

# Guía clínica sobre la **incontinencia urinaria**

A. Schröder, P. Abrams (co-presidente), K-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro, J.W. Thüroff (presidente)

© European Association of Urology 2010

# ÍNDICE

# PÁGINA

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
1.1	Bibliografía .....	6
2.	EPIDEMIOLOGÍA.....	7
2.1	Introducción .....	7
2.2	Factores de riesgo en las mujeres.....	7
2.2.1	Factores de riesgo en el prolapso de órganos pélvicos (POP).....	7
2.3	Factores de riesgo en los varones.....	7
2.4	Vejiga hiperactiva (VHA).....	8
2.5	Progresión de la enfermedad.....	8
2.5.1	Estudios longitudinales.....	8
2.5.2	Epidemiología genética .....	8
2.5.3	Estudios de gemelos .....	8
2.5.4	Estimaciones mundiales de IU y VHA actuales y futuras en personas mayores de 20 años .....	8
2.5.5	Conclusiones.....	9
2.6	Bibliografía .....	9
3.	FARMACOTERAPIA .....	9
3.1	Introducción .....	9
3.2	Medicamentos empleados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva (VHA)/hiperactividad del detrusor (HD) .....	9
3.3	Medicamentos empleados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) .....	11
3.4	Medicamentos empleados en el tratamiento de la ‘incontinencia por rebosamiento’ .....	12
3.5	Tratamiento hormonal de la IU.....	12
3.5.1	Estrógenos .....	12
3.5.2	Otras hormonas esteroideas/ligandos de receptores .....	13
3.5.3	Desmopresina .....	13
3.6	Bibliografía .....	13
4.	INCONTINENCIA EN LOS VARONES.....	13
4.1	Evaluación inicial.....	13
4.2	Tratamiento inicial .....	14
4.2.1	Tratamiento general.....	14
4.2.2	Incontinencia después de una prostatectomía radical (PR) .....	15
4.2.3	Conclusiones.....	16
4.3	Tratamiento especializado de la IU en los varones.....	17
4.3.1	Evaluación .....	17
4.3.2	Intervenciones.....	17
4.3.3	Incompetencia esfinteriana.....	17
4.3.3.1	Hiperactividad del detrusor (HD).....	17
4.3.3.2	Vaciamiento deficiente de la vejiga .....	17
4.3.3.3	Obstrucción de la salida de la vejiga (OSV) .....	18
4.4	Tratamiento quirúrgico .....	19

4.4.1	Incontinencia después de cirugía por obstrucción benigna de la próstata o cáncer de próstata .....	20
4.4.1.1	Incontinencia después de cirugía por obstrucción benigna de la próstata (OBP) .....	20
4.4.1.2	Incontinencia después de cirugía por cáncer de próstata (CP) .....	20
4.4.1.3	Definiciones de continencia post-PR .....	20
4.4.1.4	Factores de riesgo de incontinencia .....	20
4.4.1.5	Tratamiento intervencionista de la incontinencia post-PR .....	20
4.4.1.6	Edad .....	21
4.4.1.7	Incontinencia post-PR con estenosis del cuello de la vejiga .....	21
4.4.2	Incontinencia después de radioterapia externa por un CP .....	21
4.4.2.1	EsUA después de radioterapia .....	21
4.4.2.2	Conclusión .....	21
4.4.2.3	Otros tratamientos para la IUE después de radioterapia .....	21
4.4.3	Incontinencia después de otro tratamiento por CP .....	22
4.4.3.1	Braquiterapia .....	22
4.4.3.2	Crioterapia .....	22
4.4.3.3	Ultrasonidos centrados de alta intensidad (UCAI) .....	22
4.4.3.4	Recomendación .....	22
4.4.4	Tratamiento de la incontinencia tras una neovejiga .....	22
4.4.5	Lesiones uretrales y del suelo de la pelvis .....	22
4.4.5.1	Recomendación .....	22
4.4.6	Incontinencia en el complejo epispadias-extrofia del adulto .....	22
4.4.7	IUU rebelde e HD idiopática .....	23
4.4.8	Incontinencia y vejiga de capacidad reducida .....	23
4.4.9	Fístulas uretrocutáneas y rectouretrales .....	23
4.4.10	Tratamiento de las complicaciones del EsUA .....	23
4.5	Bibliografía .....	24
5.	INCONTINENCIA EN LAS MUJERES .....	24
5.1	Evaluación inicial .....	24
5.2	Tratamiento inicial de la IU en las mujeres .....	25
5.2.1	Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis (EMSP) en circunstancias especiales .....	26
5.3	Tratamiento especializado de la IU en las mujeres .....	28
5.3.1	Evaluación .....	28
5.3.2	Tratamiento .....	28
5.4	Cirugía para la IU en las mujeres .....	30
5.4.1	Criterios de valoración .....	32
5.5	Bibliografía .....	33
6.	INCONTINENCIA URINARIA EN VARONES Y MUJERES DÉBILES O DE EDAD AVANZADA .....	33
6.1	Anamnesis y evaluación de los síntomas .....	33
6.1.1	Principios generales .....	33
6.1.2	Nicturia .....	35
6.1.3	Volumen de orina residual posmiccional (ORPM) .....	35
6.2	Diagnóstico clínico .....	35
6.3	Tratamiento inicial .....	36

6.3.1	Tratamiento farmacológico.....	36
6.4	Tratamiento y reevaluación de forma continua .....	37
6.5	Tratamiento especializado .....	37
6.5.1	Técnicas quirúrgicas para la IU en los varones y mujeres débiles o de edad avanzada .....	37
6.6	Bibliografía .....	39
7.	APÉNDICE: ANEXO DE 2010 A LA GUÍA CLÍNICA SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA DE 2009.....	39
8.	ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO .....	43

## 1. INTRODUCCIÓN

En la primera Consulta internacional sobre incontinencia efectuada en 1998 se elaboró una estructura de 'guía clínica sobre el tratamiento de la incontinencia' (1). Incluía un resumen y una visión de conjunto, que se presentaron en organigramas ('algoritmos'), con recomendaciones relativas al 'Tratamiento inicial' y 'Tratamiento especializado' de la incontinencia urinaria (IU) en niños, varones, mujeres, pacientes con vejiga neuropática y ancianos. Estos algoritmos ya se han presentado en la anterior guía clínica de la EAU sobre la incontinencia y siguen siendo el esqueleto de la guía clínica. En general, están contruidos de manera uniforme para seguir de arriba abajo una vía cronológica que va de los antecedentes del paciente y la evaluación de los síntomas a la evaluación clínica mediante los estudios y pruebas pertinentes para poder definir la situación de la fisiopatología subyacente como base para tomar decisiones terapéuticas racionales. A fin de limitar el número de vías diagnósticas en los algoritmos, los cuadros clínicos que requieren una evaluación diagnóstica de complejidad similar se han agrupado con arreglo a los antecedentes y síntomas.

De nuevo, a efectos de simplificación, las opciones terapéuticas se han agrupado con arreglo a algunos diagnósticos ('enfermedades') y la fisiopatología subyacente, para lo cual se ha empleado la terminología normalizada por la Sociedad internacional de continencia (ICS, *International Continence Society*). Como norma, en primer lugar se recomienda la opción terapéutica menos cruenta, avanzando de manera escalonada a una opción terapéutica más cruenta cuando fracasa la anterior.

La profundidad y la intensidad de la evaluación diagnóstica y las intervenciones terapéuticas se agrupan en dos niveles, 'tratamiento inicial' y 'tratamiento especializado'. El nivel de 'tratamiento inicial' comprende las medidas necesarias normalmente durante el primer contacto del paciente con un profesional sanitario. En función del sistema sanitario y de las restricciones locales o generales de servicios, este primer contacto puede ser con una enfermera especializada en incontinencia, un médico de atención primaria o un especialista.

La información básica sobre la afección del paciente se determina mediante la anamnesis, la exploración física y pruebas diagnósticas básicas, que pueden obtenerse con facilidad. Cuando se instaura tratamiento en este nivel asistencial, será, en su mayor parte, de naturaleza empírica.

El nivel de 'tratamiento especializado' hace referencia a los pacientes en los que no pudo establecerse un diagnóstico en el nivel de 'tratamiento inicial', en los que ha fracasado el tratamiento primario o en los que los antecedentes y los síntomas indican una enfermedad más compleja o grave que requiere una evaluación diagnóstica más elaborada u opciones terapéuticas concretas. Por ejemplo, en este nivel suelen precisarse estudios urodinámicos para establecer un diagnóstico basándose en la fisiopatología y las opciones terapéuticas incluyen intervenciones cruentas y cirugía.

En el análisis y la valoración de los artículos relevantes publicados en la bibliografía se aplicaron los principios de la 'medicina basada en datos científicos' (MBDC), para lo cual se ha desarrollado un sistema de Oxford modificado (2, 3). En este método se aplican 'grados de comprobación científica' (GCC) al conjunto de la bibliografía analizada y de ellos derivan 'grados de recomendación' (GR) (tablas 1 y 2).

En el presente documento se ofrece un resumen de los resultados de la 4ª Consulta internacional sobre incontinencia celebrada en julio de 2008 (4). En el texto se incluyen citas bibliográficas, con hincapié en las nuevas publicaciones que abarcan el período transcurrido entre 2005 y el momento presente. Existe una lista exhaustiva de citas bibliográficas a disposición para fines de consulta por Internet en el sitio web de la sociedad (<http://www.uroweb.org/professional-resources/guidelines/>) y en la versión en cd-rom. Además, hay disponible un documento ultracorto.

Tras la actualización completa en 2009 de la guía clínica de la EAU sobre la incontinencia urinaria, el grupo responsable de la redacción de la guía clínica sobre la incontinencia consideró que sería útil proporcionar un anexo a la guía clínica acerca del uso de medicamentos para tratar la incontinencia urinaria y la utilidad de la pérdida de peso (véase el apéndice).

**Tabla 1:** Grado de comprobación científica\*

**Grado**

**Tipo de datos científicos**

Datos científicos procedentes de metaanálisis de ensayos aleatorizados  
Datos científicos procedentes de al menos un ensayo aleatorizado  
Datos científicos procedentes de un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización  
Datos científicos procedentes de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado de otro tipo  
Datos científicos procedentes de estudios no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación y casos clínicos  
Datos científicos procedentes de informes u opiniones de comités de expertos o de la experiencia clínica de autoridades en la materia

*Modificado de Sackett y cols. (2, 3).*

**Tabla 2:** Grado de recomendación\*

**Grado**

**Naturaleza de las recomendaciones**

Basadas en estudios clínicos de buena calidad y coherencia en los que se abordan las recomendaciones concretas  
y que incluyen al menos un ensayo aleatorizado  
Basada en estudios clínicos bien realizados, pero sin ensayos clínicos aleatorizados  
Emitida a pesar de la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables

*Modificado de Sackett y cols. (2, 3).*

## **1.1 Bibliografía**

## **2. EPIDEMIOLOGÍA\***

### **2.1 Introducción**

La prevalencia estimada de incontinencia urinaria (IU) varía considerablemente, incluso después de tener en cuenta las diferencias existentes en cuanto a definiciones, metodología epidemiológica y características demográficas. Sin embargo, estudios prospectivos recientes han proporcionado muchos datos acerca de la incidencia de IU y su evolución natural (progresión, regresión y resolución) (1-4).

Se ha calculado que la IU, o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta al 5 %-69 % de las mujeres y al 1 %-39 % de los varones. En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones. Algunos datos procedentes de estudios efectuados en gemelos indican la existencia de un componente genético notable en la IU, especialmente en la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) (5, 6).

### **2.2 Factores de riesgo en las mujeres**

El embarazo y el parto vaginal son factores de riesgo importantes, aunque lo son menos con la edad. En contra de la idea popular anterior, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de IU y hay datos contradictorios en relación con la histerectomía. La diabetes mellitus es un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. La investigación también indica que la restitución estrogénica por vía oral y el índice de masa corporal son factores de riesgo modificables importantes de IU. Aunque un deterioro leve de la función cognitiva no constituye un factor de riesgo de IU, incrementa los efectos de ésta.

Tabaquismo, dieta, depresión, infecciones de las vías urinarias (IVU) y ejercicio no son factores de riesgo.

#### **2.2.1 Factores de riesgo en el prolapso de órganos pélvicos (POP)**

El prolapso de órganos pélvicos (POP) tiene una prevalencia del 5 %-10 % basándose en el hallazgo de una masa que hace prominencia en la vagina. El parto entraña un mayor riesgo de POP en etapas posteriores de la vida y dicho riesgo aumenta con el número de hijos. No está claro si la cesárea previene la aparición de POP, aunque la mayoría de los estudios indican que la cesárea conlleva un menor riesgo que el parto vaginal de sufrir morbilidad posterior relacionada con el suelo de la pelvis. Algunos estudios señalan que la histerectomía y otras intervenciones pélvicas aumentan el riesgo de POP. Se precisan más estudios.

### **2.3 Factores de riesgo en los varones**

Entre los factores de riesgo de IU en los varones figuran la edad avanzada, los síntomas de las vías urinarias inferiores (SVUI), las infecciones, el deterioro funcional y cognitivo, los trastornos neurológicos y la prostatectomía.

## **2.4 Vejiga hiperactiva (VHA)**

La prevalencia de VHA en los varones adultos varía entre el 10 % y el 26 % y, en las mujeres adultas, entre el 8 % y el 42 %. Aumenta con la edad y, con frecuencia, aparece con otros SVUI.

Varias afecciones crónicas comunes, tales como depresión, estreñimiento, trastornos neurológicos y disfunción eréctil, se han asociado de manera significativa a VHA, incluso después de ajustar respecto a covariables importantes, como la edad, el sexo y el país (7).

## **2.5 Progresión de la enfermedad**

### ***2.5.1 Estudios longitudinales***

La bibliografía sobre la incidencia y la remisión de la IU sigue siendo escasa, sobre todo en los varones. Sin embargo, la incidencia anual de IU en las mujeres oscila entre el 2 % y el 11 %; la incidencia máxima se da durante el embarazo. Las tasas de remisión completa de la IU varían entre el 0 % y el 13 % y la tasa más alta de remisión se produce tras el embarazo. La incidencia anual de VHA oscila entre el 4 % y el 6 %, mientras que las tasas anuales de remisión de la VHA lo hacen entre el 2 % y el 3 %. La incidencia anual de cirugía por prolapso oscila entre el 0,16 % y el 0,2 %. Se calcula que el riesgo acumulado durante toda la vida de cirugía por prolapso es del 7 %-11 %.

### ***2.5.2 Epidemiología genética***

La transmisión familiar de la IU está perfectamente documentada. Sin embargo, a menudo resulta difícil diferenciar entre heredabilidad y transmisión no hereditaria (factores ambientales) en el entorno familiar. También hay diferencias étnicas y raciales bien documentadas en relación con la IU y el POP.

### ***2.5.3 Estudios de gemelos***

Es posible calcular las proporciones relativas de variación fenotípica causada por factores genéticos y ambientales mediante una comparación de gemelos monocigóticos (que poseen un genotipo idéntico) y dicigóticos (que comparten un promedio del 50 % de los genes que se segregan). Se propone una influencia genética cuando los gemelos monocigóticos son más concordantes respecto a la enfermedad que los dicigóticos. Entre los genes candidatos propuestos figuran, por ejemplo, un polimorfismo en el gen del colágeno de tipo I. En cambio, se propone un efecto ambiental cuando los gemelos monocigóticos son discordantes respecto a la enfermedad.

### ***2.5.4 Estimaciones mundiales de IU y VHA actuales y futuras en personas mayores de 20 años***

El estudio EPIC es un estudio poblacional en el que se calculó la prevalencia de IU, VHA y otros STUI entre los varones y las mujeres de cinco países siguiendo las definiciones de la ICS de 2002. Las tasas de prevalencia relacionadas específicamente con el sexo y la edad del estudio EPIC se utilizaron para calcular el número mundial actual y futuro de personas con SVUI, VHA e IU (8). Esto se llevó a cabo extrapolando las tasas de prevalencia a la población mundial de 20 años o más de edad (4.200 millones). Se estratificó a los varones y las mujeres de entre 20 y más de 80 años



en grupos de edad de cinco años (por ejemplo, 20-24 años) para calcular el número mundial actual y futuro de personas con SVUI, VHA e IU y las tasas de prevalencia relacionadas específicamente con el sexo y la edad.

Las estimaciones poblacionales previstas para todas las regiones mundiales se basan en información procedente de la base de datos internacional (IDB) de la Oficina del censo de Estados Unidos (EE.UU.) (9).

### **2.5.5 Conclusiones**

Conforme envejece la población, también se prevé que aumente la prevalencia de SVUI.

Los SVUI suponen una carga para quienes los sufren. El incremento previsto del número de personas afectadas por SVUI tiene consecuencias relacionadas con los recursos sanitarios y la carga sanitaria global.

El número estimado de personas con SVUI se ha basado en una prevalencia conservadora. Así pues, el número futuro de pacientes con SVUI podría ser mucho mayor.

## **2.6 Bibliografía\***

\*Esta sección de la guía clínica se basa en las recomendaciones del comité de la ICI presidido por Ian Milsom (Comité 1: Epidemiología).

## **3. FARMACOTERAPIA\***

### **3.1 Introducción**

Más de 50 millones de personas del mundo desarrollado se encuentran afectadas por IU y en su tratamiento se han utilizado muchos medicamentos (tabla 3). Aunque los medicamentos resultan eficaces en algunos casos, los efectos secundarios conllevan, con frecuencia, su suspensión tras períodos breves y lo mejor es utilizarlos como complemento del tratamiento conservador y quirúrgico (1).

### **3.2 Medicamentos empleados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva (VHA)/hiperactividad del detrusor (HD)**

La importancia clínica de la eficacia de los medicamentos antimuscarínicos en comparación con placebo se ha comentado ampliamente (2). Sin embargo, en metaanálisis extensos recientes de los antimuscarínicos más utilizados se ha demostrado claramente que estos medicamentos proporcionan beneficios clínicos considerables (3, 4). Se necesita más investigación para decidir cuáles son los mejores medicamentos para el tratamiento de primera, segunda o tercera línea (4). Ninguno de los antimuscarínicos de uso habitual (darifenacina, fesoterodina, oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina y trospio) constituye un tratamiento de primera línea ideal para todos los pacientes con VHA/HD. El tratamiento óptimo debe individualizarse, teniendo

en cuenta las enfermedades coexistentes del paciente, los medicamentos concomitantes y los perfiles farmacológicos de los diferentes medicamentos (5).

\*Esta sección de la guía clínica se basa en las recomendaciones del comité de la ICI presidido por Karl-Erik Andersson (Comité 8: Tratamiento farmacológico).

**Tabla 3:** Medicamentos utilizados en el tratamiento de la VHA/HD\*

## **Medicamentos**

### **GCC**

### **GR**

#### *Antimuscarínicos*

- Tolterodina
- Trospio
- Solifenacina
- Darifenacina
- Propantelina
- Atropina, hiosciamina

#### *Medicamentos que actúan sobre canales de la membrana*

- Antagonistas del calcio
- Abridores de los canales de K<sup>+</sup>

#### *Medicamentos con efectos mixtos*

- Oxibutinina
- Propiverina
- Dicyclomina
- Flavoxato

#### *Antidepresivos*

- Imipramina
- Duloxetina

#### *Antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa*

- Alfuzosina
- Doxazosina
- Prazosina
- Terazosina
- Tamsulosina

#### *Antagonistas de los receptores adrenérgicos beta*

- Terbutalina (beta-2)
- Salbutamol (beta-2)
- YM-178 (beta-3)

#### *Inhibidores de la PDE-5 (para los SVUI/VHA masculinos)*

- Sildenafil, taladafilo, vardenafilo
- Inhibidores de la COX
- Indometacina
- Flurbiprofeno

#### *Toxinas*

- Toxina botulínica (neurógena), inyectada en la pared de la vejiga
- Toxina botulínica (idiopática), inyectada en la pared de la vejiga
- Capsaicina (neurógena), intravesical
- Resiniferatoxina (neurógena), intravesical

#### *Otros medicamentos*

- Baclofeno intratecal

#### *Hormonas*

- Estrógenos

- Desmopresina, para la nicturia (poliuria nocturna), aunque debe tenerse cuidado debido al riesgo de hiponatremia, sobre todo en los ancianos

Las evaluaciones se han realizado con arreglo al sistema de Oxford modificado, véanse las tablas 1 y 2.  
*GCC = grado de comprobación científica; GR = grado recomendación; inhibidor de la PDE-5 = inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5; inhibidor de la COX = inhibidor de la ciclooxigenasa.*

### 3.3 Medicamentos empleados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

Entre los factores que pueden contribuir al cierre de la uretra figuran:

- El tono del músculo liso y estriado uretral.
- Las propiedades pasivas de la lámina propia uretral, especialmente su vascularización.

La contribución relativa de estos factores a la presión intrauretral sigue siendo objeto de debate. Sin embargo, los datos indican que una parte notable del tono uretral está mediada por una estimulación de los receptores adrenérgicos alfa en el músculo liso uretral por parte de la noradrenalina liberada (6, 7). Un factor que contribuye a la IUE, principalmente en las mujeres de edad avanzada con falta de estrógenos, puede ser un deterioro de la función de coadaptación de la mucosa. El tratamiento farmacológico de la IUE pretende incrementar la fuerza de cierre intrauretral al aumentar el tono de los músculos liso y estriado uretrales. Hay varios medicamentos que pueden contribuir a este incremento (8, 9). Su uso clínico se encuentra limitado por una eficacia baja o efectos secundarios (tabla 4).

**Tabla 4:** Medicamentos utilizados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

**Medicamento**  
**GCC**  
**GR**

- Duloxetina
- Imipramina
- Clenbuterol
- Metoxamina
- Midodrina
- Efedrina
- Norefedrina (fenilpropanolamina)
- Estrógenos

NR

*GR = grado de recomendación; NR = ninguna recomendación posible.*

### **3.4 Medicamentos empleados en el tratamiento de la ‘incontinencia por rebosamiento’**

Puede aparecer incontinencia cuando existen grandes cantidades de orina residual con una vejiga notablemente distendida (retención urinaria crónica). La ICS ha dejado de aceptar el término ‘incontinencia por rebosamiento’ (10). Se han propuesto varios abordajes médicos de la incontinencia por rebosamiento (11, 12) a partir de razonamientos teóricos, estudios en animales (13, 14) y casos de medicamentos asociados a un vaciamiento deficiente de la vejiga (15).

Entre ellos figuran los agonistas directos o indirectos de los receptores muscarínicos y los antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1. Sin embargo, una revisión reciente de los estudios clínicos controlados sobre los agonistas parasimpáticos directos e indirectos en pacientes con detrusor hipoactivo reveló que estos medicamentos no fueron beneficiosos de manera sistemática e incluso que podrían ser perjudiciales (16). Por el contrario, los antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1 han resultado beneficiosos sistemáticamente en los pacientes con retención urinaria aguda (17).

Una búsqueda reciente en Medline con el término clave ‘incontinencia por rebosamiento’ no identificó ensayos aleatorizados y controlados (EAC) sobre el tratamiento con parasimpaticomiméticos o antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1 y, ni siquiera, una serie de casos con un número significativo de pacientes. Esto indica que los tratamientos médicos utilizados actualmente para tratar la incontinencia por rebosamiento se emplean basándose en datos empíricos. Todas las recomendaciones anteriores en relación con el tratamiento médico de la incontinencia por rebosamiento pueden considerarse ‘opiniones de expertos’ en el mejor de los casos.

Además, es importante asegurarse de que todo tratamiento médico para la incontinencia por rebosamiento tiene probabilidades de reducir o eliminar mejor la orina residual que las alternativas de sondaje o cirugía.

### **3.5 Tratamiento hormonal de la IU**

#### **3.5.1 Estrógenos**

La carencia de estrógenos es un factor etiológico en la patogenia de varios trastornos. Sin embargo, el tratamiento con estrógenos, solos o combinados con un progestágeno, tan sólo ha logrado malos resultados en la IU. Los datos actuales (grado de comprobación científica: 1) en contra del tratamiento de la IU con estrógenos se basan en estudios diseñados originalmente para evaluar el uso de estrógenos con el fin de prevenir episodios cardiovasculares. De hecho, los datos proceden de análisis secundarios de estos estudios utilizando síntomas subjetivos, comunicados por las pacientes, de pérdidas urinarias. No obstante, estos EAC extensos revelaron un empeoramiento de la IU preexistente (de esfuerzo y de urgencia) y un aumento de la incidencia de IU nueva con los estrógenos en monoterapia o combinados con un progestágeno. Hay que señalar, no obstante, que la mayoría de las pacientes recibieron estrógenos equinos combinados, lo que quizá no sea representativo de todos los estrógenos tomados por todas las vías de administración.

En una revisión sistemática de los efectos de los estrógenos sobre los síntomas indicativos de VHA se llegó a la conclusión de que el tratamiento con estrógenos resulta

eficaz para aliviar los síntomas de VHA y que la administración local puede ser la vía de administración más beneficiosa (18). Es posible que el tenesmo vesical, la polaquiuria y la incontinencia de urgencia sean síntomas de atrofia genitourinaria en las mujeres posmenopáusicas de edad avanzada (19). Se ha demostrado claramente que el tratamiento vaginal (local) con estrógenos en dosis bajas puede corregir los síntomas y los cambios citológicos de la atrofia genitourinaria. Sin embargo, los estrógenos (con o sin progestágenos) no deben emplearse para tratar la IU, ya que no se ha demostrado que ejerzan un efecto directo sobre las vías urinarias inferiores.

### **3.5.2 Otras hormonas esteroideas/ligandos de receptores**

No se han publicado ensayos clínicos en los que se haya evaluado el efecto de los andrógenos, especialmente de la testosterona, sobre la IU en las mujeres.

### **3.5.3 Desmopresina**

Desmopresina (DDVAP) fue bien tolerada y conllevó una mejoría significativa de la IU en comparación con placebo en cuanto a reducción de las micciones nocturnas y aumento de las horas de sueño ininterrumpido. La calidad de vida (CdV) también mejoró. Sin embargo, la hiponatremia es uno de los principales efectos secundarios, clínicamente importantes, de la administración de DDVAP. La hiponatremia puede originar diversos acontecimientos adversos, desde cefalea leve, anorexia, náuseas y vómitos hasta pérdida de conciencia, convulsiones y la muerte. En un metaanálisis se ha comunicado que el riesgo de hiponatremia ronda el 7,6 % (20) y parece que aumenta con la edad, las cardiopatías y un volumen alto de orina en 24 horas (21).

## **3.6 Bibliografía\***

*\*Existe una lista exhaustiva de citas bibliográficas a disposición para fines de consulta por Internet en el sitio web de la sociedad (<http://www.uroweb.org/professional-resources/guidelines/>) y en la versión en cd-rom de la guía clínica.*

## **4. INCONTINENCIA EN LOS VARONES\***

\*Esta sección de la guía clínica se basa en las recomendaciones de los comités de la ICI presididos por Jean Hay-Smith y Sender herschorn. En las secciones 4.1 (Evaluación inicial de la IU) y 4.2 (Tratamiento inicial de la IU) se proporcionan algoritmos de tratamiento y notas explicativas; en la sección 4.4 (Tratamiento quirúrgico de la IU) se facilitan más datos científicos procedentes de los capítulos.

### **4.1 Evaluación inicial**

La evaluación inicial de los varones debe separar a los pacientes con una incontinencia ‘complicada’, que han de ser objeto de derivación para recibir tratamiento por parte de un especialista, del resto que son adecuados para someterse a una evaluación general.

El grupo de incontinencia ‘complicada’ consta de pacientes con:

- Dolor
- Hematuria
- Infección recurrente
- Fracaso de cirugía previa para la incontinencia
- Incontinencia total
- Disfunción miccional (por ejemplo, debido a una obstrucción de la salida de la vejiga). Un vaciamiento deficiente de la vejiga puede sospecharse a partir de los síntomas, la exploración física o los estudios de imagen realizados mediante ecografía o radiografías después de orinar.
- Radioterapia pélvica previa.

El grupo del resto de pacientes, con antecedentes de IU identificados mediante la evaluación inicial, puede estratificarse en cuatro grupos sintomáticos principales de varones adecuados para recibir tratamiento inicial:

- Goteo posmiccional aislado.
- Síntomas de VHA: tenesmo vesical (con o sin incontinencia de urgencia), polaquiuria y nicturia.
- Incontinencia de esfuerzo, con mayor frecuencia después de una prostatectomía.
- Incontinencia de urgencia y esfuerzo mixta, con mayor frecuencia después de una prostatectomía.

## **4.2 Tratamiento inicial**

### **4.2.1 Tratamiento general**

El tratamiento conservador constituye el abordaje principal de la IU en los varones a nivel de atención primaria (figura 1) y, a menudo, se considera sencillo y de bajo coste. El término ‘tratamiento conservador’ describe cualquier tratamiento que no suponga una intervención farmacológica o quirúrgica. Sin embargo, en procesos tales como la VHA suelen combinarse estrategias conservadoras con tratamiento farmacológico.

Muchas intervenciones de tratamiento conservador requieren un cambio de comportamiento que no es fácil de iniciar ni mantener. La mayoría de los pacientes con síntomas leves o moderados desean probar primero tratamientos menos cruentos. Sin embargo, es posible que los pacientes con síntomas complicados o intensos tengan que ser derivados directamente para recibir tratamiento especializado.

En los varones con goteo posmiccional no suele requerirse una evaluación más profunda. Sin embargo, el paciente debe ser informado del modo de ejercer una contracción intensa de la musculatura del suelo de la pelvis después de orinar o de

comprimir manualmente la uretra bulbosa directamente después de la micción (grado de recomendación: B).

En los varones con incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia o incontinencia de esfuerzo/urgencia mixta, el tratamiento inicial debe incluir un asesoramiento adecuado sobre los hábitos de vida, fisioterapia, pautas miccionales programadas, terapias conductuales y medicación. En resumen, estos tratamientos iniciales se acompañan de unos grados más bajos de recomendación.

#### **Recomendaciones relativas al tratamiento inicial de la IU en los varones**

##### **Recomendaciones**

##### **GR**

- Intervención sobre los hábitos de vida
- Entrenamiento supervisado de la musculatura del suelo de la pelvis para la IUE después de una prostatectomía
- Pautas miccionales programadas para la VHA
- Cuando no hay indicios de orina residual posmiccional significativa, medicamentos antimuscarínicos para los síntomas de VHA, con o sin incontinencia de urgencia
- Pueden añadirse antagonistas adrenérgicos alfa (alfabloqueantes) cuando también existe una obstrucción de la salida de la vejiga

NR

*GR = grado de recomendación; NR = ninguna recomendación posible.*

#### **4.2.2 Incontinencia después de una prostatectomía radical (PR)**

A pesar de la prevalencia de IU y SVUI en los varones de edad avanzada, el único grupo que se ha investigado suficientemente es el de los varones que se han sometido a una PR. En general, el efecto del tratamiento conservador (intervenciones sobre los hábitos de vida, fisioterapia, pautas miccionales programadas, tratamientos complementarios) se ha investigado mucho menos en los varones que en las mujeres. Normalmente, no hay datos suficientes de grado 1 ó 2 y la mayoría de las recomendaciones son, básicamente, hipótesis que precisan una mayor investigación.

#### **Recomendaciones relativas al tratamiento conservador de la IU en los varones**

##### **Recomendaciones**

##### **GR**

##### *Intervenciones sobre los hábitos de vida*

- Parece razonable que los profesionales sanitarios ofrezcan asesoramiento a los varones sobre unos hábitos de vida saludables que pueden reducir o retrasar la aparición de problemas de continencia

##### *Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis (EMSP)*

- Ciertas instrucciones preoperatorias o postoperatorias inmediatas en el EMSP para los varones que se someten a una prostatectomía radical pueden ser útiles
- No está claro si el EMSP enseñado mediante tacto rectal (TR) depara mayores efectos beneficiosos que las instrucciones verbales o escritas

- El uso de biorregulación para complementar el EMSP constituye actualmente una decisión del terapeuta/paciente basada en la economía y las preferencias

#### *Estimulación eléctrica*

- En los varones con incontinencia después de una prostatectomía, la adición de estimulación eléctrica a un programa de EMSP no parece beneficiosa

NR

*GR = grado de recomendación; NR = ninguna recomendación posible.*

### **4.2.3 Conclusiones**

- En general, no hay datos de grado 1 ó 2 suficientes para respaldar estos tratamientos iniciales. La mayoría de las ‘recomendaciones’ son hipótesis que requieren una evaluación más profunda en estudios de investigación de alta calidad.
- Cuando el tratamiento inicial es ineficaz tras un período razonable (por ejemplo, 8-12 semanas), se recomienda encarecidamente el asesoramiento de un especialista.

**Figura 1:** Algoritmo sobre el tratamiento inicial de la IU en los varones.

Tratamiento inicial de la incontinencia urinaria en los varones

ANTECEDENTES

Goteo posmiccional

Incontinencia con la actividad física (habitualmente después de una prostatectomía)

Incontinencia con síntomas mixtos

Tenesmo vesical/polaquiuria, con o sin incontinencia

Incontinencia ‘complicada’

- Incontinencia recurrente o ‘total’
- Incontinencia asociada a:
  - Dolor
  - Hematuria
  - Infección recurrente
  - Síntomas miccionales
  - Irradiación de la próstata
  - Cirugía pélvica radical

EVALUACIÓN CLÍNICA

- Evaluación general (véase el capítulo correspondiente)
- Evaluación de los síntomas urinarios y puntuación de síntomas (incluido un gráfico de frecuencia-volumen y un cuestionario)
- Evaluación de la calidad de vida y el deseo de tratamiento
- Exploración física: abdominal, rectal, neurológica sacra
- Análisis de orina ± urocultivo → en caso de infección, tratamiento y reevaluación
- Evaluación de la función de los músculos del suelo de la pelvis
- Evaluación de la orina residual posmiccional (ORPM)

Cualquier otra anomalía detectada, por ejemplo, ORPM significativa

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

Supuesta INCONTINENCIA DE ESFUERZO por incompetencia esfinteriana

INCONTINENCIA MIXTA (tratamiento de los síntomas más molestos en primer lugar)

Supuesta INCONTINENCIA DE URGENCIA por hiperactividad del detrusor

TRATAMIENTO

‘Ordeño’ uretral

Contracción de la musculatura del suelo de la pelvis

COMENTARIO DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO CON EL PACIENTE

- Intervenciones sobre los hábitos de vida



- Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis ± biorregulación
- Micción programada (entrenamiento vesical)
- Productos para la incontinencia
- Antimuscarínicos (vejiga hiperactiva ± incontinencia de urgencia) y antagonistas adrenérgicos alfa (en caso de que también exista obstrucción de la salida de la vejiga)

Fracaso

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

### 4.3 Tratamiento especializado de la IU en los varones

Es posible que el especialista decida reinstaurar en primer lugar el tratamiento inicial en caso de que el tratamiento previo pueda haber sido insuficiente. El tratamiento especializado de la IU en los varones se resume en la figura 2.

#### 4.3.1 Evaluación

Los pacientes con incontinencia ‘complicada’ derivados directamente para recibir tratamiento especializado probablemente necesitarán más pruebas para descartar otras enfermedades subyacentes, por ejemplo, citología, cistoureoscopia y estudios de imagen de las vías urinarias. Cuando estas pruebas son normales, pueden ser tratados de su incontinencia mediante opciones terapéuticas iniciales o especializadas según corresponda. Cuando persisten síntomas indicativos de hiperactividad del detrusor o incompetencia esfinteriana se recomienda realizar estudios urodinámicos para confirmar un diagnóstico a tenor de los resultados fisiopatológicos (diagnóstico urodinámico).

#### 4.3.2 Intervenciones

Cuando ha fracasado el tratamiento inicial y la incontinencia del paciente influye en la calidad de vida, pueden contemplarse tratamientos cruentos.

#### 4.3.3 Incompetencia esfinteriana

En caso de incompetencia esfinteriana, la opción recomendada es la implantación quirúrgica de un esfínter urinario artificial (EsUA) (grado de recomendación: B). Una opción alternativa consiste en una suspensión (cabestrillo) para varones.

##### 4.3.3.1 Hiperactividad del detrusor (HD)

En la HD idiopática (con síntomas de VHA incontrolables), los tratamientos recomendados son:

- Refuerzo quirúrgico de la vejiga con segmentos intestinales (grado de recomendación: C).
- Implantación de un neuromodulador (grado de recomendación: B).

Las inyecciones de toxina botulínica en el detrusor siguen siendo prometedoras en el tratamiento de la HD sintomática que no responde a otros tratamientos.

##### 4.3.3.2 Vaciamiento deficiente de la vejiga

Cuando la incontinencia se asocia a un vaciamiento **deficiente de la vejiga** por hipoactividad del detrusor, debe utilizarse un método eficaz para garantizar el vaciamiento, por ejemplo, autosondaje intermitente (ASI) (grado de recomendación: B-C).

#### 4.3.3.3 Obstrucción de la salida de la vejiga (OSV)

Cuando la incontinencia se debe a una OSV, debe liberarse la obstrucción (grado de recomendación: B-C). Las opciones de tratamiento farmacológico en caso de IU y OSV demostrada son alfabloqueantes o inhibidores de la 5-alfa reductasa (grado de recomendación: C-D). Cada vez hay más datos de la seguridad de los antimuscarínicos para tratar los síntomas de VHA en los varones con OSV, cuando se combinan con un alfabloqueante (grado de recomendación: B). En la actualidad, las inyecciones de toxina botulínica en el músculo detrusor se están utilizando ‘sin autorización’ en esta indicación.

**Figura 2:** Algoritmo sobre el tratamiento especializado de la IU en los varones

Tratamiento especializado de la incontinencia urinaria en los varones

ANTECEDENTES/EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Incontinencia después de una prostatectomía

Incontinencia con tenesmo vesical/polaquiuria

Incontinencia ‘complicada’:

- Incontinencia recurrente
- Incontinencia asociada a:
  - Irradiación prostática o pélvica
  - Cirugía pélvica radical

EVALUACIÓN CLÍNICA

- Considerar estudios urodinámicos y de imagen de las vías urinarias
- Uretrocistoscopia (si está indicada)

DIAGNÓSTICO

INCONTINENCIA DE ESFUERZO por incompetencia esfinteriana

INCONTINENCIA MIXTA

INCONTINENCIA DE URGENCIA por hiperactividad del detrusor (durante el llenado)

Considerar:

- Uretrocistoscopia
- Otros estudios de imagen
- Urodinámica

*Con obstrucción de la salida de la vejiga coexistente*

*Con detrusor hipoactivo coexistente (durante la evacuación)*

*Anomalía o enfermedad de las vías urinarias inferiores*

TRATAMIENTO

Cuando fracasa el tratamiento inicial:

- Esfínter urinario artificial
- Suspensión (cabestrillo) para varones
  
- Alfabloqueantes, inhibidores de la 5-AR
- Corrección de la obstrucción anatómica de la salida de la vejiga
- Antimuscarínicos

Cuando fracasa el tratamiento inicial:

- Neuromodulación
  
- Sondaje intermitente
- Antimuscarínicos
  
- Corrección de la anomalía
- Tratamiento de la enfermedad

#### 4.4 Tratamiento quirúrgico

La IU en los varones idóneos para una corrección quirúrgica puede clasificarse según la causa en incontinencia relacionada con el esfínter (postoperatoria, postraumática y congénita), incontinencia relacionada con la vejiga y fístulas (tabla 5). La evaluación sistemática inicial y otras evaluaciones se describen en la tabla 6.

**Tabla 5:** Clasificación etiológica de la IU corregible quirúrgicamente en los varones

##### **Relacionada con el esfínter**

- Postoperatoria
  - Después de una prostatectomía por una enfermedad benigna
  - Después de una prostatectomía por un cáncer de próstata
  - Después de radioterapia, braquiterapia, criocirugía o UCAI por un cáncer de próstata
  - Después de una cistectomía con neovejiga por un cáncer de vejiga
- Postraumática
  - Después de una interrupción prostatomembranosa y reconstrucción de la uretra
  - Traumatismo del suelo de la pelvis
- IU pediátrica no resuelta
  - Extrofia e epispadias incontinente

##### **Relacionada con la vejiga**

- IUU rebelde (vejiga hiperactiva)
- Vejiga de capacidad reducida

##### **Fístulas**

- Uretrocutáneas
- Rectouretrales

*UCAI = ultrasonidos centrados de alta intensidad; IU = incontinencia urinaria; IUU = incontinencia urinaria de urgencia.*

**Tabla 6:** Evaluación inicial antes del tratamiento quirúrgico

##### *Evaluación sistemática*

- Anamnesis y exploración física, análisis de orina, orina residual posmiccional, gráfico de frecuencia-volumen, prueba de la compresa y creatinina sérica en caso de sospechar nefropatía
- Otras evaluaciones según proceda (grado de comprobación científica: 2-4, grado de recomendación: A-C)*
- Cistouretroscopia para evaluar la integridad uretral, aspecto del esfínter, estenosis, trastornos vesicales y estudios de imagen de las vías urinarias superiores e inferiores (ecografía, cistouretrografía, pielografía intravenosa)
  - Estudios urodinámicos para evaluar la función del esfínter o el detrusor
  - Presión en el punto de fuga con Valsalva para medir la debilidad del esfínter
  - Puede realizarse un perfil de presión uretral (PPU) o una esfinterometría de perfusión retrógrada cuando va a implantarse un EsUA o una suspensión
  - Electromiograma del esfínter para investigar sospechas de neuropatía
  - Evaluación videourodinámica de presión/flujo multicanal para evaluar la función del detrusor y definir la fisiopatología subyacente

#### **4.4.1 Incontinencia después de cirugía por obstrucción benigna de la próstata o cáncer de próstata**

##### **4.4.1.1 Incontinencia después de cirugía por obstrucción benigna de la próstata (OBP)**

La incidencia de IU es similar tras la cirugía abierta, la resección transuretral de la próstata (RTUP), la incisión transuretral de la próstata (ITUP) y la enucleación con láser de holmio.

##### **4.4.1.2 Incontinencia después de cirugía por cáncer de próstata (CP)**

En general, la incidencia de IU después de una PR ha disminuido, pero sigue siendo un problema importante. En conjunto, las incidencias comunicadas varían entre el 5 % y el 48 %. Normalmente, los pacientes notifican un mayor grado de IU que sus médicos. El grado de IU varía y a menudo de estima mediante el número de compresas o absorbentes utilizados y su grado de humedad, el deterioro social y las molestias, que suelen evaluarse mediante instrumentos no normalizados.

##### **4.4.1.3 Definiciones de continencia post-PR**

Las definiciones de continencia post-PR son:

- Control total sin compresas ni pérdidas
- Sin compresas, pero con pérdida de algunas gotas de orina (‘manchado de la ropa interior’)
- Ninguna compresa o sólo una (‘compresa de seguridad’) al día.

##### **4.4.1.4 Factores de riesgo de incontinencia**

Los factores de riesgo descritos de incontinencia post-PR comprenden la edad en el momento de la cirugía, el tamaño de la próstata, las enfermedades concomitantes, la cirugía con conservación nerviosa, la estenosis del cuello de la vejiga, el estadio del tumor (posiblemente relacionado con la técnica quirúrgica) y la disfunción vesical y esfinteriana preoperaria. El riesgo no guarda relación con la técnica de prostatectomía (radical, no radical o robótica: estos trabajos proceden en su totalidad de centros de excelencia).

##### **4.4.1.5 Tratamiento intervencionista de la incontinencia post-PR**

Tras un período de tratamiento conservador de al menos 6-12 meses, el EsUA es el tratamiento de elección para los pacientes con IU moderada o grave. En estudios en los que se han comunicado los resultados terapéuticos de la IU tras cirugía por VHA y CP en conjunto, las tasas de éxito del EsUA oscilan entre el 59 % y el 90 % (0-1 compresa/día). Las tasas de éxito a largo plazo y la satisfacción elevada de los pacientes parecen superar la necesidad de revisiones periódicas en algunos casos. Hasta que no se observe una experiencia similar con tratamientos menos cruentos más modernos, el EsUA sigue siendo el tratamiento de referencia con el que deben compararse todos los demás tratamientos (grado de comprobación científica: 2) (grado de recomendación: B).

Las suspensiones para varones son una alternativa en los varones con IU leve o moderada (la radioterapia es un factor de riesgo adverso). La tasa de éxito mínimo global es del 58 % y los mejores resultados se obtienen en los pacientes con pérdidas

bajas o moderadas de orina que no han recibido radioterapia (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

Las sustancias de relleno constituyen una opción menos eficaz en algunos varones con IU leve o moderada. La tasa de fracaso precoz ronda el 50 % y los efectos beneficiosos disminuyen con el tiempo (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

La implantación de globos ajustables compresivos es una nueva opción terapéutica. Parece que se han resuelto las elevadas tasas iniciales de complicaciones. Sin embargo, se necesitan más datos antes de poder emitir recomendaciones concretas (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: D).

#### **4.4.1.6 Edad**

La edad no constituye una restricción para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia después de una prostatectomía. Sin embargo, el deterioro cognitivo y la falta de una destreza normal pueden restringir el uso de un EsUA y deben valorarse antes de la intervención (grado de comprobación científica: 3-4) (grado de recomendación: C).

#### **4.4.1.7 Incontinencia post-PR con estenosis del cuello de la vejiga**

Las opciones terapéuticas en caso de incontinencia post-PR con estenosis del cuello de la vejiga concomitante y otros tipos de estenosis quirúrgica son la uretrotomía interna visual, seguida de la implantación de un EsUA cuando se haya estabilizado la uretra.

#### **4.4.2 Incontinencia después de radioterapia externa por un CP**

El riesgo de incontinencia tras recibir radioterapia externa oscila entre el 0 % y el 18,9 %, aunque quizá aumente con el tiempo. Los pacientes que se han sometido a una RTUP antes o después del tratamiento corren un mayor riesgo más precoz, del 5 %-11 %. La radioterapia adyuvante puede aumentar el riesgo de incontinencia post-PR. También la PR de rescate después de radioterapia conlleva un mayor riesgo de incontinencia.

##### **4.4.2.1 EsUA después de radioterapia**

Aunque variable, la tasa de revisión tras la radioterapia es mayor que sin radioterapia, como consecuencia de una mayor incidencia de erosión e infección, debida posiblemente a atrofia uretral secundaria a vasculitis inducida por la radiación. También puede aparecer hiperactividad del detrusor y contracturas del cuello de la vejiga. Se recomienda una desactivación prolongada o intermitente del esfínter; el manguito del esfínter debe colocarse fuera del campo de radioterapia.

##### **4.4.2.2 Conclusión**

Un esfínter artificial es el tratamiento más utilizado. La radioterapia es un factor de riesgo de aumento de las complicaciones (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C).

##### **4.4.2.3 Otros tratamientos para la IUE después de radioterapia**

Algunos datos limitados indican que las suspensiones con compresión perineal pueden ser un tratamiento alternativo. Sin embargo, las sustancias inyectables no han tenido éxito (grado de comprobación científica 3; grado de recomendación: C).

#### **4.4.3 Incontinencia después de otro tratamiento por CP**

##### **4.4.3.1 Braquiterapia**

Después de la braquiterapia, aparece incontinencia en el 0 %-45 % de los casos. La RTUP después de la braquiterapia comporta un riesgo elevado de incontinencia.

##### **4.4.3.2 Crioterapia**

La radioterapia antes de crioterapia constituye un factor de riesgo de incontinencia; surgen fístulas en el 0 %-5 %.

##### **4.4.3.3 Ultrasonidos centrados de alta intensidad (UCAI)**

La tasa de incontinencia disminuye con la experiencia quirúrgica.

##### **4.4.3.4 Recomendación**

El esfínter artificial es lo que se emplea de forma más extendida (grado de recomendación: C). Las sustancias inyectables no han tenido éxito (grado de recomendación: C).

#### **4.4.4 Tratamiento de la incontinencia tras una neovejiga**

Las tasas de continencia obtenidas dos años después de una derivación urinaria ortotópica son del 85 %-100 % durante el día y del 55 %-100 % por la noche. El tratamiento consiste en medidas conservadoras, sondaje intermitente e implantación de un esfínter artificial (grado de recomendación: C).

#### **4.4.5 Lesiones uretrales y del suelo de la pelvis**

Aparece incontinencia después de lesiones de la porción posterior de la uretra en el 0 %-20 % de los pacientes. El tratamiento quirúrgico publicado con más frecuencia es el EsUA (grado de comprobación científica: 2) (grado de recomendación: B).

Según el caso, se requieren intervenciones adicionales, por ejemplo, reconstrucción de la uretra o el cuello de la vejiga. Cuando la reconstrucción es imposible, una opción terapéutica consiste en el cierre del cuello de la vejiga y la construcción de un estoma abdominal sondable de Mitrofanoff (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

En los pacientes con estenosis grave del cuello de la vejiga e incontinencia puede utilizarse una endoprótesis intrauretral junto con un EsUA (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

##### **4.4.5.1 Recomendación**

###### **Recomendación**

- Aunque son posibles otros tratamientos, el EsUA depara resultados razonables en casos apropiados.

#### **4.4.6 Incontinencia en el complejo epispadias-extrofia del adulto**

Los pacientes deben ser tratados en centros de excelencia mediante un método adaptado al paciente. Las opciones de tratamiento comprenden:

- cirugía reconstructora del cuello de la vejiga
- cierre del cuello de la vejiga
- reconstrucción de la vejiga
- desviación urinaria.

No existen datos suficientes para emitir una recomendación concreta. La transición del paciente entre el urólogo pediátrico y adulto es importante. El seguimiento a largo plazo es imprescindible, especialmente en cuanto a continencia, eficiencia de la micción, estado de las vías urinarias superiores y otras complicaciones urológicas (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

#### **4.4.7 IUU rebelde e HD idiopática**

La inyección de toxina botulínica A en el detrusor es un tratamiento mínimamente invasor con cierta eficacia que se emplea actualmente como inyección en el detrusor ‘sin autorización’ en esta indicación. Otras opciones de tratamiento son la neuromodulación y la miectomía del detrusor, que han tenido éxito en algunos varones. La cistoplastia de refuerzo con segmentos intestinales es potencialmente eficaz para controlar los síntomas, pero puede producir efectos secundarios. La derivación urinaria es una opción final (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

#### **4.4.8 Incontinencia y vejiga de capacidad reducida**

La cistoplastia de refuerzo ha resultado eficaz en caso de vejiga de capacidad reducida por la mayoría de las causas, excepto cistitis por radioterapia (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

#### **4.4.9 Fístulas uretrocutáneas y rectouretrales**

La etiología de las fístulas adquiridas puede ser yatrogénica, traumatismos, inflamación y tumores. Las fístulas en los varones son, en su mayor parte, yatrogénicas (cirugía, radioterapia, crioterapia, UCAI) o inflamatorias (diverticulitis). La localización y las dimensiones de las fístulas uretrocutáneas adquiridas se demuestran mediante estudios clínicos, endoscópicos y de imagen.

Se realiza una reconstrucción quirúrgica según sea necesario. Se aplican maniobras diagnósticas similares a las fístulas rectouretrales. La reconstrucción quirúrgica puede efectuarse en caso de fístulas que no cierran, con o sin derivación urinaria y fecal temporal. La mayoría de las reparaciones se llevan a cabo tras una derivación fecal previa. Hay diversas técnicas disponibles para el cierre y pueden realizarse en colaboración con cirujanos colorrectales (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

#### **4.4.10 Tratamiento de las complicaciones del EsUA**

La incontinencia recurrente tras la implantación de un EsUA puede ser consecuencia de una alteración de la función vesical, de atrofia uretral o de un fallo mecánico. La totalidad o parte de la prótesis debe retirarse quirúrgicamente cuando hay infección o erosión de

sus componentes. Los factores de riesgo comprenden cirugía, radioterapia, sondaje y endoscopia (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

#### **4.5 Bibliografía\***

*\*Existe una lista exhaustiva de citas bibliográficas a disposición para fines de consulta por Internet en el sitio web de la sociedad (<http://www.uroweb.org/professional-resources/guidelines/>) y en la versión en cd-rom de la guía clínica.*

### **5. INCONTINENCIA EN LAS MUJERES\***

\*Esta sección de la guía clínica se basa en las recomendaciones de los comités de la ICI presididos por Jean Hay-Smith (comité 12: Tratamiento conservador en adultos), Tony Smith (comité 14: Cirugía para la incontinencia urinaria en las mujeres) y Linda Brubaker (comité 15: Cirugía para el prolapso de órganos pélvicos).

#### **5.1 Evaluación inicial**

La evaluación inicial debe separar a las pacientes que presentan una incontinencia ‘complicada’, que requieren derivación para tratamiento especializado, de las que son más adecuadas para una evaluación general. El grupo de incontinencia ‘complicada’ consta de pacientes con:

- Dolor
- Hematuria
- Infecciones recurrentes
- Disfunción miccional
- Prolapso importante de órganos pélvicos
- Fracaso de cirugía previa para la incontinencia
- Radioterapia pélvica previa
- Cirugía pélvica previa
- Sospecha de fistulas.

El resto de pacientes, con antecedentes de IU identificados mediante la evaluación inicial, puede estratificarse en tres grupos sintomáticos principales de mujeres adecuadas para recibir tratamiento inicial en atención primaria:

- Incontinencia de esfuerzo



- Síntomas de vejiga hiperactiva (VHA): tenesmo vesical con o sin incontinencia de urgencia, polaquiuria y nicturia
- Incontinencia de urgencia y esfuerzo mixta.

La exploración física sistemática incluye una exploración abdominal, pélvica y perineal. Las mujeres deben realizar una ‘prueba de esfuerzo’ (tos y hacer esfuerzos) para detectar una pérdida secundaria a incompetencia esfinteriana. Ha de evaluarse todo POP o atrofia genitourinaria. También es importante evaluar la función voluntaria de los músculos del suelo de la pelvis mediante exploración vaginal o rectal antes de enseñar ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis (EMSP).

## 5.2 Tratamiento inicial de la IU en las mujeres

En las mujeres con IU de esfuerzo, de urgencia o mixta, el tratamiento inicial consiste en asesoramiento adecuado sobre los hábitos de vida, fisioterapia, una pauta miccional programada, terapia conductual y medicación (tabla 7, figura 3). Algunas recomendaciones se basan en pruebas científicas sólidas y coherentes de sus efectos. Sin embargo, muchas otras se basan en datos insuficientes de grado 1 ó 2 y son, básicamente, hipótesis que precisan más pruebas de sus efectos beneficiosos.

**Tabla 7:** Tratamiento inicial de la IU en las mujeres

### Tratamiento GR

#### *Intervenciones sobre los hábitos de vida*

- En las mujeres con obesidad mórbida y moderada, la pérdida de peso contribuye a reducir la prevalencia de IU
- La reducción del consumo de cafeína puede beneficiar a los síntomas de IU
- Únicamente en las pacientes con un consumo anormalmente alto de líquidos puede probarse a reducir dicho consumo, ya que una disminución de los líquidos puede provocar IVU, estreñimiento o deshidratación
- El hecho de cruzar las piernas y doblarse hacia delante puede contribuir a reducir las pérdidas durante la tos y otras maniobras de provocación

#### *Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis: consideraciones generales*

- El EMSP debe ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a las mujeres con IU de esfuerzo, de urgencia o mixta
- Ha de aplicarse el programa de EMSP más intensivo posible (es decir, cantidad de ejercicio y de supervisión por profesionales sanitarios) dentro de los límites del servicio, ya que los programas supervisados por profesionales sanitarios son más eficaces que los programas autodirigidos. Además, un mayor contacto con profesionales sanitarios es mejor que uno menor
- La adición de biorregulación al programa de EMSP no parece beneficiosa:
  - biorregulación en la consulta
  - biorregulación en el domicilio

#### *Conos vaginales*

- Los CV pueden ofrecerse a las mujeres con IUE o IUM
- Los CV pueden ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a quienes puedan y estén preparadas para usarlos
- Es posible que los CV no resulten útiles por sus efectos secundarios y molestias
- Los CV y la EE parecen igualmente eficaces en la IUE e IUM, si bien la utilidad de ambos se encuentra limitada por sus efectos secundarios y molestias

#### *Estimulación eléctrica*

- La EE puede ofrecerse a las mujeres con IUE, IUU o IUM
- En el tratamiento de la IUE, la aplicación de EE durante 6 meses, 50 Hz dos veces al día en el domicilio, puede ser mejor que la ausencia de tratamiento
- La EE de baja intensidad domiciliaria a diario durante 6 meses podría ser mejor que 16 sesiones de EE máxima en la consulta
- En el tratamiento de la IUU secundaria a HD, la aplicación de EE durante 9 semanas, 4-10 Hz dos veces al día en el domicilio, puede ser mejor que la ausencia de tratamiento
- La adición de EE a un programa de EMSP asistido por biorregulación no parece añadir efectos beneficiosos
- La EE puede tener una utilidad limitada, ya que algunas mujeres no pueden utilizarla (debido a contraindicaciones), tienen dificultades para usarla o no les gusta

#### *Estimulación magnética*

- La EM sólo debe emplearse como parte de un ensayo clínico ya que no se han confirmado sus beneficios

#### *Entrenamiento de la vejiga*

- El EV constituye un tratamiento de primera línea adecuado de la IUU en las mujeres
- El EV o los antimuscarínicos pueden ser eficaces para tratar la IUU
- Algunas pacientes prefieren el EV porque no produce los acontecimientos adversos asociados al tratamiento farmacológico
- La adición de unas instrucciones escritas breves acerca del EV, además de la farmacoterapia, carece de beneficios
- En las mujeres con síntomas de IUE o IUM, una combinación de EMSP/EV puede ser mejor que el EMSP aislado a corto plazo
- Los médicos e investigadores han de consultar la bibliografía relativa al condicionamiento operante y la educación para explicar su elección de los parámetros o la estrategia de entrenamiento
- Los médicos deben ofrecer la supervisión más intensiva posible del EV dentro de las limitaciones del servicio

#### *Micción programada*

- La micción programada con un intervalo miccional de 2 horas puede ser beneficiosa como intervención aislada en las mujeres con IU leve y patrones miccionales infrecuentes

NR

*GR = grado de recomendación; IU = incontinencia urinaria; IVU = infección de las vías urinarias; EMSP = entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis; CV = cono vaginal; IUE = incontinencia urinaria de esfuerzo; IUM = incontinencia urinaria mixta; EE = estimulación eléctrica; EM = estimulación magnética; IUU = incontinencia urinaria de urgencia; HD = hiperactividad del detrusor; NR = ninguna recomendación posible; EV = entrenamiento vesical.*

### **5.2.1 Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis (EMSP) en circunstancias especiales**

Las recomendaciones siguientes pueden facilitar la toma de decisiones en grupos concretos. Sin embargo, la mayoría de ellas son, básicamente, hipótesis que requieren una evaluación más profunda. Dado que faltan datos empíricos, las recomendaciones presentadas a continuación se basan en la opinión de expertos.

#### **Recomendaciones relativas al EMSP en circunstancias especiales**

##### **Recomendaciones**

##### **GR**

##### *Mujeres embarazadas de su primer hijo*

- Ofrecer un EMSP preparto intensivo de fortalecimiento

- Proporcionar un contacto regular con profesionales sanitarios para supervisar el EMSP con el fin de evitar la IU después del parto:
  - mujeres continentales a las 18 semanas
  - estrategias poblacionales, es decir, intervención ofrecida con independencia de que las mujeres sean continentales a las 20 semanas de gestación

*Mujeres en el período puerperal, inmediatamente después del parto*

- Tras el parto vaginal de un feto grande ( $\geq 4.000$  g) o un parto con fórceps será beneficioso un programa de EMSP enseñado individualmente, que incluya asesoramiento sobre el modo de mantener el programa

*Mujeres en el período puerperal con síntomas persistentes de IU 3 meses después del parto*

- El EMSP se ofrece como tratamiento conservador de primera línea
- Programas ‘intensivos’, es decir, cantidad alta y muy supervisada de ejercicio

*Mujeres con IUE*

- El EMSP es más eficaz que la EE como tratamiento conservador de primera línea, sobre todo cuando el EMSP se supervisa de manera intensiva
- El EMSP es más eficaz que el EV como tratamiento conservador de primera línea
- El EMSP y duloxetina son eficaces. Los médicos y las mujeres pueden optar por probar el EMSP en primer lugar debido a los efectos secundarios asociados al tratamiento farmacológico
- El EMSP y la cirugía son eficaces, pero muchos médicos y mujeres prefieren el EMSP como tratamiento de primera línea porque es menos invasor
- El EMSP y los CV son eficaces. El EMSP es la opción de primera elección porque conlleva menos pérdidas y algunas mujeres no pueden utilizar CV o no les gusta emplearlos
- El EMSP es mejor que clembuterol o clorhidrato de fenilpropanolamina como tratamiento de primera línea debido a los efectos secundarios experimentados con los medicamentos
- Una combinación de EMSP + EV puede ser mejor que el EMSP aislado a corto plazo

*Mujeres con IUU o IUM*

- El EMSP y el EV son eficaces como tratamientos conservadores de primera línea
- El EMSP es mejor que oxibutinina como tratamiento de primera línea

*GR = grado de recomendación; EMSP = entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis; IU = incontinencia urinaria; IUE = incontinencia urinaria de esfuerzo; EE = estimulación eléctrica; EV = entrenamiento vesical; CV = cono vaginal; IUU = incontinencia urinaria de urgencia; IUM = incontinencia urinaria mixta.*

**Figura 3:** Algoritmo sobre el tratamiento inicial de la IU en las mujeres

Tratamiento inicial de la incontinencia urinaria en las mujeres

ANTECEDENTES

Incontinencia con la actividad física

Incontinencia con síntomas mixtos

Incontinencia o polaquiuria, con o sin incontinencia de urgencia

Incontinencia ‘complicada’

- Incontinencia recurrente
- Incontinencia asociada a:
  - Dolor
  - Hematuria
  - Infección recurrente
  - Síntomas miccionales significativos
  - Irradiación pélvica
  - Cirugía pélvica radical
  - Sospecha de fistulas

EVALUACIÓN CLÍNICA

- Evaluación general
- Evaluación de los síntomas urinarios (incluido un gráfico de frecuencia-volumen y un cuestionario)
- Evaluación de la calidad de vida y el deseo de tratamiento
- Exploración física: abdominal, pélvica y perineal

- Prueba de la tos para demostrar una incontinencia de esfuerzo si procede
- Análisis de orina ± urocultivo → en caso de infección, tratamiento y reevaluación *según proceda*
- Evaluación del estado estrogénico y tratamiento según proceda
- Evaluación de la contracción voluntaria de la musculatura del suelo de la pelvis
- Evaluación de la orina residual posmiccional

#### DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

Supuesta INCONTINENCIA DE ESFUERZO por incompetencia esfínteriana

INCONTINENCIA MIXTA (tratamiento de los síntomas más molestos en primer lugar)

Supuesta vejiga hiperactiva (VHA), con o sin INCONTINENCIA DE URGENCIA, por hiperactividad del detrusor

Si se detecta otra anomalía, por ejemplo,

- Orina residual posmiccional significativa
- Prolapso importante de órganos pélvicos
- Masa pélvica

#### TRATAMIENTO

- Intervenciones sobre los hábitos de vida
- Entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis para la IUE o VH
- Reentrenamiento vesical para la VHA
- Duloxetina\* (IUE) o antimuscarínico (VHA ± incontinencia de urgencia)

\**Sujeto a la aprobación administrativa local*

- Otros complementos, tales como estimulación eléctrica
- Dispositivos vaginales, insertos uretrales

Fracaso

#### TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

### 5.3 Tratamiento especializado de la IU en las mujeres

#### 5.3.1 Evaluación

Las mujeres con incontinencia ‘complicada’ que requiere tratamiento especializado necesitarán probablemente otras pruebas para descartar enfermedades subyacentes, por ejemplo, citología, cistouretroscopia o estudios de imagen de las vías urinarias. Cuando estas pruebas no revelan más enfermedades, la IU de la paciente debe ser tratada mediante opciones terapéuticas iniciales o especializadas, según proceda (figura 4).

Es probable que las mujeres en que ha fracasado el tratamiento inicial o que presentan un deterioro de la CdV soliciten más tratamiento. El tratamiento intervencionista puede resultar útil cuando se ha aplicado un ensayo adecuado de tratamiento inicial. Se recomienda encarecidamente realizar pruebas urodinámicas para diagnosticar el tipo de IU antes de la intervención cuando es probable que los resultados influyan en la elección del tratamiento. También puede ser útil comprobar la función uretral mediante un perfil de presión uretral o presión en el punto de fuga durante las pruebas urodinámicas.

Se recomienda encarecidamente una evaluación sistemática en busca de POP. En los estudios de investigación debe utilizarse el método de cuantificación del POP. Ha de tratarse todo POP coexistente.

#### 5.3.2 Tratamiento

Cuando se confirma una IUE urodinámica, pueden recomendarse las siguientes opciones de tratamiento a las pacientes con movilidad del cuello de la vejiga y la uretra:

- toda la gama de tratamientos no quirúrgicos
- intervenciones de suspensión retropúbica
- operaciones de suspensión del cuello de la vejiga/suburetrales.

Puede ser útil corregir un POP sintomático al mismo tiempo. En las pacientes con movilidad limitada del cuello de la vejiga ha de contemplarse la utilización de intervenciones de suspensión del cuello de la vejiga, sustancias de relleno inyectables y un esfínter urinario artificial.

La incontinencia de urgencia (vejiga hiperactiva) secundaria a una HD idiopática puede tratarse mediante neuromodulación o refuerzo de la vejiga. La inyección de toxina botulínica puede utilizarse para tratar una HD sintomática que no responde a otros tratamientos (grado de recomendación: C). La toxina botulínica se está empleando actualmente para la inyección del detrusor ‘sin autorización’ en esta indicación.

Las pacientes con disfunción miccional que provoca una orina residual posmiccional significativa pueden tener una obstrucción de la salida de la vejiga o hipoactividad del detrusor. El POP es una causa frecuente de disfunción miccional.

**Figura 4:** Algoritmo sobre el tratamiento especializado de la IU en las mujeres

Tratamiento especializado de la incontinencia urinaria en las mujeres

ANTECEDENTES/EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Incontinencia con la actividad física

Incontinencia con síntomas mixtos

Incontinencia con tenesmo vesical/polaquiuria

Incontinencia ‘complicada’:

- Incontinencia recurrente
- Incontinencia asociada a:
  - Dolor
  - Hematuria
  - Infección recurrente
  - Síntomas miccionales
  - Irradiación pélvica
  - Cirugía pélvica radical
  - Sospecha de fistulas

EVALUACIÓN CLÍNICA

- Evaluación de la movilidad/prolapso de órganos pélvicos
- Considerar el estudio de imagen de las vías urinarias/suelo de la pelvis
- Urodinámica (*véase el texto*)

DIAGNÓSTICO

INCONTINENCIA DE ESFUERZO URODINÁMICA (IEU)

INCONTINENCIA MIXTA (IEU/IHD) (tratar primero los síntomas más molestos)

INCONTINENCIA POR HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR (IHD)

INCONTINENCIA asociada a un vaciamiento deficiente de la vejiga

Considerar:

- Uretrocistoscopia
- Otros estudios de imagen
- Urodinámica

*Obstrucción de la salida de la vejiga*

*Detrusor hipoactivo*

*Anomalía o enfermedad de las vías urinarias inferiores*

TRATAMIENTO

Cuando fracasa el tratamiento inicial:

- Cirugía para la incontinencia de esfuerzo
  - Sustancias de relleno
  - Bandas y suspensiones
  - Colposuspensión
- Esfínter urinario artificial

Cuando fracasa el tratamiento inicial:

- Toxina botulínica
- Neuromodulación
- Refuerzo de la vejiga
  
- Corrección de la obstrucción anatómica de la salida de la vejiga (por ejemplo, prolapso genitourinario)

Sondaje intermitente

- Corrección de la anomalía
- Tratamiento de la enfermedad

## 5.4 Cirugía para la IU en las mujeres

Las técnicas quirúrgicas para tratar la IU en las mujeres se recogen en la tabla 8. Existen diversas variables de confusión en relación con una cirugía con éxito (tabla 9). La incidencia real de complicaciones asociadas a la cirugía para la IU se desconoce, ya que no hay métodos normalizados de notificación ni definiciones. Además, hay discrepancias entre la práctica universitaria y comunitaria. Sin embargo, parece que existe una baja incidencia de la mayor parte de las complicaciones, lo que dificulta la realización de cálculos de potencia estadística en relación con EAC. Los registros nacionales aportan cierta información sobre el grado de complicaciones. Las complicaciones son menos probables con una formación quirúrgica adecuada (grado de comprobación científica: 2-3) y las habilidades pueden mantenerse mediante la realización de un mínimo de 20 casos anuales de cada intervención principal (*National Institute of Clinical Excellence, NICE*).

**Tabla 8:** Cirugía para la IU en las mujeres

**Técnica quirúrgica**

**GCC**

**GR**

Colporrafia anterior

- El resultado de la colporrafia anterior es equivalente al de la suspensión con agujas, pero es menos eficaz que la colposuspensión abierta. La eficacia se deteriora notablemente con el tiempo
- La colporrafia anterior no se recomienda como tratamiento de la IUE aislada

*Colposuspensión abierta*

- Eficacia similar a la de las suspensiones retropúbicas mediouretrales
- Eficacia similar a la de las suspensiones del cuello de la vejiga
- Eficacia similar a la de las suspensiones transobturatrices
- El riesgo de disfunción miccional es mayor que con la BVST

- El riesgo de disfunción miccional es menor que con las suspensiones
- El prolapso tras la colposuspensión es más probable que después de una BVST
- El riesgo de HD *de novo* es el mismo que después de una BVST
- La uretroplastia de Mitrofanoff, la SCV y la reparación paravaginal no se recomiendan para el tratamiento de la IUE aislada
- La colposuspensión abierta es un tratamiento eficaz y duradero de la IUE primaria

#### *Colposuspensión laparoscópica*

- La colposuspensión laparoscópica es equivalente a la colposuspensión abierta cuando la practican cirujanos laparoscópicos con experiencia
- Tasas de curación iguales o superiores a las de la BVST
- Tiempo quirúrgico más breve y recuperación más rápida en comparación con la BVST
- La colposuspensión laparoscópica es una opción para tratar la IUE
- La colposuspensión laparoscópica debe ser realizada exclusivamente por cirujanos laparoscópicos con experiencia

#### *Intervenciones de suspensión (cabestrillo) tradicionales*

- La suspensión con fascia autóloga es eficaz
- La suspensión con fascia autóloga puede ser más eficaz que las suspensiones biológicas y sintéticas
- Los acontecimientos adversos pueden ser más frecuentes que con materiales no autólogos
- La suspensión con fascia autóloga se recomienda como tratamiento eficaz y duradero de la IUE

#### *Sustancias de relleno uretral*

- Las sustancias de relleno uretral deparan una mejoría sintomática semejante a la obtenida con placebo y grasa autóloga
- Menos eficaz que la cirugía convencional
- No hay datos que demuestren que una sustancia de relleno es más eficaz que otra
- No hay datos que permitan comparar las sustancias de relleno uretral con tratamientos no quirúrgicos o con otras técnicas quirúrgicas de acceso mínimo
- Las mujeres han de ser conscientes de que la eficacia de las sustancias de relleno uretrales disminuye con el tiempo, que pueden ser necesarias inyecciones repetidas y que la eficacia es inferior a la de otras técnicas quirúrgicas

#### *Bandas mediouretrales*

- La BVST es más eficaz que la banda SPARC®
- IVS® tiene una eficacia similar a la de la BVST, pero con una tasa más alta de complicaciones

#### *Bandas mediouretrales frente a otros procedimientos*

- La BVST es tan eficaz como la colposuspensión e intervenciones de suspensión tradicionales
- El tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y el regreso a la actividad normal son más breves con la BVST que con la colposuspensión
- Los problemas miccionales postoperatorios y la necesidad de cirugía por prolapso son más frecuentes con la colposuspensión

#### *Bandas retropúbicas y transobturatrices*

- Eficacia similar durante 12 meses
- Tasas similares de complicaciones en un estudio finlandés
- El riesgo relativo de lesión vesical se multiplica por 6 con la suspensión retropúbica
- El riesgo relativo de lesión uretral se multiplica por 4 con la suspensión transobturatriz

#### *Contraindicaciones de las suspensiones mediouretrales*

- Las contraindicaciones absolutas comprenden fístula uretrovaginal, divertículo uretral, lesión uretral intraoperatoria y neoplasia urinaria maligna no tratada
- Mayor riesgo de complicaciones, entre ellas, fracaso de la radioterapia, IVU, esteroides, EPOC, tratamiento anticoagulante, atrofia vaginal, anomalías congénitas (extrofia, ectopia ureteral, etc.) y embarazo planificado

#### *'Minisuspensiones'*

- Datos inmaduros, ninguna recomendación posible

#### *Cirugía para tratar la hiperactividad del detrusor*

- La neuromodulación sacra parece beneficiosa en las pacientes con incontinencia de urgencia, así como en caso de tenesmo vesical y polaquiuria
- La estimulación del nervio tibial posterior es eficaz, pero su durabilidad es un problema

#### *Divertículos uretrales*

- Ninguna recomendación de grado A en cuanto al algoritmo diagnóstico o el tratamiento complementario óptimo de la IUE concomitante
- Un estudio a largo plazo reveló la aparición de recidiva del divertículo en el 17 %, de IUE *de novo* en el 38 % y de dispareunia en el 22 %

#### *Fístulas urinarias no obstétricas*

- Ninguna recomendación de grado A en cuanto a evaluación de las fistulas, momento de la intervención correctora, métodos y complementos de corrección y estrategias terapéuticas asociadas. Todos los datos se basan en series clínicas o estudios de casos y faltan estudios aleatorizados y controlados

NR

*GCC = grado de comprobación científica; GR = grado de recomendación; IUE = incontinencia urinaria de esfuerzo; BVST = banda vaginal sin tensión; NR = ninguna recomendación posible; MMK = Marshall-Marchetti-Krantz; SCV = suspensión del cuello de la vejiga; HD = hiperactividad del detrusor; SIV = suspensión intravaginal; IVU = infección de las vías urinarias; EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica.*

**Tabla 9:** Variables de confusión en relación con la práctica de cirugía por IU en las mujeres

#### **Variables de confusión en relación con la práctica de cirugía**

- Edad
- Actividad física
- Enfermedad médica
- Enfermedad psiquiátrica
- Obesidad
- Número de partos
- Cirugía previa por incontinencia
- Histerectomía durante la intervención contra la incontinencia
- Raza
- Intensidad y duración de los síntomas
- Vejiga hiperactiva
- Fuerzas oclusiva uretrales
- Factores quirúrgicos

#### **5.4.1 Criterios de valoración**

Hasta que no se defina un instrumento universal de valoración, han de aplicarse diversos criterios de valoración, entre los que figuran:

- Síntomas y cuestionario de molestias separado
- Resultados clínicamente importantes (uso de compresas, tasas de reintervención, anticolinérgicos, autosondaje intermitente limpio (AIL) e IVU recurrentes)
- Complicaciones
- Instrumento de CdV con ‘diferencia mínima clínicamente importante’ (DMCI) Índice de impresión global
- Resultados de economía sanitaria.



## Recomendaciones relativas al tratamiento quirúrgico de la IUE

### Intervención quirúrgica

- Colporrafia anterior
- SCV transvaginal (con agujas)
- Intervención de Burch: abierta
- Intervención de Burch: laparoscópica (sólo por un cirujano laparoscópico con experiencia)
- Paravaginal
- Uretroplastia de MMK
- Suspensión del CV: fascia autóloga
- Suspensiones suburetrales (BVST)
- Sustancias de relleno uretral

NR

*NR = ninguna recomendación posible; SCV = suspensión del cuello de la vejiga; GR = grado de recomendación; MMK = Marshall-Marchetti-Krantz; CV = cuello de la vejiga; BVST = banda vaginal sin tensión.*

## 5.5 Bibliografía\*

*\*Existe una lista exhaustiva de citas bibliográficas a disposición para fines de consulta por Internet en el sitio web de la sociedad (<http://www.uroweb.org/professional-resources/guidelines/>) y en la versión en cd-rom de la guía clínica.*

## 6. INCONTINENCIA URINARIA EN VARONES Y MUJERES DÉBILES O DE EDAD AVANZADA\*

*\*Esta sección de la guía clínica se centra en los varones y mujeres débiles y de edad avanzada. Se basa en las recomendaciones del comité de la ICI presidido por Catherine Dubeau.*

A las personas de edad avanzada sanas se les debe ofrecer una variedad de opciones terapéuticas similar a la de las personas más jóvenes. Sin embargo, las personas débiles o de edad avanzada requieren un abordaje diferente. La evaluación debe determinar la posible intervención de la comorbilidad, los medicamentos presentes (con o sin receta y naturopáticos) y el deterioro funcional o cognitivo en relación con el tratamiento de la IU. Los estudios y la intervención en personas débiles o de edad avanzada deben tener en cuenta el grado de molestias para el paciente o su cuidador, los objetivos de la asistencia, el grado de cooperación, así como el pronóstico general y la esperanza de vida. En la mayoría de las personas débiles o de edad avanzada debería ser posible un tratamiento eficaz que satisfaga los objetivos de la asistencia.

### 6.1 Anamnesis y evaluación de los síntomas

#### 6.1.1 Principios generales

Dado que los varones y las mujeres débiles o de edad avanzada presentan una prevalencia muy elevada de IU, ha de realizarse una búsqueda activa de casos y un cribado de la IU en todas las personas débiles o de edad avanzada (grado de

recomendación: A). La anamnesis debe identificar las enfermedades coexistentes y los medicamentos con probabilidades de provocar o empeorar la IU.

### **Recomendaciones relativas a la evaluación**

#### **Recomendaciones**

#### **GR**

Exploración rectal para identificar sobrecarga o impactación fecal

Evaluación funcional (movilidad, transferencias, destreza manual, capacidad de ir al baño con éxito)

Cribado de la depresión

Evaluación cognitiva para ayudar a planificar el tratamiento

*GR = grado de recomendación*

La regla nemotécnica en inglés DIAPPERS (delirio, infección, vaginitis atrófica, medicamentos, estado psicológico, producción excesiva de orina, movilidad reducida, impactación fecal) incluye algunas enfermedades concomitantes y factores a tener en cuenta. Han de destacarse dos alteraciones respecto a la regla nemotécnica original; se trata de:

- La vaginitis atrófica no causa, por sí sola, IU y no debe tratarse exclusivamente con la finalidad de disminuir la IU aislada (grado de recomendación: B).
- Los criterios de consenso actuales para el diagnóstico de IVU son poco sensibles e inespecíficos en las personas que viven en residencias de ancianos (grado de comprobación científica: 2).

Ha de preguntarse directamente al paciente o su cuidador acerca de:

- Grado de molestias de la IU (grado de recomendación: B).
- Objetivos de la asistencia de la IU (sequedad, disminución específica de la intensidad de los síntomas, calidad de vida, reducción de la comorbilidad, disminución de la carga de tratamiento) (grado de recomendación: B).
- El grado probable de cooperación con el tratamiento (grado de recomendación: C).

También es importante tener en cuenta el pronóstico general y la esperanza de vida del paciente (grado de recomendación: C).

Todos los pacientes deben someterse a un cribado de hematuria (grado de recomendación: C), ya que se desconoce si el tratamiento de la bacteriuria y piuria asintomática resulta beneficioso por lo demás (ninguna recomendación posible). Este tipo de tratamiento puede ser perjudicial al aumentar el riesgo de resistencia a anticuerpos y provocar efectos adversos graves, como colitis por *Clostridium difficile* (grado de recomendación: C). No hay datos suficientes para recomendar una prueba de esfuerzo clínica en las personas débiles o de edad avanzada.

### **6.1.2 Nicturia**

En las personas débiles o de edad avanzada con nicturia molesta, la evaluación debe centrarse en la identificación de las causas subyacentes potenciales, entre ellas (grado de recomendación: C):

- Poliuria nocturna.
- Problema primario del sueño (como apnea del sueño).
- Trastornos que originan un volumen evacuado bajo (por ejemplo, ORPM elevada). Un diario miccional (gráfico de frecuencia-volumen) o los controles de humedad pueden resultar útiles en la evaluación de los pacientes con nicturia (grado de recomendación: C). Los controles de humedad pueden utilizarse para evaluar la frecuencia de IU en personas que residen en centros de atención a largo plazo (grado de recomendación: C).

### **6.1.3 Volumen de orina residual posmiccional (ORPM)**

El volumen de orina residual posmiccional (ORPM) resulta poco práctico de obtener en muchos entornos asistenciales. No obstante, hay experiencia clínica convincente para medir la ORPM en determinadas personas débiles o de edad avanzada:

- Diabetes mellitus (sobre todo cuando es de larga evolución)
- Episodios previos de retención urinaria o antecedentes de ORPM elevada
- IVU recurrentes
- Medicamentos que alteran el vaciamiento de la vejiga (por ejemplo, anticolinérgicos)
- Estreñimiento crónico
- IU persistente o que empeora pesar del tratamiento con antimuscarínicos
- Estudio urodinámico previo que revela una hipoactividad del detrusor u obstrucción de la salida de la vejiga (grado de recomendación: C).

El tratamiento de las enfermedades concomitantes (por ejemplo, estreñimiento) y la suspensión de los anticolinérgicos pueden reducir la ORPM. No existe consenso acerca de lo que constituye una ORPM 'alta' en ninguna población. Puede contemplarse una prueba de descompresión con sonda en los pacientes con una ORPM > 200-500 ml, en los que la ORPM elevada puede ser un factor importante que contribuye a la IU o la polaquiuria molesta (grado de recomendación: C).

## **6.2 Diagnóstico clínico**

Los tipos más frecuentes de IU en las personas débiles o de edad avanzada son la IU de urgencia, la IU de esfuerzo y la IU mixta (en mujeres débiles o de edad avanzada). Las personas débiles o de edad avanzada con IU de urgencia suelen presentar una hipoactividad del detrusor concomitante con una ORPM elevada en ausencia de

obstrucción de la salida, un trastorno denominado hiperactividad del detrusor con alteración de la contractilidad durante la micción (HDAC). No hay datos publicados de que los antimuscarínicos sean menos eficaces o causen retención en las personas con HDAC (ninguna recomendación posible).

### **6.3 Tratamiento inicial**

El tratamiento inicial debe individualizarse y depende de los objetivos de la asistencia, las preferencias terapéuticas y la esperanza de vida estimada, así como del diagnóstico clínico más probable (grado de recomendación: C).

En algunos pacientes es importante reconocer que la IU contenida (por ejemplo, tratada con compresas u absorbentes) puede ser el único resultado posible para la IU que persiste después del tratamiento de las enfermedades concomitantes y otros factores que contribuyen. Esto es especialmente cierto en las personas débiles con una movilidad nula o mínima (es decir, precisan la ayuda de al menos dos personas para hacer transferencias), demencia avanzada (es decir, no pueden decir su propio nombre) o IU nocturna.

Entre los tratamientos conservadores y conductuales para la IU figuran:

- Modificaciones de los hábitos de vida (grado de recomendación: C).
- Entrenamiento vesical en pacientes en buenas condiciones o alerta (grado de recomendación: B).
- Micción inmediata para los pacientes débiles y con deterioro cognitivo (grado de recomendación: A).

En determinadas personas débiles y con una función cognitiva intacta pueden contemplarse los ejercicios de la musculatura pélvica, aunque no se han estudiado bien en esta población (grado de recomendación: C).

#### **6.3.1 Tratamiento farmacológico**

Todo tratamiento farmacológico debe iniciarse con una dosis baja y ajustarse con revisiones periódicas hasta que se logre la mejoría deseada o aparezcan efectos adversos.

#### **Recomendaciones relativas al tratamiento farmacológico de los varones y mujeres débiles o de edad avanzada con IU**

##### **Recomendaciones**

##### **GR**

- Puede contemplarse un ensayo de medicamentos antimuscarínicos como complemento del tratamiento conservador de la IUU
- Asimismo, los alfabloqueantes pueden considerarse con precaución en los varones débiles con sospecha de obstrucción de la salida de la vejiga por enfermedad prostática

- Dado que DDAVP (vasopresina) entraña un riesgo elevado de hiponatremia clínicamente significativa, no debe utilizarse en personas débiles o de edad avanzada para tratar la nicturia o poliuria nocturna

A-C, en función del medicamento

GR = grado de recomendación

## 6.4 Tratamiento y reevaluación de forma continua

Normalmente, la IU se trata con éxito con una combinación de las estrategias anteriores. Sin embargo, cuando el tratamiento inicial no depara una mejoría suficiente de la IU, el siguiente paso ha de consistir en reevaluar al paciente para identificar enfermedades concomitantes o un deterioro funcional que estén contribuyendo y tratarlos.

## 6.5 Tratamiento especializado

La derivación al especialista debe plantearse cuando la evaluación inicial detecte que una persona débil o de edad avanzada con IU tiene:

- Otros factores importantes (por ejemplo, dolor o hematuria)
- Síntomas de IU que no pueden clasificarse como incontinencia de urgencia, de esfuerzo o mixta, u otra enfermedad coexistente complicada, que el médico principal no es capaz de abordar (por ejemplo, demencia o deterioro funcional)
- Respuesta insuficiente al tratamiento inicial.

El tipo de especialista dependerá de los recursos locales y del motivo de la derivación. Los especialistas quirúrgicos pueden ser urólogos o ginecólogos. A los pacientes con deterioro funcional se les podría derivar a un geriatra o fisioterapeuta. Las enfermeras especializadas en continencia pueden ser útiles en los pacientes recluidos en su domicilio. La decisión de derivar a un paciente ha de tener en cuenta los objetivos de la asistencia, el deseo de tratamiento cruento del paciente o cuidador y la esperanza de vida estimada.

### 6.5.1 Técnicas quirúrgicas para la IU en los varones y mujeres débiles o de edad avanzada

La edad no es una contraindicación, por sí misma, de la cirugía para la incontinencia (grado de recomendación: C). Antes de contemplar la cirugía, todos los pacientes han de someterse a lo siguiente.

#### Recomendaciones relativas a la asistencia de los pacientes antes de la cirugía

##### Recomendaciones

##### GR

- Evaluación y tratamiento de las enfermedades concomitantes, medicación y deterioro cognitivo o funcional que puedan estar contribuyendo a la IU o pudieran comprometer el resultado de la

intervención quirúrgica prevista. Por ejemplo, no debe colocarse un esfínter artificial en varones con demencia que no puedan manejar el dispositivo por sí solos

- Ensayo adecuado de tratamiento conservador seguido de reevaluación de la necesidad de cirugía
- Conversación con el paciente o el cuidador para asegurarse de que el resultado quirúrgico previsto es coherente con los objetivos ideales de la asistencia en el contexto de la esperanza de vida del paciente
- Pruebas urodinámicas porque el diagnóstico clínico puede ser inexacto
- Evaluación preoperatoria y asistencia perioperatoria para determinar los riesgos de complicaciones postoperatorias frecuentes, y reducirlas al mínimo, en los ancianos, como:
  - Delirio e infección
  - Deshidratación y caídas

GR = grado de recomendación

### Figura 5: Tratamiento de la IU en los varones y mujeres débiles o de edad avanzada

Tratamiento de la incontinencia urinaria en los varones y mujeres débiles o de edad avanzada

#### ANTECEDENTES/EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Búsqueda activa de casos en los varones y mujeres débiles o de edad avanzada

IU asociada a:

- Dolor
- Hematuria
- IVU sintomáticas recurrentes
- Masa pélvica
- Irradiación pélvica
- Cirugía pélvica/VUI
- Prolapso más allá del himen (mujeres)

Sospecha de fistulas EVALUACIÓN CLÍNICA

- Delirio
  - Infección
  - Medicamentos
  - Producción excesiva de orina
  - Movilidad reducida
  - Impactación fecal y otros factores
  - Evitación del tratamiento excesivo de la bacteriuria asintomática
- 
- Evaluación, tratamiento y reevaluación de enfermedades potencialmente tratables, incluidas enfermedades concomitantes y actividades cotidianas relevantes
  - Evaluación de la calidad de vida, deseo de tratamiento, objetivos del tratamiento y preferencias del paciente y cuidador
  - Exploración física dirigida con exploración cognitiva, de la movilidad, neurológica y rectal
  - Análisis de orina
  - Contemplar la realización de un gráfico de frecuencia-volumen o controles de humedad, especialmente en presencia de nicturia

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

UI de urgencia

ORPM significativa

IU de esfuerzo

#### TRATAMIENTO INICIAL

- Intervenciones sobre los hábitos de vida
  - Tratamientos conductuales
  - Contemplar la adición de un ensayo de medicamentos antimuscarínicos
- 
- Tratamiento del estreñimiento
  - Revisión de la medicación
  - Considerar un ensayo de alfabloqueantes (varones)
  - Drenaje con sonda en caso de ORPM de 200-500 ml, con reevaluación posterior (véase el texto).

- Intervenciones sobre los hábitos de vida
- Ejercicios de los músculos del suelo de la pelvis

En caso de mejoría insuficiente, reevaluación y tratamiento de las enfermedades concomitantes ± deterioro funcional que estén contribuyendo

#### TRATAMIENTO y REEVALUACIÓN DE FORMA CONTINUA

En caso de que persista una mejoría insuficiente, o que existan síntomas intensos asociados, contemplar la derivación al especialista que corresponda con arreglo a las preferencias del paciente y la comorbilidad

## 6.6 Bibliografía\*

*\*Existe una lista exhaustiva de citas bibliográficas a disposición para fines de consulta por Internet en el sitio web de la sociedad (<http://www.uroweb.org/professional-resources/guidelines/>) y en la versión en cd-rom de la guía clínica.*

## 7. APÉNDICE: ANEXO DE 2010 A LA GUÍA CLÍNICA SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA DE 2009

Grupo responsable de la redacción de la guía clínica de 2010: M. Lucas (presidente), R. Bosch, F. Cruz, D. de Ridder, A. Neisius, R. Pickard, A. Schröder, A. Tubaro, W. Turner.

Tras la actualización completa para impresión en 2009 de la guía clínica de la EAU sobre la incontinencia urinaria, el grupo responsable de la redacción de la guía clínica sobre la incontinencia consideró que sería útil proporcionar este anexo a la guía clínica acerca del uso de fesoterodina para tratar la incontinencia urinaria y de la utilidad de la pérdida de peso. Publicaciones científicas recientes de alta calidad respaldan las afirmaciones que aquí se hacen.

En la sección A3 de este anexo se recoge una actualización de la subsección 3.3. del presente documento de guía clínica.

### A.1 Fesoterodina

Fesoterodina es un promedicamento que, después de su administración oral, se hidroliza al mismo metabolito activo que tolterodina. Se encuentra autorizado en dos dosis, 4 y 8 mg al día. Dos revisiones sistemáticas han incluido recientemente dos ensayos aleatorizados y controlados (EAC) de fesoterodina (1, 2) en sus análisis (3, 4) (puntuaciones de Amstar de 9/10). En los pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva e incontinencia de urgencia, la reducción media de los episodios diarios de incontinencia fue significativamente superior en los grupos de tratamiento con fesoterodina en ambas dosis de 4 y 8 mg al día en comparación con placebo. Con la dosis de 8 mg/día, fesoterodina fue más eficaz que tolterodina, 4 mg/día (5).

En un análisis agrupado, los resultados obtenidos en varones fueron concordantes con los de un grupo mixto de pacientes (6).

**Conclusión**  
**GCC**

- Fesoterodina es más eficaz que placebo para reducir los episodios de incontinencia urinaria en los pacientes con vejiga hiperactiva

**Recomendación**  
**GR**

- Fesoterodina puede añadirse a la lista de antimuscarínicos recomendados para el tratamiento de la incontinencia asociada a vejiga hiperactiva

**A.1.2 Bibliografía**

**A.2 Pérdida de peso**

El efecto de una pérdida de peso programada sobre los síntomas de incontinencia urinaria se ha analizado en una revisión sistemática (puntuación de Amstar de 5/10) (1). En esta revisión se incluyeron tres EAC, aunque uno de ellos fue un estudio piloto (2) de un estudio más extenso y con potencia estadística plena efectuado por los mismos autores (3). En los dos EAC principales se comparó la pérdida de peso programada o una intervención intensiva sobre los hábitos de vida, en mujeres con sobrepeso y obesidad, con grupos de control que recibieron consejos para llevar una vida sana y asesoramiento conductual en relación con la incontinencia (3, 4). Sin embargo, hubo problemas metodológicos con los ensayos que podrían haber sesgado los resultados a favor de la pérdida de peso.

**Conclusión**  
**GCC**

- La pérdida de peso programada en mujeres con sobrepeso afectadas de incontinencia urinaria provoca una reducción de los síntomas de incontinencia

**Recomendación**  
**GR**

- Ha de alentarse a las mujeres con sobrepeso u obesidad afectadas de incontinencia urinaria de esfuerzo a participar en programas de adelgazamiento facilitado

**A.2.1 Bibliografía**



### **A.3 Medicamentos empleados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (*actualización de la sección 3.3*)**

El mantenimiento de la presión de cierre de la uretra depende de varios factores, tales como:

- Coaptación de la mucosa uretral
- Vascularización de la submucosa
- Tono del músculo liso uretral
- Contracción de los músculos estriados del suelo de la pelvis.

Aunque se han evaluado varios medicamentos con el objetivo de mejorar cada uno de estos posibles mecanismos en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, tan sólo dos se emplean actualmente de forma habitual en la práctica clínica:

- Estrógenos
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN), duloxetina.

#### **A.3.1 Estrógenos**

En una revisión sistemática de alta calidad se observó que el tratamiento oral con estrógenos aumentó la incidencia de incontinencia de esfuerzo (riesgo relativo [RR], 2,1 [1,7-2,5]) y empeoró los síntomas en mujeres con incontinencia de esfuerzo preexistente (RR, 5,3 [1,2-23,5]) (1).

Los datos relativos a la utilidad del tratamiento tópico con estrógenos son menos claros, de modo que los escasos ensayos aleatorizados disponibles han deparado resultados contradictorios. Estos datos también se han resumido en otra revisión sistemática de alta calidad más reciente y un metaanálisis, que demostraron que los estrógenos tópicos fueron eficaces para mejorar la incontinencia urinaria en las mujeres posmenopáusicas (RR, 0,74 [0,64-0,86]) (2). Esta revisión también confirmó el empeoramiento de la incontinencia en las mujeres tratadas con estrógenos sistémicos, con independencia del estado relativo a la histerectomía.

#### **Datos científicos**

##### **GCC**

- El tratamiento sistémico con estrógenos empeora y puede desencadenar incontinencia urinaria en las mujeres posmenopáusicas con independencia del estado relativo a la histerectomía
- Los estrógenos locales son eficaces para mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres posmenopáusicas

#### **Recomendaciones**

##### **GR**

- La incontinencia urinaria no es una indicación del tratamiento sistémico con estrógenos y a las mujeres que reciben este tipo de tratamiento se les debe indicar que pueden empeorar los síntomas de incontinencia
- A las mujeres posmenopáusicas con incontinencia urinaria de esfuerzo se les debe ofrecer un ensayo de tratamiento tópico con estrógenos junto con las medidas preventivas pertinentes respecto a su uso

### **A.3.2 Duloxetina**

La eficacia de duloxetina en cuanto a la curación o mejoría de la incontinencia de esfuerzo en las mujeres ha sido objeto de una reciente revisión sistemática Cochrane (3, 4), que posteriormente se ha actualizado y ampliado mediante una revisión sistemática y metaanálisis de alta calidad (5). En estos análisis se incluyeron 10 ensayos aleatorizados y controlados y demostraron que este medicamento no fue mejor que placebo para curar la incontinencia. En cuanto al resultado de mejoría de los síntomas o la calidad de vida, duloxetina, 80 mg al día, deparó una ventaja media (intervalo de confianza [IC] del 95 %) del 11 % (7 %-14 %) en lo que se refiere a eficacia con respecto a placebo. Un ensayo aislado reveló unas mayores tasas relativas de beneficios (IC del 95 %: 36 % (17 %-56 %)) al combinar duloxetina con ejercicios de la musculatura del suelo de la pelvis. Se observó que el uso de duloxetina en estos ensayos se vio obstaculizado por la elevada aparición de efectos secundarios, principalmente náuseas, que conllevaron que hasta el 20 % de los sujetos se retiraran prematuramente.

En una revisión sistemática de calidad moderada de los tratamientos farmacológicos para los varones con incontinencia urinaria de esfuerzo tras una prostatectomía radical (6) sólo se identificó un ensayo aleatorizado y controlado del tratamiento con duloxetina combinado con entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis (7). Este ensayo de 16 semanas con 112 varones reveló que la combinación de duloxetina y entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis se asoció a una reducción significativa del riesgo de incontinencia continuada (RR = 0,46 (0,25, 0,83)). Sin embargo, el análisis no fue por intención de tratar y el 15 % del grupo de duloxetina se retiró por náuseas antes del final del estudio.

#### **Datos científicos**

##### **GCC**

- Duloxetina no cura la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres
- Duloxetina es más eficaz que placebo y que el entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis aislado para mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo y la calidad de vida asociada en las mujeres, aunque la diferencia en cuanto a eficacia es pequeña
- Duloxetina combinada con el entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis es más eficaz que el entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis aislado para mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo en los varones

#### **Recomendaciones**

##### **GR**

- Duloxetina no debe emplearse en las mujeres que desean la curación de la incontinencia de esfuerzo

- A las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, cuya prioridad es la reducción de los síntomas y no la curación, se les puede ofrecer duloxetina, junto con asesoramiento sobre los efectos secundarios, especialmente sobre las náuseas
- A los varones con incontinencia después de una prostatectomía se les puede ofrecer un ensayo de duloxetina en combinación con entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis, pero sólo bajo supervisión estrecha y, preferiblemente, como parte de un ensayo clínico

### A.3.3 Bibliografía

## 8. ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

*Esta lista no incluye todas las abreviaturas más frecuentes.*

BR	biorregulación
CdV	calidad de vida
CP	cáncer de próstata
CV	conos vaginales
DIAPPERS	delirio, infección, vaginitis atrófica, medicamentos, estado psicológico, producción excesiva de orina, movilidad reducida, impactación fecal
EAC	ensayo aleatorizado y controlado
EE	estimulación eléctrica
EM	estimulación magnética
EMSP	entrenamiento de la musculatura del suelo de la pelvis
EsUA	esfínter urinario artificial
EV	entrenamiento de la vejiga
GCC	grado de comprobación científica (sistema de Oxford modificado)
GR	grado de recomendación (sistema de Oxford modificado)
HD	hiperactividad del detrusor
HDAC	hiperactividad del detrusor con alteración de la contractilidad durante la micción
inhibidor de la COX	inhibidor de la ciclooxigenasa
inhibidor de la PDE-5	inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5
ITUP	incisión transuretral de la próstata
IU	infección urinaria
IUE	incontinencia urinaria de esfuerzo
IUM	incontinencia urinaria mixta
IUU	incontinencia urinaria de urgencia

OBP	obstrucción benigna de la próstata
ORPM	orina residual posmiccional
OSV	obstrucción de la salida de la vejiga
POP	prolapso de órganos pélvicos
PPU	perfil de presión uretral
PR	prostatectomía radical
RTUP	resección transuretral de la próstata
UCAI	ultrasonidos centrados de alta intensidad
VHA	vejiga hiperactiva

### **Conflictos de intereses**

Todos los miembros del grupo responsable de la redacción de la guía clínica sobre la incontinencia han declarado todas las relaciones que tienen y que podrían percibirse como posible fuente de conflictos de intereses. Esta información está archivada en la base de datos de la oficina central de la Asociación Europea de Urología. Este documento de guía clínica se elaboró con el apoyo económico de la Asociación Europea de Urología. No participaron fuentes externas de financiación y apoyo. La EAU es una organización sin ánimo de lucro y la financiación se limita a asistencia administrativa y gastos de desplazamiento y reunión. No se han facilitado honorarios ni otros tipos de reembolso.