

# Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina

Edwin Llajaruna Zumaeta <sup>a,b,c</sup>  
Katherine Urbina Quispe <sup>b</sup>

## RESUMEN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en las mujeres, y su prevalencia es muy variable dependiendo de las series reportadas se sitúan en el 40-50%. La incontinencia urinaria en la mujer presenta dos picos de incidencia: entre los 45 y los 54 años, y a partir de los 60, especialmente entre los 75 y los 84 años. En el primer grupo, la prevalencia podría acercarse al 30% y en el segundo podría rondar el 40% de la población femenina de esa edad (5). La IUE se define como la pérdida involuntaria de orina al ejecutar actividades que aumenten la presión vesical como por ejemplo toser o estornudar.(1) **El objetivo** de esta revisión es actualizar conceptos de diagnóstico y recomendaciones de manejo de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo, basados en la revisión de literatura realizada. Se realizó una revisión clínica descriptiva, utilizando fuentes de información secundaria, se buscaron artículos utilizando palabras clave como Incontinencia Urinaria de esfuerzo o incontinencia en idiomas inglés y español, se consultó bases de datos en google scholar, pub med y Embase. **Conclusiones:** La IUE es una entidad con una creciente prevalencia, de causa multifactorial, así como varios factores de riesgo que pueden ser modificables, para el diagnóstico es muy importante la evaluación clínica que permita definir el tipo de la incontinencia y establecer su línea de manejo.

## ABSTRACT

*Stress urinary incontinence (SUI) is the most common type of urinary incontinence in women, and its prevalence is highly variable depending on the reported series, which are between 40-50%. Urinary incontinence in women has two peaks of incidence: between 45 and 54 years of age, and after 60, especially between 75 and 84 years. In the first group, the prevalence could approach 30% and in the second it could be around 40% of the female population of that age (5). SUI is defined as the involuntary loss of urine when performing activities that increase bladder pressure, such as coughing or sneezing. (1) **The objective** of this review is to update diagnostic concepts and management recommendations for stress urinary incontinence, based on the literature review carried out. A descriptive clinical review was carried out, using secondary information sources, articles were searched using keywords such as stress urinary incontinence or incontinence in English and Spanish languages, databases were consulted in google scholar, pub med and Embase. **Conclusions:** SUI is an entity with a growing prevalence, of multifactorial cause, as well as several risk factors that can be modifiable, clinical evaluation is very important for the diagnosis, which will allow defining the type of incontinence and establishing its management line.*

**Palabras clave:** Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Urodinamia, Cabestrillo medio uretral.

**Key words:** Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Urodinamia, Cabestrillo medio uretral.

- a. Unidad de Piso Pélvico, Clínica Internacional, Lima-Perú.  
b. Médico Residente de Ginecología del Hospital Nacional 2 de Mayo  
c. <https://orcid.org/0000-0003-0418-871X>

**Cómo citar el artículo:** Llajaruna E. Incontinencia Urinaria De Esfuerzo Femenina. RCCI. 2021;11(3): 12-21

## Introducción

La Sociedad Internacional de Continencia la define la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) como cualquier pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo o al estornudar o toser <sup>(1)</sup>. La continencia urinaria femenina es el resultado de una función integrada y superpuesta entre los músculos del piso pélvico, la fascia y los nervios. La falta de uno, o más de estos factores puede contribuir a la presencia y gravedad de la IUE.

La Incontinencia urinaria de esfuerzo esta relacionada a varios factores, estudios demostraron la alteración de la calidad del tejido conectivo y la disfunción del suelo pélvico. Skorupski y col. (2006) identificaron que un gen de colágeno tipo I mutado se encuentra con mayor frecuencia entre las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. Además, demostraron disminución de la proporción de colágeno tipo I a tipo III. <sup>(2)</sup>

Los déficits en la estructura y el soporte de la uretra y el cuello de la vejiga, la función neuromuscular y mecánica del esfínter uretral estriado (SUS) y los músculos elevadores del ano parecen estar asociados con la IUE. <sup>(3)</sup>

Debilidad de las estructuras que conforman el suelo de la pelvis y que sostienen la uretra, lo que condiciona una hipermovilidad uretral.

Disfunción intrínseca del esfínter, producida por la debilidad del músculo uretral, lo que determina una insuficiente coaptación de las paredes de la uretra <sup>(2)</sup>.

La prevalencia de incontinencia urinaria en la mujer es del doble respecto al varón. La debilidad del suelo pélvico en la mujer es la responsable de esta diferencia <sup>(2)</sup>.

En la mujer, la incontinencia urinaria presenta dos picos de incidencia: entre los 45 y los 54 años, y a partir de los 60, especialmente entre los 75 y los 84 años. En el primer grupo, la prevalencia podría acercarse al 30% y en el segundo podría rondar el 40% de la población femenina de esa edad <sup>(5)</sup>.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente en las mujeres, y su

prevalencia se sitúa en el 40-50%, según los estudios <sup>(4)</sup>.

Estilos de Vida: La Obesidad, que supone una agresión por la sobrecarga de la masa muscular del periné y puede originar hipotonía del suelo pélvico; también resultan perjudiciales los cambios bruscos de peso, ya que debilitan los tejidos colágenos pélvicos limitando la capacidad de recuperación <sup>(3)</sup>.

Determinados tipos de esfuerzo físico ( deporte , trabajo) aumenta la tasa de IOE prolapso, respecto a mujeres con vida sedentaria.

Estreñimiento, cuya relación con este tipo de incontinencia tiene más que ver con la mecánica evacuatoria, pues el empuje en apnea produce una hiperelongación del nervio pudiendo que, al superar el umbral máximo de elongación en un 20%, sufre microtraumatismos asociados a neuropatía, con el consiguiente riesgo de incontinencia urinaria y fecal <sup>(3)</sup>.

Tabaquismo.

Fármacos tales como los bloqueadores beta y los inhibidores del enzima conversor de la angiotensina (IECA), cuya relación con la etiología de la incontinencia urinaria de esfuerzo es debida a la producción de tos.

Menopausia: no está claro su papel en el desarrollo de IUE; se admite que no hay pruebas suficientes para afirmar que esta condición causa incontinencia. Numerosos autores consideran como más probable que el deterioro en estas edades se relacione más con la disminución del tono muscular que con la deficiencia de estrógenos presente en esta etapa; para otros, esta deficiencia sí es importante como factor etiológico, ya que los estrógenos tienen una acción trófica sobre la mucosa uretral y el plexo vascular submucoso <sup>(4)</sup>.

Histerectomía previa, la cual se relaciona con la incontinencia de esfuerzo, cirugía vaginal previa <sup>(5)</sup>.

Lesiones adquiridas del cuello vesical y/o uretra proximal secundaria a iatrogenia, traumatismos vaginales, que alterarían la elasticidad del cuello vesical.

Factores Hereditarios

Alteraciones de la estática vertebral adquiridas o congénitas. Se ha comprobado que la hiperlordosis o las desviaciones producidas por malposiciones habituales contribuyen a modificar el eje de la columna y con ello la disposición de los órganos internos.

**Hallazgos Clínicos**

En la evaluación clínica es recomendable tener la evidencia y que sea objetivamente demostrable de la pérdida de orina durante el esfuerzo (toser) sin contracción del detrusor. Así mismo es recomendable realizar un cuestionario de calidad de vida validado con población de características similares a la que vamos a estudiar.

**Grados de incontinencia urinaria de esfuerzo:**

- Pérdida de orina durante grandes esfuerzos o u esfuerzo brusco e intenso: toser, reír, pujar, estornudar. Nunca mientras duerme
- Medianos esfuerzos
- Cuando se realiza esfuerzos menores: caminar, incorporarse desde la posición sentada, sentarse en la cama.
- Incontinencia en reposo, incontinencia total.

Se realiza examen pélvico para lograr las siguientes metas: (6).

- Identificar masas pélvicas que inciden en el tracto urinario.
- Cuantificar el grado de prolapso de órganos pélvicos en cada compartimiento (POPQ).
- Detectar la incontinencia de esfuerzo Oculta.
- Evaluar la fuerza y control voluntario del músculo elevador del ano.
- Determinar la salud de la mucosa urogenital.

El examen debe realizarse de manera ideal con la mujer con vejiga llena y en decúbito supino (litotomía). El perineo debe inspeccionarse para detectar cualquier irritación en la piel. La integridad de las raíces nerviosas sacras puede ser evaluado por una simple evaluación neurológica incluyendo reflejos anocutáneos y bulbocavernosos y contracción voluntaria del esfínter externo<sup>(5)</sup>.

La apariencia del epitelio vaginal se puede juzgar por examen espéculo y se utiliza clínicamente como una medida de la exposición al estrógeno. El examen con espéculo también debe incluir una evaluación del grado de prolapso de órganos pélvicos en cada compartimiento de la vagina con el paciente realizando maniobras de Valsalva durante el examen.

El examen bimanual permite la detección de masas pélvicas que inciden en el tracto urinario, permite una evaluación adicional de la relajación pélvica y brinda la oportunidad de evaluar la capacidad de la mujer para aislar y contraer los músculos elevadores del ano<sup>(6)</sup>.

**Evaluación de musculatura de piso pélvico**

A través del Test de Oxford para valorar la disfunción de la musculatura pélvica (Ver tabla 01)<sup>(11)</sup>.

**Tabla 1**  
Escala de Oxford modificada

Grado	Respuesta muscular	Descripción
0	Ninguna	Ninguna
1	Parpadeos	En la musculatura se establecen movimientos temblorosos
2	Débil	Existe presión débil sin temblores o parpadeos musculares
3	Moderado	Incremento de presión y leve elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien	Presencia de apretones firmes de los dedos y elevación de la pared posterior de la vagina con una resistencia moderada.
5	Fuerte	Sujeción con fuerza de los dedos pared posterior responde a una resistencia máxima.

Fuente: Laycock, Whelan, Dumoulin

**Pruebas para valorar Hiper movilidad uretral**

- La hiper movilidad de la uretra debe confirmarse antes de la operación ya que las mujeres que lo presentan tienen menos probabilidad de experimentar cura después de los procedimientos estándar contra incontinencia<sup>(9)</sup>.
- La demostración de la hiper movilidad uretral se puede lograr utilizando pruebas objetivas como<sup>(10)</sup>.
  - o Prueba de esfuerzo: se considera la más

confiable para conseguir el diagnóstico. Considerar positivo o negativo.

- o Test de Boney: Prueba de la elevación del cuello vesical. Se coloca dos dedos en vagina anterior a los lados de la uretra, elevándola, si no hay pérdida de orina es (+).
- o No se recomienda como predictor de evolución postquirúrgica de la paciente
- o Q-tip test (test del hisopo) (a criterio medico) se observa la angulación de la “varilla” colocada en la uretra con el plano horizontal en reposo o esfuerzo. Permite evaluar la movilidad uretral. Su utilización no supera al estudio urodinámico. Permite establecer el deterioro del soporte vaginal anterior. No hay estandarización para su realización.
- o La demostración subjetiva se realiza observando la posición del cuello de la vejiga en reposo y durante el esfuerzo <sup>(10)</sup>.
- o Prueba de almohadilla o Pad test.

### Pesarios

Los pesarios se pueden utilizar con fines terapéuticos o de diagnóstico. Desde el punto de vista diagnóstico los pesarios pueden utilizarse para proporcionar una evaluación preoperatoria de mujeres con prolapso de órganos pélvicos. La incontinencia urinaria oculta podría revelarse durante el uso de un pesario o durante las pruebas de Urodinamia con o sin pesario <sup>(9,10)</sup>.

### Diagnóstico Diferencial

- Incontinencia extrauretral: Fístula vesico-vaginal o uretro-vaginal.
- Anomalías del aparato urinario: Ureter ectópico, uretra corta, divertículo uretral.
- Neuropatías de vejiga: Esclerosis múltiple, neuritis diabética.
- Incontinencia por medicamentos.

### Exámenes auxiliares

#### Valoración de infección urinaria

- Se debe realizar un examen de orina a toda mujer

con síntomas de incontinencia urinaria para evaluar la presencia de sangre, glucosa, proteínas, leucocitos y nitritos en orina. Si las mujeres presentan síntomas de infección urinaria y su test sale positivo para leucocitos y nitritos se debe enviar muestra para urocultivo con antibiograma para dar el tratamiento apropiado <sup>(8)</sup>.

### De Imágenes

- Ecografía perineal: el uso de manera rutinaria de imágenes para la evaluación de incontinencia urinaria no es recomendado, pero esta indicado en patologías recidivantes posteriores a cirugía anti incontinencia.
- Ecografía Vesical con residuo: Se puede utilizar para evaluar volumen residual de orina <sup>(14)</sup>.
- Cistoscopia: No se debe usar en la evaluación inicial de mujeres con incontinencia urinaria sola <sup>(10)</sup>.
- Videocistouretrografía: Permite la evaluación de pacientes con disfunción de tracto urinario inferior complicado, generalmente debido a alteraciones neurológicas.

### De Exámenes especializados complementarios

- Urodinamia: se recomienda solicitarla en las siguientes circunstancias <sup>(10)</sup>:
  - o Incontinencia urinaria mixta con predominio de urgencia.
  - o Incontinencia urinaria cuyo diagnostico no está claro.
  - o Síntomas que sugieren disfunción miccional.
  - o Prolapso anterior o apical.
  - o Antecedente de cirugía previa por incontinencia urinaria de esfuerzo.

De acuerdo a las directrices NICE recomiendan que la Urodinamia no debe realizarse en mujeres con historia de incontinencia urinaria de esfuerzo pura con evaluación normal; sin embargo, la Sociedad de Uroginecología (BSUOG) y Asociación Británica de los Cirujanos Urólogos (BAUS) recomiendan la Urodinamia en todas las mujeres antes de realizar una cirugía de incontinencia <sup>(13)</sup>.

**Tabla 2**

Clasificación de la Incontinencia de orina de esfuerzo de acuerdo al estudio urdinámico

Tipo 0	Incontinencia referida por la paciente, pero que no es demostrada por el examen clínico o por el estudio urodinámico.
Tipo I	Incontinencia por esfuerzo con presión de pérdida sobre 90 cmH <sub>2</sub> O e hipermovilidad de cuello y uretra menor a 2 cm.
Tipo II	Incontinencia por esfuerzo con presión de pérdida sobre 90 cmH <sub>2</sub> O e hipermovilidad de cuello y uretra mayor a 2 cm.
Tipo III	Insuficiencia uretral intrínseca, con presión inferior a 60 cm H <sub>2</sub> O.

Clasificación de McGuire et al. (12)

**Electromiografía:** No se debe realizar la electromiografía del suelo pélvico como parte rutinaria de los músculos del piso pélvico, salvo pacientes diabéticos y/o antecedentes neurológicos previos.

## Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

### Medidas generales y preventivas

- Se debe cambiar estilos de vida como primer paso se recomienda una prueba de reducción de cafeína <sup>(11)</sup>.
- Mujeres que tengan IMC > 30 deben realizar mejoras en sus hábitos alimenticios para poder perder peso.

### Tratamiento no quirúrgico

#### Terapias físicas

- Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico supervisado por al menos 3 meses como tratamiento de primera línea para mujeres con incontinencia urinaria mixta o de esfuerzo <sup>(16)</sup>.

#### Uso de pesarios

- Se puede considerar desde el manejo inicial teniendo varios factores predictores de adaptación al uso de pesarios, entre ellos la motivación de la paciente. En la visita de

seguimiento (1-2 semanas más tarde), se les pregunta si hay efectos secundarios como malestar, expulsión, bulto o presión persistente, síntomas persistentes o IU de urgencia, dificultad para orinar o defecar, o sangrado o flujo vaginal. En ausencia de estos efectos secundarios molestos, el uso del pesario se puede prolongar indefinidamente. Puede ser necesario un cambio en el tipo o tamaño según la mujer envejece.

- Los predictores de una adaptación incorrecta son:
  - o Vagina corta < 6 cm,
  - o Introito ancho > 4 dedos,
  - o Relación entre el hiato genital y longitud total de la vagina >0.8,
  - o Antecedente de tabaquismo, cirugía vaginal previa. La presencia de rectocele con incontinencia urinaria de esfuerzo también puede ser un predictor de falla <sup>(9)</sup>.

### Tratamiento farmacológico

La FDA no recomienda ningún tratamiento farmacológico para la incontinencia urinaria de esfuerzo <sup>(18)</sup>.

No se debe ofrecer flavoxato o imipramina para tratar la incontinencia urinaria o vejiga hiperactiva. No hay suficiente evidencia para la eficacia de la imipramina en el estrés y la incontinencia mixta y los efectos secundarios son significativos <sup>(17)</sup>.

Las directrices de la asociación Europea de Urología hace eco de una revisión Cochrane que muestra que los agonistas no son mejores que el placebo para la incontinencia urinaria por estrés; sin embargo, en algunos estudios indican que los agonistas son mejor que el placebo para aliviar, pero no curar la incontinencia urinaria por estrés <sup>(18)</sup>.

No se debe ofrecer oxibutinina de liberación inmediata a mujeres mayores pues existe alto riesgo de deterioro repentino en la salud física y mental.

No utilizar duloxetina como tratamiento de primera línea en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

No ofrecer terapia de reemplazo hormonal sistémico.

Entre las intervenciones de primera y segunda línea para incontinencia urinaria de estrés, la terapia conductual (sola y combinada con hormonas) fue más eficaz que los agonistas o incluso hormonas para lograr mejora en la sintomatología.

Entre las intervenciones de tercera línea evaluada para la incontinencia urinaria de estrés, la liberación de la presión intravesical y la neuromodulación, pero no los agentes de carga periuretral, fueron más eficaz que las hormonas.

Los estrógenos intravaginales se usan para tratar los síntomas de Sd. Genitourinario de la menopausia.

### Manejo quirúrgico:

Los procedimientos que recomienda NICE son cabestrillo mediouretral, retropúbico, Colposuspensión abierta o autólogo, cabestrillo facial recto <sup>(19)</sup>.

**Cabestrillo mediouretral:** Numerosas organizaciones apoyan el uso de cabestrillos de uretra media para la incontinencia urinaria de esfuerzo, incluida la Sociedad Americana de Urología, Asociación Canadiense de Urología.

El procedimiento implica la colocación de una tira permanente de malla de polipropileno tipo 1 a nivel de uretra media, proporcionando un soporte uretral dinámico. Cabestrillos de uretra media son el procedimiento para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo más estudiado y el procedimiento de incontinencia relacionado con mayor frecuencia en todo el mundo.

Presentan un tiempo de operación más corto y retorno rápido a las actividades normal es en comparación con las cirugías tradicionales sin malla para la incontinencia urinaria de esfuerzo como cabestrillo autólogo, Colposuspensión de Burch <sup>(21,22,23)</sup>

La sociedad canadiense de Uroginecología recomienda el uso de cabestrillos mediouretrales de polipropileno monofilamento retropúbico o transobturadores para el

manejo de incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Cabestrillo sintético mediouretral retropúbico:** caracterizado como retropúbico (de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba). Los cirujanos deben utilizar con malla de propileno microporoso tipo 1. Se ha reportado tasas de éxito del 51-87% <sup>(23)</sup>.

**Cabestrillo sintético medioouretral transobturador:** Este abordaje fue desarrollado en un esfuerzo por simplificar e incluso minimizar el perfil de las complicaciones descritas en el abordaje retropúbico. La tasa de éxito es de 43 a 92% <sup>(24)</sup>.

El estudio sobre los cabestrillos mesouretrales (Trial of Mid-urethral Slings, TOMUS) comparó los resultados a corto plazo (uno y dos años) y a largo plazo (cinco años) con los RMUS y TMUS. Los análisis a corto plazo demostraron equivalencia estadística entre los dos procedimientos; sin embargo, se observaron ligeras ventajas en favor del RMUS con un seguimiento más prolongado (cinco años) <sup>(25)</sup>.

**Cabestrillo de fascia pubovaginal autólogo:** Presenta eficacia del 87-92%. <sup>(26)</sup>.

### Colposuspensión de Burch.

Agentes coaptantes de la pared uretral: estarían indicadas en IUE con disfunción uretral intrínseca, para manejar la incontinencia de esfuerzo si los procedimientos quirúrgicos alternativos no son adecuados ni aceptables para la mujer. Los agentes de carga intramural son materiales inyectables permanentes y puede ser necesario repetir las aplicaciones para lograr mayor efectividad, la evidencia limitada sugiere que son menos efectivos que los procedimientos quirúrgicos <sup>(22)</sup>.

Cirugía concurrente de incontinencia urinaria de esfuerzo y prolapso de órganos pélvicos <sup>(27)</sup>, considerar en mujeres con prolapso anterior y/o apical.

### Seguimiento post cirugía

El control se realizará por consultorio externo al 7mo día postoperatorio, salvo otra indicación médica.

Para las mujeres que se han sometido a una cirugía de cabestrillo de malla mediouretral retropúbica, la cita de seguimiento debe incluir un examen vaginal para verificar exposición o extrusión del cabestrillo de malla.

Se debe realizar un examen vaginal para evaluar

- o Si la malla es palpable, expuesta o extruida.
- o Localizar el dolor y su relación anatómica con la malla.
- o Considere realizar un tacto rectal si está indicado, para evaluar la presencia de perforación de la malla o fístula.
- o Considere realizar una evaluación neurológica para evaluar la distribución del dolor, y si presenta alteración sensorial o disminución de la fuerza muscular.

Se debe ofrecer una cita de seguimiento dentro de los 3 meses y al año a todas las mujeres que hayan tenido procedimiento quirúrgico para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo (23).

#### Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

Como efectos adversos del tratamiento quirúrgico pueden presentarse lesiones inadvertidas de uretra o vejiga, son menos frecuentes las lesiones neurovasculares.

#### Signos de Alarma

Relacionados a problemas evacuatorios inmediatos, tenesmo vesical, polaquiuria. Dolor en zona operatoria, aparición de hematomas locales o fiebre.

#### Criterios de Alta

El primer paso en la evaluación de la paciente tras la colocación de una banda suburetral es comprobar la primera micción espontánea antes del alta. Cuando la paciente no consigue vaciar espontáneamente o bien presenta síntomas y residuo elevado, se ha propuesto establecer un manejo inicial expectante, puede plantearse tratamiento quirúrgico.

En pacientes post operadas el alta se realizará cuando toleren vía oral, deambule sin dificultad y no se presente signos de alarma.

#### Pronóstico

La pérdida de orina disminuye para la mayoría de las mujeres que se someten cirugía, tasas de éxito variables que llegan hasta el 92%. Pero una menor proporción todavía se puede presentar alguna pérdida. Esto puede darse debido a que otros problemas están causando la incontinencia urinaria.

#### Complicaciones

La complicación de la cirugía con cabestrillo incluye disfunción miccional, exposición/erosión de la malla, dolor agudo, dolor pélvico crónico, infección, dispareunia, lesión neuromuscular, recurrencia de incontinencia (22).

Para las mujeres que informan síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo de aparición reciente luego de una cirugía de malla para incontinencia o prolapso de órganos pélvicos, evalúe si los síntomas son relacionados a una complicación.

Estos incluyen (22).

Dolor o cambio sensorial en la espalda, abdomen, vagina, pelvis, pierna, ingle o perineo.

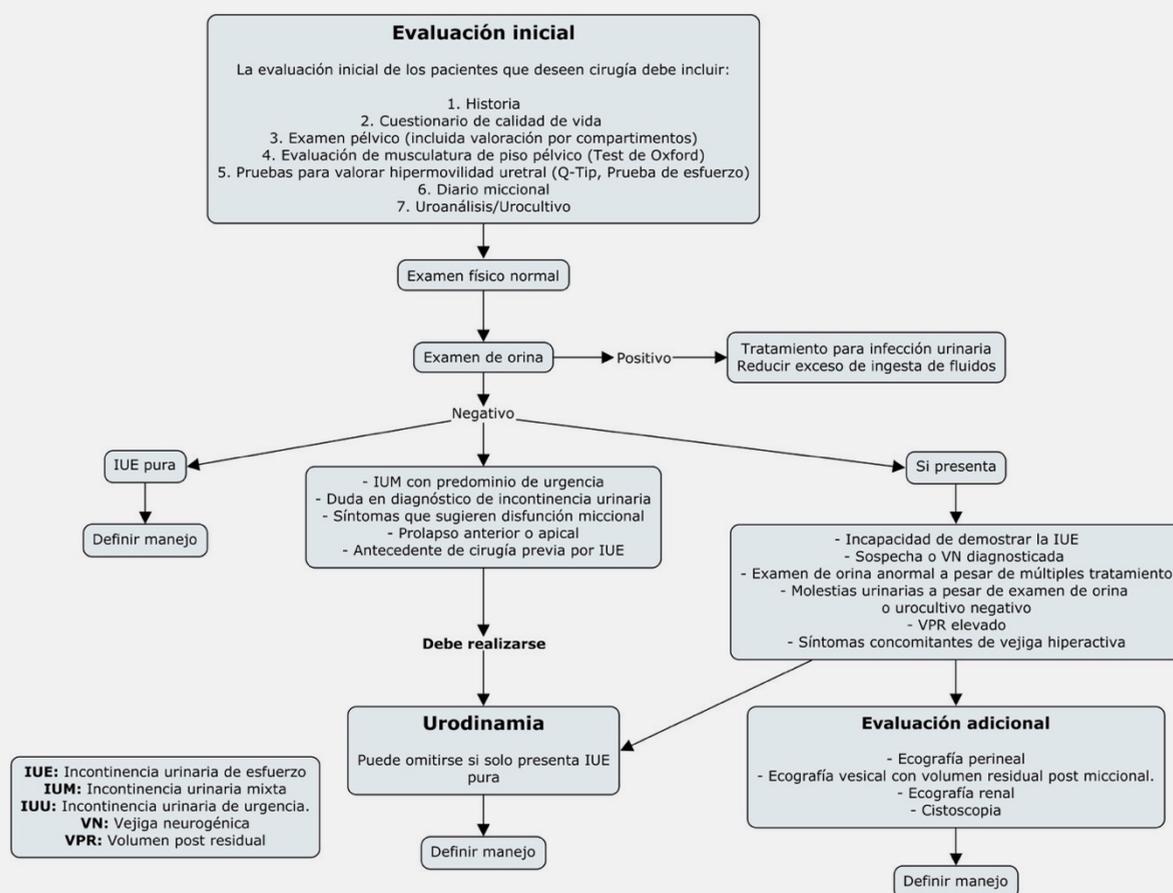
Problemas vaginales que incluyen secreción, sangrado, relaciones sexuales dolorosas o trauma.

Problemas intestinales que incluyen dificultad o dolor al defecar, incontinencia fecal, rectal, sangrado.

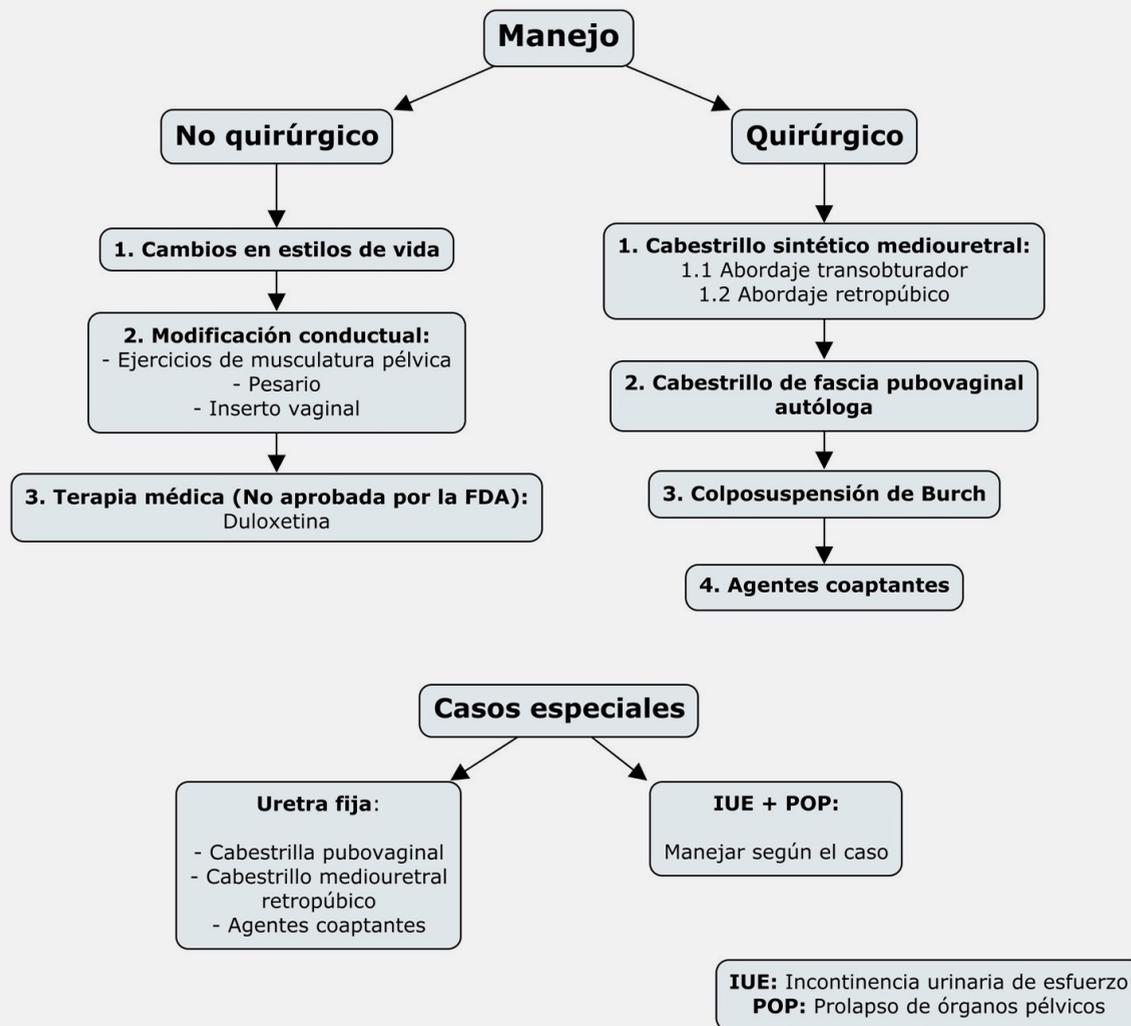
#### Recomendaciones

- La evaluación de la paciente debe ser integral, valorando las patologías relacionadas del piso pélvico.
- Se debe considerar el tratamiento quirúrgico multidisciplinario siempre que sea necesario.
- El manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo debe estar a cargo del personal médico ginecólogo, uro-ginecólogo o urólogo con experiencia y capacitación acreditada por instituciones o sociedades internacionales como IUGA.

**FLUJOGRAMA 01  
DE EVALUACIÓN Y MANEJO**  
Algoritmo de evaluación de Incontinencia  
Urinaria de Esfuerzo



**FLUJOGRAMA 02**  
 Algoritmo de Manejo de Incontinencia  
 Urinaria de Esfuerzo



## Bibliografía

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-78.
2. Gómez A. Incontinencia urinaria femenina: Diagnóstico, tratamiento y prevención. *Educación Sanitaria*, 2008; 27(3): 60-71
3. Cooper J, Annappa M, Quigley A, Dracocardos D, Bondili A, Mallen C. Prevalence of female urinary incontinence and its impact on quality of life in a cluster population in the United Kingdom (UK): a community survey. *Prim Health Care Res Dev* 2015; 16: 377e82.
4. National Guideline Alliance (UK). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. London 2019.
5. Farrell SA. No. 127-The Evaluation of Stress Incontinence Prior to Primary Surgery. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(2): e45-e50.
6. Swati J, Radlyel S. Diagnosis and management of stress urinary incontinence in Women. *Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health.*, 2009. 23-29.
7. Guía de Asistencia Práctica. Diagnóstica de la Incontinencia Urinaria. *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(1):79-91
8. Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: Vaginal Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(2):255-66 e1.
9. Bradley C, Rahn D, Nygaard I, Barber M, Nager C, Kenton K. The Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID): Validity and Responsiveness to Change in Women Undergoing Non-Surgical Therapies for Treatment of Stress Predominant Urinary Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010 June; 29(5): 727-734. doi:10.1002/nau.20818.
10. Does pre-operative urodynamics improve outcome for women undergoing surgery for stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. *Rachane S Latthi BJOG* 2015; 122: 8e16.
11. Ricci P, Sola V, Pardo J. Estudio de la incontinencia de orina femenina mediante Urodinamia Monocanal: comparación con los síntomas de ingreso. *Análisis de 590 mujeres. Arch. Esp. Urol.* 2009; 62 (2): 115-123.
12. Goode PS, Locher JL, Bryant RL, et al. Measurement of postvoid residual urine with portable transabdominal ultrasound scanner and urethral catheterization. *Int Urogynecol J* 2000;11: 296-300.
13. Dufour S, Wu M. No. 397 - Conservative Care of Urinary Incontinence in Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(4):510-22.
14. Braekken IH, Majida M, Engh ME, et al. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessorblinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203. 170 e1-7.
15. Balk M, Valerie N, Gaelen A, Hannah J, Kimmel j, Trikalinos T, Jepsson P. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Urinary Incontinence in Women. *Annals of Internal Medicine*, 2019; 170(7): 465-480
16. Mc Donnell B, Birder L. Recent advances in pharmacological management of urinary incontinence. *FICCO Reserarch*, 2017 21(4): 1-8.
17. Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: AUA/SUFU Guideline. *J Urol.* 2017;198(4):875-83.
18. DeLorme E. Transobturator tape urethral suspension: miniinvasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2001; 11: 1306e13.
19. 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: 226e33.
20. Imran R, Kearney R. Surgical management of stress urinary incontinence. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.* 2016;26(1):20-5.
21. Clancy A. Committee Opinion No. 387-Mid-Urethral Slings for Stress Urinary Incontinence. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(9):1389-91.
22. Nilsson CG, Palva K, Aarnio R et al: Seventeen years' follow up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 1265.
23. Ford AA, Rogerson L, Cody JD et al: Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 7: CD006375.
24. Athanasopoulos A, Gyftopoulos K and McGuire EJ: Efficacy and preoperative prognostic factors of autologous fascia rectus sling for treatment of female stress urinary incontinence. *Urology* 2011; 78: 1034.
25. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al; International Urogynecological Association. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29:4-20. [PMID: 19941278] doi:10.1002/nau.207987.

## Correspondencia:

Edwin Llajaruna Zumaeta

Av. Inca Garcilaso de la Vega 1420

Cercado de Lima

Médico Asistente del Servicio de Piso Pélvico.

Clínica Internacional

**E-mail:** ellajaruna@hotmail.com