado: pujo, latencia, flujo intermitente o lento y post miccionales: goteo o sensación de vaciado incompleto
Cuantificación	Gotitas	Variable	Variable

*Elaboración propia.

Respecto a los antecedentes es importante evaluar la presencia de enfermedades que aumentan el riesgo de IU tales como diabetes, obesidad, enfermedades neurológicas, constipación, infección del tracto urinario recurrente (ITUR), enfermedades pulmonares y cardiovasculares y deterioro cognitivo,

así como cirugías que puedan afectar el tejido o inervación del tracto urinario, la historia gineco-obstétrica, uso de medicamentos que puedan agravar la IU como diuréticos, antihistamínicos, anticolinérgicos, terapia reemplazo hormonal, etc. y finalmente uso de tabaco, alcohol y cafeína que pueden influir en el manejo.^{6,7,8}

El examen físico debe ser dirigido a descartar signos de sobrecarga de volumen, buscar globo vesical, masas abdominales y realizar un examen ginecológico para evaluar estado estrogénico, prolapso y realizar el test de tos de esfuerzo, que consiste en hacer toser a la paciente en litotomía y evaluar presencia de escape que orienta a IUE.^{7,8} En pacientes seleccionados se debe realizar examen neurológico.

Los exámenes complementarios necesarios son el uroanálisis para descartar causas secundarias y urocultivo en caso de que la paciente presente síntomas de ITU.⁶ La solicitud de residuo post miccional medido por ecografía, está reservado para pacientes con IU con síntomas de vaciado y/o morbilidad asociada como diabetes de larga data, enfermedades neurológicas, antecedente cirugía pélvica, radioterapia, prolapso, ITUR o retención urinaria.^{6,9,10} Como recomendación de experto se puede solicitar glicemia y hemoglobina glicosilada para descartar diabetes descompensada como gatillante.

Tratamiento no farmacológico

Distintas guías recomiendan ofrecer este tipo de medidas a todas las mujeres con IU se les debe ofrecer este tipo de medidas por ser costoefectivo.^{6,9,10}

Cambios de estilo de vida: La guía de IU de la Asociación Europea de Urología 2020, hace recomendación fuerte para indicar el tratamiento óptimo de las comorbilidades asociadas (insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, diabetes, enfermedades pulmonares, etc.), el manejo de constipación, indicar baja de peso en mujeres con sobrepeso u obesidad, suspender el tabaco y disminuir el consumo de cafeína para disminuir frecuencia y urgencia miccional.^{6,9,10}

Terapias conductuales: La más usada es el entrenamiento vesical usado junto al diario miccional donde la paciente es entrenada para resistir el primer impulso de orinar y abstenerse hasta una hora programada, aumentando gradualmente los intervalos. Tres revisiones sistemáticas (RS) muestran que podría ser más efectiva que sin tratamiento para IUU. La guía hace una recomendación fuerte para indicarla como primera línea en mujeres con IUU y IUM.^{6,9,10}

Terapia física: El entrenamiento de musculatura de piso pélvico (EMPP) son ejercicios para mejorar la fuerza y resistencia de la musculatura, mejorando la estabilidad uretral y además podría disminuir contracciones vesicales. En una RS el EMPP fue más efectivo para cura que sin tratamiento para IUE y para todo tipo de IU (RR 8 y 5 respectivamente). La guía hace una recomendación fuerte para ofrecer EMPP idealmente intensivo y supervisado, como primera línea a las mujeres con IUE o IUM.^{6,9,10} La neuromodulación o estimulación eléctrica nervio tibial posterior (EENTP) es otra terapia donde es estimula en plexo sacro a través del NTP modulando el control vesical. 2 RCT muestran similar beneficio que anticolinérgicos para IUU. La guía hace recomendación fuerte a considerar EENTP como opción para mejoría de IUU en mujeres que no se benefician de antimuscarínicos.^{6,11,12} De acuerdo con opinión de expertos, esta puede ser indicada por cualquier profesional capacitado, es barata y sin efectos adversos.

Comentado [C11]: Decidí mantenerlo pq si bien se usa poco en APS, es un recurso que sí podemos usar, es efectivo barato y sin efectos adversos. Además es parte del algoritmo de manejo.

Comentado [C12R1]:

Tratamiento farmacológico

Estrógenos vaginales: Estos se utilizan para tratar los síntomas de atrofia vaginal en pacientes postmenopáusicas y no se asocian a los efectos adversos de los estrógenos sistémicos. Una RS mostró que el uso de estrógenos vaginales probablemente reduce los episodios de IU de todo tipo (RR 0.57) y no se relaciona con más efectos adversos que placebo. Su uso es todas las noches en gel por 2 semanas y luego a mantención 2 veces por semana. La guía recomienda indicarlo a las mujeres posmenopáusicas con IU y síntomas de atrofia vulvo-vaginal.^{6,13}

Anticolinérgicos para IUU: Son el pilar del tratamiento farmacológico para la IUU y urgencia miccional. Una RS demostró similar efectividad entre los distintos anticolinérgicos para IUU, entre un 20-70% más que con placebo, sin embargo se asocian a alto riesgo de discontinuación por efectos adversos como boca seca, visión borrosa, cefalea, mareos y alteración cognitiva (30-70% más que placebo a las 4-8 semanas). El más usado en Chile es la oxibutinina y expertos sugieren indicar trospio a mayores de 70 años por menor efectos adversos a nivel cognitivo.¹⁴ Una RS de comparación de anticolinérgicos con tratamiento no farmacológico para síndrome de vejiga hiperactiva, mostró que los anticolinérgicos podrían ser igual de efectivos que entrenamiento vesical para cura de IU pero con más riesgo de efectos adversos. Al comparar con electroestimulación, probablemente son igual de efectivos para cura, pero probablemente la electroestimulación tenga más mejora de síntomas. (RR 1.64 para falta de mejora). Además, demostró que el uso de anticolinérgicos más terapias conductuales combinadas probablemente sean más efectivas que anticolinérgicos solos para mejora de síntomas. (RR 0.59 para falta de mejora)¹⁵ La guía hace una recomendación fuerte para indicar antimuscarínicos para IUU en los que falló el tratamiento conservador, de preferencia formulaciones de liberación extendida por menor efectos

Tratamiento quirúrgico

En la IUE el tratamiento quirúrgico es el de elección en paciente que no responden a medidas conservadoras y uso de estrógeno vaginal si presenta atrofia. En Europa se ha usado duloxetine para manejo de IUE en mujeres que no pueden o no desean operarse, pero los beneficios son limitados.¹⁶

Derivación al nivel secundario

La mayoría de las pacientes pueden ser manejadas en APS, sin embargo las pacientes con IU y que asocien prolapso de órgano pélvico más allá del introito o sintomático o con antecedente de cirugía previa por IUE, deben ser derivadas a ginecología. Como recomendación de experto se sugiere además que sean derivadas aquellas con IUE severas dado poca respuesta a medidas no quirúrgicas.

Si las pacientes con IU asocian síntomas o antecedentes que hagan sospechar causas secundarias de IU o "banderas rojas" deben ser derivadas a urología para continuar estudio y manejo. (ver Fig. 1).

Conclusiones

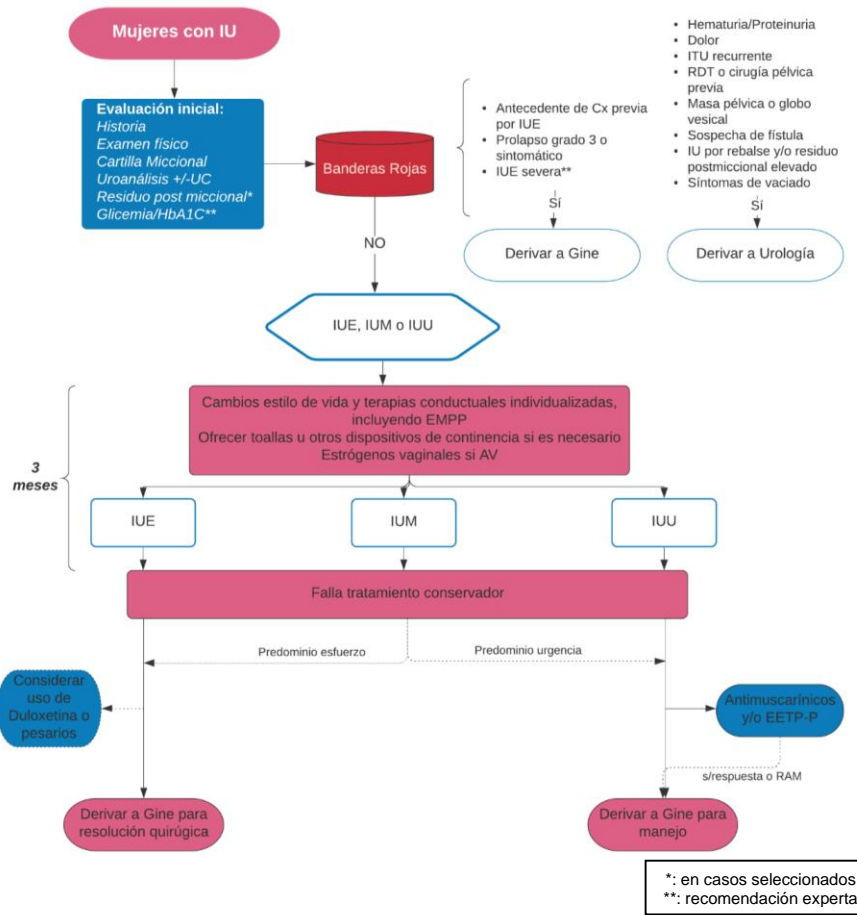
La incontinencia urinaria es una condición sub reportada y sub tratada y si bien no se asocia a mortalidad, causa importante alteración en la calidad de vida.

La historia clínica es útil para definir el tipo de IU, lo que nos ayudará a orientar el manejo.

El tratamiento inicial consiste en evaluar y manejar comorbilidades, cambios de estilo de vida, terapias conductuales y ejercicios de piso pélvico. También se puede indicar estrógenos vaginales si se asocia a síntomas de atrofia vaginal. Ante falla de respuesta a tratamiento no farmacológico, se puede indicar anticolinérgicos o EETP en IUU. En IUE se debe derivar a nivel secundario para resolución quirúrgica o considerar uso de duloxetina o pesario en pacientes que no deseen operarse.

Es importante explicar a las pacientes que los antimuscarínicos pueden ayudar a mejorar sus síntomas y en algunos casos eliminar la IU, pero sus beneficios son modestos.

Figura 1: Algoritmo propuesto



Bibliografía

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroek P, Victor A, Wein A. The Standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21: 167-78.
2. Daugirdas SP, Markossian T, Mueller ER, et al. Urinary incontinence and chronic conditions in the US population age 50 years and older. *Int Urogynecol J* 2020; 31:1013.
3. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol* 2007; 177:680
4. Rincón Ardila, Olga. (2015). Prevalence and risk factors for urinary incontinence among women consulting in primary care. *Revista médica de Chile*, 143(2), 203-212. <https://dx-doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.4067/S0034-98872015000200008>
5. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21:321
6. F.C. Burkhard (Chair). Urinary Incontinence in Adults. European Association of Urology 2020
7. Lucacz E S, Evaluation of females with urinary incontinence. Up To Date Literature review current through: May 2020.
8. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis Of Urinary Incontinence Am Fam physician 2013 Apr 15;87(8):543-550
9. 6th International Consultation on Incontinence, 2016. International Continence Society and International Consultation on Urological Diseases
10. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management NICE guideline Published: 2 April 2019 www.nice.org.uk/guidance/ng123
11. Finazzi-Agro, E., et al. Percutaneous tibial nerve stimulation effects on detrusor overactivity incontinence are not due to a placebo effect: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *J Urol*, 2010. 184: 2001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20850833>
12. Stewart F, Gameiro LF, El Dib R, Gameiro MO, Kapoor A, Amaro JL. Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art. No.: CD010098. DOI: 10.1002/14651858.CD010098.pub4.
13. Weber MA, Kleijn MH, Langendam M, Limpens J, Heineman MJ, Roovers JP. Local Oestrogen for Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10(9):e0136265. Published 2015 Sep 18. doi:10.1371/journal.pone.0136265
14. Benefits and Harms of Pharmacologic Treatment for Urinary Incontinence in Women Tatyana Shamiyan, Jean F. Wyman, Rema Ramakrishnan, François Sainfort, and Robert L. Kane *Annals of Internal Medicine* 2012 156:12, 861-87
15. Rai BP, Cody JD, Alhasso A, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for non-neurogenic overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12(12):CD003193. Published 2012 Dec 12. doi:10.1002/14651858.CD003193.pub4
16. Li J, Yang L, Pu C, Tang Y, Yun H, Han P. The role of duloxetine in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urol Nephrol*. 2013;45(3):679-686. doi:10.1007/s11255-013-0410-6