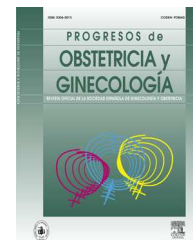




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



PROTOCOLOS SEGO

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (actualizado junio 2013)



Treatment of stress urinary incontinence (updated June 2013)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Definición del problema

El tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo comprende todas aquellas actuaciones encaminadas a solucionar los escapes involuntarios de orina que se producen en situaciones de esfuerzo o ejercicio, o durante la tos o estornudo, coincidiendo con el incremento de la presión intraabdominal.

La población diana está compuesta por aquellas mujeres que acuden a cualquier consulta de Ginecología y Obstetricia con síntomas de incontinencia urinaria con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

Actividad a realizar

Una vez diagnosticada la IUE (ver el protocolo correspondiente al diagnóstico), el tratamiento va dirigido a reparar las deficiencias que la condicionan. En la actualidad, las posibilidades terapéuticas disponibles son el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento conservador

El tratamiento conservador comprende intervenciones en el estilo de vida de la paciente y terapias físicas. En general estos tratamientos son simples, de bajo costo, con baja posibilidad de efectos secundarios, y además no presentan

interferencias sobre otros tratamientos futuros, si fueran necesarios.

El tratamiento conservador ha de constituir la principal forma de manejo inicial de la IUE.

Cambios en el estilo de vida

Dentro de los cambios del estilo de vida incluimos aquellos que tienen que ver con la patogénesis o con la potencial resolución de la IUE. La mayoría de estudios aportan tan solo asociaciones, existiendo relativamente pocos ensayos clínicos aleatorizados.

La obesidad es un factor de riesgo bien definido, con evidencias de la disminución de las tasas de IUE con la pérdida de peso, tanto en situaciones de obesidad mórbida (nivel de evidencia 2; grado de recomendación B), como en casos de obesidad moderada (nivel de evidencia 1; grado de recomendación A).

Determinados tipos de esfuerzos físicos (deporte, trabajo) aumentan la tasa de incontinencia y prolapso, respecto a mujeres de hábitos sedentarios (nivel de evidencia 2 y 3).

Para el hábito tabáquico existe nivel de evidencia 3-4 respecto a su influencia en la incontinencia (grado de recomendación C).

La ingesta de líquidos no desempeña un papel significativo en la patogénesis de la IUE. La disminución de cafeína mejora la continencia (nivel de evidencia 1). El estreñimiento crónico juega un papel negativo en el desarrollo de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos (nivel 2 y 3 de evidencia).

Para reducir el número de recidivas, también se recomiendan cambios en el estilo de vida en aquellas pacientes operadas.

Correo electrónico: sego@sego.es.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.005>

0304-5013/© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Terapias físicas

Dentro de ellas se incluye la *rehabilitación del suelo pélvico* (RSP), entendiendo como tal la práctica regular de ejercicios de contracción activa de los músculos del suelo pelviano, con o sin ayuda de técnicas de *biofeedback*.

La *electroestimulación* se considera otro método de RSP que se puede utilizar sola o en combinación con los ejercicios de contracción activa.

La aplicación de este tratamiento supone que, en la exploración inicial, se debe evaluar a través de un tacto vaginal la capacidad de contraer y relajar voluntariamente los músculos del suelo pelviano. La valoración hecha con el tacto vaginal se puede sistematizar en una escala (escala de Oxford, P.E.R.F.E.C.T.).

Una vez demostrada la capacidad de la mujer de contraer de forma voluntaria los músculos del suelo pélvico, el terapeuta establecerá un programa de tratamiento individualizado o en grupo basado en:

- Mejorar la toma de conciencia de la contracción y la relajación.
- Repetición de los ejercicios básicos de contracción activa y su relajación posterior.
- Entrenamiento funcional, con incorporación de la contracción de la musculatura a las actividades cotidianas.

Existe evidencia de nivel 1 que permite considerar los ejercicios de contracción de los músculos del suelo pélvico como la primera opción de tratamiento en la IUE, sobre todo en los casos leves y moderados. En pacientes motivadas debería ofrecerse como tratamiento de primera línea (grado de recomendación A). En la actualidad no se han podido demostrar diferencias entre la RSP con o sin *biofeedback*.

Existe asimismo evidencia de nivel 1 que sugiere que la modalidad de entrenamiento intensivo es adecuada en pacientes como prevención y tratamiento de la IUE en el posparto.

Los conos vaginales no suponen un beneficio adicional cuando se agregan a una paciente que está desarrollando adecuadamente un programa de ejercicios de contracción muscular (nivel de evidencia 1).

Tratamiento farmacológico

Va dirigido a incrementar la presión uretral aumentando el tono del músculo liso uretral, o influyendo en el tono del músculo estriado de la uretra y del suelo pélvico. Se han usado fármacos como la imipramina, efedrina y agonistas α -adrenérgicos, con utilidad limitada, tanto por la poca eficacia como por sus efectos adversos.

La duloxetine es un inhibidor combinado de la recaptación de serotonina y noradrenalina que estimula la actividad del esínter estriado en la fase de llenado, sin afectar la fase de vaciado. Existe evidencia científica que apoya la seguridad y eficacia para el tratamiento de la IUE con este fármaco (nivel 1 de evidencia; grado de recomendación A), que presenta un mayor beneficio en la reducción de los episodios de IUE en aquellas mujeres con IUE moderada y grave. En nuestro país no se encuentra comercializada con la indicación para tratamiento de la IUE, sino para su empleo como antidepresivo; razón que obliga a descartarla

como una opción de empleo libre en aquella indicación, si bien se puede recurrir a su prescripción en el contexto de uso compasivo de la medicación.

Tratamiento quirúrgico

Ha habido varios momentos en los 2 últimos decenios en los que se pensó que se estaba ante el método «definitivo» para el tratamiento quirúrgico de la IUE, pero la evidencia es otra, y este campo sigue en constante avance, y cada vez más rigurosamente evaluado.

Irà dirigido a estabilizar la uretra en casos de hiper movilidad o bien a conseguir su coaptación, en las pacientes con disfunción uretral intrínseca.

Es importante considerar que la IUE puede asociarse a otros trastornos de la estática pelviana, especialmente el prolapso genital. Por ello a la hora de hablar de tratamiento quirúrgico de la IUE se distinguirá entre el tratamiento quirúrgico de la IUE aislada y el tratamiento quirúrgico de la IUE asociada al prolapso genital

Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo aislada

En esta situación la paciente solo precisa la aplicación de la técnica antiincontinencia. En el momento actual el tratamiento quirúrgico de la IUE se basa en las siguientes técnicas:

Bandas suburetrales libres de tensión transobturadoras o retropúbicas

Son técnicas con abordaje vaginal y malla de polipropileno monofilamento macroporosa (tipo I). En la actualidad son las más utilizadas en el tratamiento quirúrgico de la IUE.

La evidencia disponible sobre los resultados de las BLT a 11 años y los ensayos comparativos entre la colposuspensión de Burch abierta o laparoscópica con el TVT, aportando los mismos resultados, menor tasa de complicaciones, mayor facilidad de ejecución y ausencia de defectos en el compartimento vaginal posterior, han hecho cambiar definitivamente el referido *gold standard* en la actualidad a favor de las BLT. También los estudios sobre costes sanitarios confirman esta preferencia.

En la actualidad existe evidencia científica a favor de un porcentaje menor de complicaciones e igual tasa de eficacia con las técnicas transobturadoras, respecto a las retropúbicas, lo que sumado a su relativa menor dificultad de ejecución las sitúa como primera elección en nuestro medio.

Mención especial merecen los denominados mini-slings o minibandas: pequeñas bandas libres de tensión que, colocadas de manera similar a las anteriores a nivel suburetral, no atraviesan la totalidad de los planos anatómicos como aquellas. Pretenden los mismos resultados mediante una técnica más sencilla, con menor curva de aprendizaje, menor tiempo quirúrgico y escasas complicaciones.

Consiguen su estabilidad fijándose de manera estable sobre la fascia del músculo obturador interno o el espesor del propio músculo, según los modelos. Los tamaños de estos dispositivos son variables según el proveedor; alguno de ellos resulta similar al TOT, con lo que remedarían la hamaca que se consigue con la BLT.

Algunos de ellos se muestran prometedores en la mayoría de las series a corto plazo, incluso igual de efectivos que los slings suburetrales convencionales. Faltan estudios comparativos a largo plazo que corroboren los buenos resultados iniciales.

Colposuspensión retropubiana de Burch abierta o laparoscópica

Ha demostrado su eficacia con un nivel de evidencia 1-2. Como se ha referido anteriormente, en la actualidad ha sido desplazada por las BLT.

Sling o cabestrillo (banda en la unión uretrovesical)

En el momento actual se considera una técnica para las recurrencias o cuando se trata de una IUE por disfunción uretral intrínseca (nivel 3 de evidencia). Se dispone de una variante de cabestrillo de malla de polipropileno tipo I con posibilidad de regulación de la tensión con posterioridad a su implantación mediante un dispositivo implantado a nivel de la pared abdominal, que estaría indicado en casos de IUE severa por disfunción uretral intrínseca o IUE recidivantes.

Inyecciones periuretrales (agente coaptante de la pared uretral)

Consiste en la inyección de diversas sustancias expansoras, con la finalidad de cerrar el cuello vesical de forma que no se produzca escape de orina y permita la micción voluntaria. Sus resultados varían según la sustancia utilizada (nivel de evidencia 3). El principal problema es la disminución de la eficacia con el paso del tiempo y la necesidad de reinyección.

Estarían indicadas en aquellas pacientes con IUE con disfunción uretral intrínseca, o en aquellas en que esté contraindicada la cirugía más invasiva.

Esfínter artificial

Su utilización está reservada a pacientes muy seleccionadas y en las que hayan fallado otras técnicas menos complejas. Los resultados no son muy buenos, tanto por su eficacia limitada como por sus complicaciones.

Otras técnicas

- Hay una serie de técnicas, como las de agujas, que a pesar de haber sido muy utilizadas durante años, tienen unos resultados muy pobres (nivel 3-4 de evidencia).
- No se recomienda la plicatura suburetral de Kelly para el tratamiento de la IUE (nivel 1 de evidencia).

Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada con el prolapso genital

Con frecuencia, en la práctica ginecológica, la IUE se encuentra asociada con el prolapso genital, aunque la mujer no

manifieste síntomas claros. Si se considera a la paciente candidata a tratamiento quirúrgico del prolapso, se debe asociar una técnica antiincontinencia a esta cirugía siempre que se evidencie una IUE real o enmascarada por el prolapso durante las maniobras básicas de exploración de la paciente (test de esfuerzo tras reposición del prolapso con valvas en fondo de saco posterior. Ver protocolo diagnóstico).

La utilización de bandas libres de tensión asociadas a la cirugía del prolapso evidencian iguales tasas de curación que cuando se realizan aisladamente (nivel de evidencia 2-3).

Resumen y recomendaciones

- Además de los cambios en el estilo de vida, como primera opción terapéutica en la IUE se recomendará la rehabilitación muscular del suelo pélvico (grado de recomendación A).
- A pesar de sus buenos resultados en general, la cirugía será siempre un tratamiento de segunda línea. Existe evidencia de nivel 1-2 que permite afirmar que los resultados de la colposuspensión retropúbica por vía laparotómica y los de la banda libre de tensión por vía retropúbica o transobturadora son similares, por lo que se pueden utilizar indistintamente para corrección de la IUE por hipermovilidad uretral (grado de recomendación A). Dadas la baja morbilidad y facilidad de realización de la técnica de banda libre de tensión, se convierten en la técnica de elección.
- En este momento es precipitado recomendar como primera opción, con un grado de evidencia similar o superior a las BLT, a sus nuevas variantes de tamaño más reducido, también denominadas mini-slings o slings suburetrales de incisión única.

Los protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

Niveles de evidencia

Nivel 1. Revisiones sistemáticas. Metaanálisis. Estudios aleatorizados de buena calidad

Nivel 2. Estudios aleatorizados individuales, entre los que puede existir algún tipo de inconsistencia en el tamaño de la muestra o la posibilidad de sesgo. Estudios observacionales prospectivos de buena calidad

Nivel 3. Estudios de casos y controles

Nivel 4. Opinión de expertos

Grados de recomendación para los tratamientos

Grado A de recomendación: basado en nivel de evidencia 1

Grado B de recomendación: basado en nivel de evidencia 2 y 3

Grado C de recomendación: basado en nivel de evidencia 4

Bibliografía recomendada

- Abrams P, Andersson KE, Bird L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:213–40.
- Aldridge AH. Transplantation of fascia for relief of urinary stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 1942;44:398–411.
- Amaye-Obu FA, Drutz HP. Surgical management of recurrent stress urinary incontinence: A 12 year experience. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:1296–309.
- Ankardal M, Järbrink K, Milsom I, Heiwall B, Lausten-Thomsen N, Ellström-Eng M. Comparison of health care costs for open Burch colposuspension, laparoscopic colposuspension and tension-free vaginal tape in the treatment of female urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2007;26:761–6.
- Berghmans LC, Hendriks HJ, Bo K, Hay-Smith EJ, DeBie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: A systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol*. 1998;82:181–91.
- Black NA, Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: A systematic review. *Br J Urol*. 1996;78:497–510.
- Blaivas J, Jacobs B. Pubovaginal fascial sling in the treatment of complicated stress urinary incontinence. *J Urol*. 1991;145:1214–8.
- Bo K, Larsen S, Oseid S, Kvarstein B, Hagen R, Jorgesen J. Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercise in women with urinary stress incontinence. *Neurourol Urodyn*. 1988;7:261–2.
- Bo K. Effect of electrical stimulation on stress and urge urinary incontinence: Clinical outcome and practical recommendations based on randomized controlled trials. *Act Obstet Gynecol Scand*. 1998;77 Suppl 168:3–11.
- Bump R, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165:322–8.
- Bump R, Hooper C, Koke S, Yalcin I. Worldwide efficacy of duloxetine after 12 weeks and 1 year in women with stress urinary incontinence (SUI): A 4-study meta-analysis. *Neurourol Urodyn*. 2003;22:337.
- Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 1961;81:281–90.
- Cardozo L, Drutz HP, Baygani SK, Bump RC. Pharmacological treatment of women awaiting surgery for stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2004;104:511–9.
- Chaikin D, Groutz A, Blaivas J. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol*. 2000;163:531–4.
- Colombo M, Scalabrino S, Maggioni A, Milani R. Burch colposuspension versus Marshall-Marchetti-Krantz urethropexy for primary genuine stress colposuspension: A prospective, randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;171:1573–9.
- Columbo M, Zanetta G, Scalabrino S, et al. Oxybutinin and bladder training in the management of female urinary urge incontinence: A randomized study. *Int Urogynecol J*. 1995;6:63–7.
- De Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: Transobturator vaginal tape inside-out. *Eur Urol*. 2003;44:724–30.
- Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine Urinary Incontinence Study Group Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. *J Urol*. 2003;170:1259–63.
- España M, López MA, Valls A, Davi E, Iglesias X. The risk of urinary stress incontinence after surgical vaginal treatment of genital prolapse in continent patients. *Neurourol Urodyn*. 1996;15:418–9.
- Fianu S, Kjaeldgaard, Larsson B. Preoperative screening for latent stress incontinence in women with cystocele. *Neurourol Urodyn*. 1985;4:3–7.
- Glazener CM, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;CD001755. Review.
- Glazener CM, Cooper K. Bladder neck needle suspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002.
- Glazener CM, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1).
- Ghoniem GM, van Leeuwen JS, Elser DM, Freeman RM, Zhao YD, Yalcin I, et al. A randomized controlled trial of duloxetine alone, pelvic floor muscle training alone, combined treatment and no active treatment in women with stress urinary incontinence. *J Urol*. 2005;173:1647–53.
- Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T, HERS Research Group. Postmenopausal hormones and incontinence: The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol*. 2001;97:116–20.
- Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: A systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003;25:487–98.
- Hay-Smith EJ, Bo K, Berghmans LC, Hendriks HJ, deBie RA, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;CD001407. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD001407. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD001407.
- Herbison P. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: Recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol Urodyn*. 1998;17:153–4.
- Jarvis GJ. A controlled trial bladder drill and drug therapy in management of detrusor instability. *Br J Urol*. 1981;53:565–6.
- Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.
- Latthe PM, Foon R, Toozs-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG*. 2007;114:522–31.
- Millard RJ, Moore K, Rencken R, Yalcin I, Bump RC, Duloxetine UI Study Group. Duloxetine vs. placebo in the treatment of stress urinary incontinence: A four-continent randomized clinical trial. *BJU Int*. 2004;93:311–8.
- Moore K. Duloxetine: A new approach for treating stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004;86 Suppl 1:S53–62.
- Mouritsen L, Schiotz HA. Pro et contra pelvic floor exercises for female stress urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79:1043–5.
- Neuman M, Sosnovski V, Kais M, Ophir E, Bornstein J. Transobturator vs. single-incision suburethral mini-slings for treatment of female stress urinary incontinence: Early postoperative pain and 3-year follow-up. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18:769–73.
- Nilsson CG, Falconer C, Rezapour M. Seven-year follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2004;104:1259–62.
- Nilsson CG, Palva K, Rezapour M, Falconer C. Eleven years follow up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19:1043–7.
- Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC, Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:40–8.
- Novara G, Galfano A, Boscolo-Berto R, Secco S, Ficarra V, Artibani W. Complication rates of tension-free midurethral slings in the treatment of female stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing tension-free midurethral tapes to other surgical procedures and different devices. *Eur Urol*. 2008;53:288–308.

- Oliveira R, Silva C, Dinis P, Cruz F. Suburethral single incision slings in the treatment of female stress urinary incontinence: What is the evidence for using them in 2010? *Arch Esp Urol*. 2011;64:339–46.
- Paraiso MF, Walters MD, Karram MM, Barber MD. Laparoscopic Burch colposuspension versus TVT: A randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2004;104:1249–58.
- Stanton SL, Hilton P, Norton C, Cardozo L. Clinical and urodynamic effects of anterior colporrhaphy and vaginal hysterectomy for prolapse with and without incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982;89:459–63.
- Thor KB, Katofiasc MA. Effects of duloxetine, a combined serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, on central neural control of lower urinary tract function in the chloralose-anesthetized female cat. *J Pharmacol Exp Ther*. 1995;274:1014–24.
- Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 1996;7:81–6.
- Van Kerrebroeck P, Abrams P, Lange R, Slack M, Wyndaele JJ, Yalcin I, et al., Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. *BJOG*. 2004;111:249–57.
- Ward K, Hilton P, United Kingdom and Ireland Tension-free Vaginal Tape Trial Group. Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. *BMJ*. 2002;325:7355–67.
- Ward KL, Hilton P, UK and Ireland TVT Trial Group. Tension-free vaginal tape versus colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: 5-year follow up. *BJOG*. 2008;115:226–33.
- Ward KL, Hilton P. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: Two-year follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:324–31.