

# INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES: UN ABORDAJE PRÁCTICO DESDE LA MEDICINA FAMILIAR

**Autora:** Dra. Tatiana Pescio A., Residente de Medicina Familiar UC.

**Editora:** Dra. Isabel Mora M., Docente de Medicina Familiar UC.

**Fecha:** Septiembre 2023.

**Resumen:** la incontinencia urinaria (IU) es un problema frecuente especialmente en las mujeres, pudiendo llegar a alterar de manera significativa su calidad de vida. En este artículo revisaremos su evaluación diagnóstica, manejo no farmacológico, farmacológico e interdisciplinario.

**Palabras clave:** APS, Medicina Familiar, incontinencia urinaria en mujeres, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia.

## INTRODUCCIÓN

La IU es la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina<sup>1</sup>, es más frecuente en mujeres que hombres (6:1), con prevalencia en Chile de hasta 62,2% en mujeres > 30 años<sup>2</sup>. Se encuentra subreportada (25-40% consulta, normalizada y subtratada<sup>3</sup>. Puede afectar la calidad de vida produciendo síntomas ansiosos, depresivos, aislamiento social, disfunción sexual, aumento de morbilidad (especialmente en personas mayores, en quienes se relaciona con caídas, infecciones urinarias, lesiones de piel), además de contribuir a la sobrecarga del cuidador<sup>2</sup>.

## CONCEPTOS Y CLASIFICACION<sup>1</sup>

Los 3 tipos principales de IU son la de esfuerzo (IUE), de urgencia (IUU) y mixta (IUM). Otros tipos menos frecuentes son la IU por rebalse, continua y funcional. Esta última es la pérdida de orina en ausencia de patología urinaria, debido a deficiencias cognitivas o físicas.

IUE: pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal. Se debe a disfunción de musculatura del piso pélvico.

IUU: pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”, que es la queja de aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Se debe a hiperactividad del detrusor de la vejiga. Son sinónimos los conceptos de vejiga hiperactiva con IU y urgeincontinencia.

IUM: presenta características de IUE e IUU.

IU por rebalse: ocurre por retención urinaria debido a una obstrucción del tracto de salida o hipoactividad del detrusor.

## EVALUACION DIAGNOSTICA

La evaluación diagnóstica considera historia clínica, examen físico y exámenes complementarios. Busca determinar si la IU es transitoria o crónica, su clasificación, impacto en calidad de vida y criterios de derivación<sup>5</sup>.

Se deben sospechar causas transitorias si la IU lleva menos de 6 meses de evolución. Se pueden resumir con el acrónimo TOILETED: aTrofia vaginal, Obstrucción (constipación), Infección urinaria, Limitación de la movilidad, Emocional/psicológico, Terapia farmacológica, Endocrino (diabetes mellitus), Delirium<sup>6</sup>.

HISTORIA CLINICA<sup>5, 7, 8, 9, 10, 11</sup>

Al indagar antecedentes se debe considerar la edad (mayor riesgo y severidad con edad avanzada), paridad (multiparidad aumenta IUE), obesidad (aumenta riesgo), historia familiar (relacionada con IUU), hábitos (café, alcohol, endulzantes, tabaco), cirugía/radioterapia pélvica y constipación. Enfermedades vinculadas a mayor IU incluyen diabetes, depresión, incontinencia fecal, síndrome genitourinario de la menopausia e infección urinaria recurrente.

Los medicamentos pueden producir IU mediante diversos mecanismos. Los principales fármacos por evaluar son los antihistamínicos, descongestionantes, sedantes (benzodiazepinas y opioides), psiquiátricos (duloxetina, tricíclicos, antipsicóticos), antiparkinsonianos, antihipertensivos (IECA, diuréticos, antagonistas de calcio), alfabloqueadores (tamsulosina), relajantes musculares y anticolinérgicos. Los mismos anticolinérgicos utilizados para manejar la IU pueden producirla.

En la IUE las pérdidas de orina, generalmente pequeñas, ocurren con actividades que requieren esfuerzo físico como toser, reír, estornudar, correr, levantar peso. No debe haber urgencia.

Para indagar sobre IUU se debe preguntar si existe un impulso fuerte y repentino de orinar, con pérdidas de orina antes de llegar al baño, que pueden ser de cantidad variable. Hay aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna. Las infecciones urinarias también pueden presentar estos síntomas.

En la IUM se debe determinar el componente principal.

En la IU por rebalse se pierde orina sin un gatillante claro. Puede haber dificultad para iniciar la micción, esfuerzo para orinar, chorro débil y sensación de vaciamiento incompleto, pudiendo coexistir síntomas de IUU.

Las guías de la European Association of Urology (EAU) recomiendan pedir a las pacientes completar un diario miccional de al menos 3 días de duración.

Para evaluar la calidad de vida se debe consultar por frecuencia de los episodios, actividades con las que se pierde orina, cuanto afecta la vida diaria y la cantidad de orina que pierde en cada episodio.

EXAMEN FISICO<sup>11</sup>

Debe ser dirigido según la información recopilada en la anamnesis. Los aspectos que abordar son:

Evaluación cognitiva y funcional

Neurológico: especialmente signos de cauda equina o estenosis espinal.

Abdominal: buscar masas palpables.

Cardíaco: signos de insuficiencia cardíaca, ya que la sobrecarga de líquidos puede producir o agravar la IU.

Pulmonar: observar si existe una enfermedad pulmonar descompensada, ya que la tos puede producir escapes de orina.

Rectal: siempre en caso de constipación asociada.

Pélvico: presencia de atrofia vaginal y prolapso. Puede realizarse la prueba de esfuerzo con tos, la cual tiene alta correlación con la IUE. Como habitualmente el box de atención de los médicos familiares en Chile carece de camilla ginecológica, es recomendable apoyarse en otros profesionales como ginecólogos/as o matronas/es para completar esta evaluación.

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS<sup>11,12</sup>

La EAU indica como recomendación fuerte solicitar examen de orina completa o dipstick en la evaluación inicial, y urocultivo solo si hay síntomas de infección urinaria. Además, recomiendan no tratar la bacteriuria asintomática en pacientes de edad avanzada con el objetivo de mejorar la IU.

La evaluación del residuo post miccional (RPM) no debe realizarse como evaluación inicial en pacientes con IUE o IUU no complicada, pero si ante sospecha de IU por rebalse. En caso de estar indicada, se debe medir mediante ecografía. En mujeres los valores normales no están bien definidos, pero se consideran anormales volúmenes sobre 200ml.

#### CRITERIOS DE DERIVACION<sup>5,11</sup>

Se debe derivar ante la presencia de:

- Infecciones urinarias recurrentes (podrían asociar malformaciones urinarias o IU por rebalse)
- Síntomas neurológicos de nueva aparición
- Prolapso de órgano pélvico más allá del introito (ginecología)
- Dolor pélvico
- Proteinuria o hematuria persistentes
- Sospecha de IU por rebalse (síntomas o RPM >200ml)
- Antecedente de cirugía/radioterapia pélvica
- Sospecha de fístula urinaria (pérdida continua)
- Diagnóstico incierto

#### TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO<sup>12,13,14</sup>

Una revisión Cochrane del 2022 evaluó intervenciones conservadoras para tratar la IU en mujeres, analizando estudios sobre terapias físicas como el entrenamiento de la musculatura de piso pélvico (EMPP, conocido como ejercicios de Kegel), electroestimulación, educación, cambios conductuales y de estilos de vida. Se encontró evidencia de alta certeza de que el EMPP puede curar los síntomas y mejorar la calidad de vida en todos los tipos de IU, y evidencia de certeza moderada o alta de que funcionan mejor si son más intensos, cuentan con más apoyo de un profesional de la salud y si se combinan con estrategias para respaldar su uso continuo. También se concluye que la pérdida de peso si hay sobrepeso u obesidad resulta en mayor curación y mejora de los síntomas en cualquier tipo de IU.

La EUA recomienda el EMPP por al menos 3 meses como primera línea en IUE o IUM, mientras que en la IUU recomienda que sea lo más intensa posible. Recomendamos además considerar la estimulación eléctrica para tratamiento o como complemento para enseñar la contracción de la MPP.

En IUU se recomienda como primera línea el entrenamiento de la vejiga. También considerar la estimulación del nervio tibial posterior, tomar un historial del uso actual de medicamentos, revisar cualquier medicamento nuevo asociado con desarrollo o empeoramiento de síntomas, advertir que reducir el consumo de cafeína

puede mejorar síntomas de urgencia y frecuencia pero no de incontinencia, proporcionar estrategias para dejar de fumar y revisar el tipo y cantidad de ingesta de líquidos.

Para la IUM se debe tratar primero el síntoma que la paciente considere más molesto, ofrecer entrenamiento de la vejiga y EMPP.

En la tabla 1 se resume el manejo no farmacológico para IUE e IUU.

Tabla 1. Manejo no farmacológico de la IU.

Esfuerzo	Urgencia
Ingesta adecuada de líquidos	
Manejo de la constipación	
Baja de peso	
Entrenamiento de la musculatura de piso pélvico	
Terapia de estimulación con electrodos piso pélvico	Revisión de medicamentos
	Restricción del consumo de cafeína, Suspender TBQ
	Entrenamiento de la vejiga
	Estimulación eléctrica percutánea del nervio tibial

Elaboración propia a partir de las fuentes mencionadas.

Como apoyo para el manejo no farmacológico en atención primaria se puede derivar a matrn/a, quienes pueden ayudar en la evaluación de atrofia vaginal, prolapso y prueba de esfuerzo con tos, educación en hábitos miccionales, indicar diario miccional de seguimiento, enseñar EMPP y, dependiendo de flujogramas locales, realizar derivación directa a la unidad de uroginecología del hospital base.

En el sector privado se puede derivar con kinesiólogos certificados en piso pélvico (pueden encontrarse en <https://sokip.cl/>). Estos profesionales pueden apoyar con educación en hábitos miccionales, indicar diario miccional de seguimiento, enseñar y supervisar EMPP y realizar electroestimulación. Para realizar la orden de derivación, es de utilidad especificar el tipo y severidad de la IU.

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO<sup>12,15</sup>

### Estrógenos vaginales

Se recomienda ofrecerlos en IUU y síntomas del síndrome genitourinario de la menopausia (recomendación débil) y a mujeres postmenopáusicas con IUE y síntomas de atrofia vulvovaginal (recomendación fuerte). Se debe iniciar una formulación en crema o gel durante todas las noches por 2 semanas, para luego pasar a gel u óvulos 2 veces por semana.

### Anticolinérgicos

Están indicados en UU. Una revisión sistemática concluye que quienes los toman pueden sentir un cambio positivo en su calidad de vida y probablemente percibir mejora o curación de sus síntomas en comparación con placebo. También tomar un anticolinérgico probablemente produce una pequeña reducción en el número de

episodios de urgencia y frecuencia miccional, pero puede aumentar el riesgo de tener boca seca y retención urinaria. Se vio que los participantes podían tener una probabilidad ligeramente mayor de retirarse debido a eventos adversos (EA).

La EAU establece que ningún anticolinérgico es claramente superior a otro para curar o mejorar la IUU, y que la combinación de anticolinérgicos más otra modalidad de tratamiento es más eficaz que los fármacos solos para mejorarla. Sin embargo, se ha visto que la adherencia es baja y disminuye con el tiempo debido a la falta de eficacia, EA y/o costo, resultando en que la mayoría de los pacientes los suspenderán en los primeros 3 meses.

Se debe ofrecer anticolinérgicos si fracasa el tratamiento conservador, realizando una revisión temprana de la eficacia y EA. Si un anticolinérgico resulta ineficaz, considerar aumentar la dosis, ofrecer una formulación alternativa o usar mirabegrón solo o en combinación (no disponible en Chile).

Los anticolinérgicos disponibles en Chile son la oxibutinina, tolterodina, solifenacina y trospio. Puede iniciarse en una primera instancia oxibutinina de liberación prolongada de 10 a 15mg 1 vez al día.

#### Duloxetina

Existe evidencia para su uso en IUE, sin embargo, solo debe ofrecerse cuando fallan los tratamientos conservadores y si la paciente no desea manejo invasivo, debido a la baja tasa de curación y alta probabilidad de EA.

## **CONCLUSIONES**

La IU en mujeres es común, subreportada y subtratada.

En la evaluación inicial se debe buscar causas transitorias, clasificar el tipo y evaluar criterios de derivación.

Los exámenes iniciales que solicitar son la orina completa y urocultivo. Este último solo debe solicitarse ante sospecha de ITU.

El tratamiento de primera línea para todos los tipos de IU es el EMPP.

Matronas o kinesiólogos pueden completar la evaluación diagnóstica o indicar tratamiento no farmacológico.

Los fármacos anticolinérgicos están reservados para pacientes con IUU.

## REFERENCIAS

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. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, et al. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol*. 2011;186(2):589-593.
3. 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.  
Disponibile en <https://dx-doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.4067/S0034-98872015000200008>
4. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol* 2007; 177:680.
5. Hu JS, Pierre EF. Urinary incontinence in women: Evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2019; 100(6):339-348.
6. Dowling-Castronovo A, Specht JK. How to try this: assessment of transient urinary incontinence in older adults. *Am J Nurs*. 2009; 109(2): 62-71, quiz 72.
7. Lukacz E. Female urinary incontinence: Evaluation [Internet]. Uptodate: Schmader K, Brubaker L; 2 Ago 2023. Consultado 26/08/23. Sun S, Liu D, Jiao Z. Coffee and caffeine intake and risk of urinary incontinence: a meta-analysis of observational studies. *BMC Urol* 2016; 16:61.
8. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;CD003505.
9. Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Costantini E, de Heide M, Farag F, et al. European association of urology guidelines on the management of female non-neurogenic lower urinary tract symptoms. Part 2: Underactive bladder, bladder outlet obstruction, and nocturia. *Eur Urol*. 2022;82(1):60–70.
10. Robinson, D., Hanna-Mitchell, A., Rantell, A., Thiagamorthy, G., & Cardozo, L. (2017). Are we justified in suggesting change to caffeine, alcohol, and carbonated drink intake in lower urinary tract disease? Report from the ICI-RS 2015. *Neurourology and urodynamics*, 36(4), 876–881.  
Disponibile en <https://doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1002/nau.23149>
11. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013;87(8):543-550.
12. CK Harding et al. European Association of Urology Guidelines on Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms (2023).
13. 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* [Internet]. 2022;9(9):CD012337. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>
14. Rey JB, Bevan JR, Haskell H. Urinary incontinence in women: Conservative interventions for treatment. *Am Fam Physician*. 2023;108(1):25–6.
15. Stoniute A, Madhuvrata P, Still M, Barron-Millar E, Nabi G, Omar MI. Oral anticholinergic drugs versus placebo or no treatment for managing overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023;5(5):CD003781. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003781.pub3>