

Incontinencia Urinaria en la Mujer PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA

DR. ANTONIO CALVO CEBRIÁN

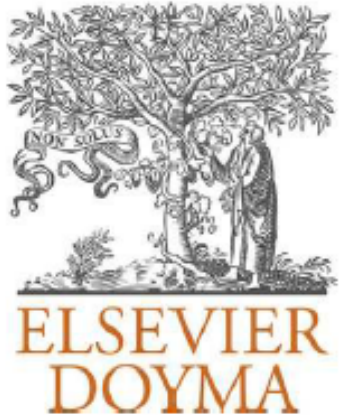
MÉDICO DE FAMILIA

CS GALAPAGAR



Atención Primaria

- ▶ Medicina de Familia: Papel primordial en el sistema.
- ▶ Puerta de entrada
- ▶ Decisiones: consecuencias sobre el paciente, familia y comunidad.
- ▶ Manejamos muy bien enfermedades prevalentes y que necesitan poca precisión diagnóstica (toleramos la incertidumbre)
- ▶ O deberíamos estar preparados para ello.
- ▶ Cada vez más se han ido introduciendo “Guías Clínicas”



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



DOCUMENTO DE CONSENSO

Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria☆☆☆

F.J. Brenes Bermúdez^{a,*}, J.M. Cozar Olmo^b, M. Esteban Fuertes^c,
A. Fernández-Pro Ledesma^d y J.M. Molero García^e



*De la práctica
centrada en
la enfermedad
a la atención
centrada en
las personas*

pautas de **a**ctuación y **s**eguimiento

Incontinencia urinaria



Actividad
acreditada con
2,7 créditos
(M^o Exp. 131/0491)



IMPACTO SOBRE LA SALUD

1. NO AUMENTA LA MORTALIDAD
2. AUTOLIMITA
3. CARGAS PARA CUIDADORES
4. BAJA SENSIBILIZACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

GUIA RECOMIENDA:

- ▶ DETECCIÓN: CRIBADO OPORTUNISTA ♀>40a.
- ▶ EVALUACIÓN
- ▶ TRATAMIENTO
- ▶ Criterios de Derivación



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 1 de 186

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid



SERVICIO 303: VISITA PUERPERAL

CBA 2

Una valoración funcional que incluya:

- Percepción de la salud: higiene de la puérpera y del recién nacido, hábitos tóxicos, conocimiento de cuidados del recién nacido.
- Nutricional - metabólico: balance calórico, ingesta de lácteos y de líquidos, conocimiento del paso de sustancias a la leche materna y conocimientos sobre alimentación del recién nacido.
- Eliminación: ritmo miccional e intestinal y problemas asociados (hemorroides)
- Actividad - ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad.
- Autoconcepto: problemas de imagen corporal, síntomas de ansiedad/depresión.
- Sexualidad - reproducción: dificultades/problemas en relaciones sexuales.
- Adaptación - tolerancia al estrés: problemas de adaptación al nuevo rol y valoración del apoyo familiar.

SERVICIO 306: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de mujeres que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{Mujeres de 50 a 59 años}}$$

Criterio de Inclusión

Mujeres en la etapa de climaterio, definido como amenorrea superior a seis meses o inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, sequedad vaginal o dispareunia.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las mujeres incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

CBA 1

Una anamnesis o valoración funcional que incluya la evaluación de los siguientes aspectos:

- Síntomas vasomotores.
- **Eliminación: incontinencia urinaria.**
- Sueño - descanso: nº horas/día, ritmo de sueño y efecto reparador.
- Autopercepción - Autoestima: estado de ánimo, problemas o dificultades.
- Sequedad vaginal.
- Sexualidad: dificultades o problemas en relaciones las sexuales.
- Sangrado menstrual después de 12 meses de amenorrea.

SERVICIO 417: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN PERSONAS MAYORES

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } \geq 75 \text{ años que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } \geq 75 \text{ años}}$$

Criterio de Inclusión

Las personas de 75 años o más tendrán realizada una valoración funcional o anamnesis sobre al menos tres de los siguientes aspectos:

- Patología crónica invalidante: accidente cerebrovascular con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva en los últimos seis meses; o enfermedad de Parkinson, EPOC, enfermedad osteoarticular, caídas recurrentes, déficit visual severo, hipoacusia severa, demencia, depresión, enfermedad terminal, en los 2 últimos años.
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio de domicilio en los últimos seis meses.
- Hospitalización en el último año.
- Indicadores de Riesgo Social: Persona que vive sola o con la familia con capacidad limitada de apoyo, con relación familiar conflictiva, familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención al enfermo, condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes, vivienda inadecuada a las necesidades del enfermo, falta de recursos económicos (Anexo 3), en los 2 últimos años.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

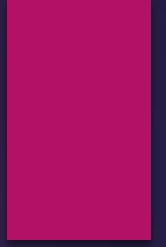
Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones cada dos años:

CBA 1

Una anamnesis o valoración funcional que incluya:

- Percepción - mantenimiento de la salud: antecedentes de caídas.
- Eliminación: presencia/ausencia de incontinencia urinaria.
- Actividad - ejercicio: Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton (Anexo 4)
- Cognitivo - perceptivo: antecedentes de déficit de visión y audición.

GDR: C



GUIA RECOMIENDA:

- ▶ DETECCIÓN: CRIBADO OPORTUNISTA ♀>40a.
- ▶ EVALUACIÓN
- ▶ TRATAMIENTO
- ▶ Criterios de Derivación

ANAMNESIS:

+ Cocientes de probabilidad

Historia clínica

Según dos RS, la historia clínica parece útil para distinguir la incontinencia de urgencia de la incontinencia de esfuerzo en mujeres.

- Historia clínica asociada con el diagnóstico de la incontinencia de esfuerzo. Historia positiva de la IU de esfuerzo (al toser, estornudar, levantar algún peso, caminar o correr): CP+ 2,2 (1,6-3,2). Si no existe esta asociación, CP- 0,39 (0,25-0,61).
- Historia clínica asociada con el diagnóstico de la incontinencia de urgencia. Respuesta positiva a: *¿Experimenta un impulso de orinar tan fuerte y repentino que se le escapa antes de llegar al baño?* CP+ 4,2 (2,3-7,6). Si negativa: CP- 0,48 (0,36-0,62)¹.

En una RS el rendimiento diagnóstico de la historia clínica para la identificación de la IU de esfuerzo CP+ 2,09 (1,83-2,35), rendimiento diagnóstico de la historia clínica para la identificación de la hiperactividad del detrusor CP+ 4,69 (4,05-5,33)².

Clasificación:

Tabla 1.
Cuestionario 3IQ para categorizar incontinencia

1. ¿Durante los 3 últimos meses, ha presentado fuga de orina (aunque sea una cantidad pequeña)? <ul style="list-style-type: none">• Si• No (completó el cuestionario)
2. ¿Durante los 3 últimos meses, presentó una fuga de orina: (marque todas las que apliquen) <ul style="list-style-type: none">• Cuando realizaba alguna actividad física, como toser, estornudar, alzar un objeto o ejercicio?• Cuando sintió la urgencia de vaciar la vejiga, pero no pudo llegar al sanitario lo suficientemente rápido?• Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia?
3. Durante los 3 últimos meses, presentó fuga de orina más frecuentemente: (marque solo una) <ul style="list-style-type: none">• Cuando realizaba alguna actividad física, como toser, estornudar, alzar un objeto o ejercicio?• Cuando sintió la urgencia de vaciar la vejiga, pero no pudo llegar al sanitario lo suficientemente rápido?• Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia?• Igual de frecuentemente con actividad física como con la sensación de urgencia
La definición del tipo de incontinencia urinaria se basa en la respuesta a la pregunta 3: <ul style="list-style-type: none">• Más frecuentemente durante actividad física → IUE• Más frecuentemente con la urgencia de vaciar la vejiga → Urgencia• Sin actividad física ni ningún sentido de urgencia → otra causa• Igual con actividad física y sensación de urgencia → mixta

EXPLORACION SIEMPRE

- ▶ Exploración General y Abdomino-pélvica
- ▶ Y genital??
- ▶ Y neurológica??

EXPLORACIÓN FÍSICA

- ▶ ATROFIA VAGINAL.*
- ▶ MASAS PÉLVICAS.
- ▶ PROLAPSO DE ORGANO PÉLVICO.
- ▶ NO EXAMEN NEUROLÓGICO SI NO HAY SINTOMAS NEURO DE NUEVA APARICIÓN.

EVALUACION DIAGNOSTICA:

- ▶ BQ BASICA
- ▶ SO SEDIMENTO
- ▶ ECO ABDOMINAL: RPM
 - ▶ SOSPECHA DISFUNCIÓN
 - ▶ ITU RECURRENTE
 - ▶ EMPEORAMIENTO CLINICO DURANTE EL SEGUIMIENTO
 - ▶ NDE:2 GDR:B-C

Exploraciones complementarias para el diagnóstico

Con la anamnesis y la exploración física es suficiente.

Exploraciones complementarias para el diagnóstico diferencial

A todos

- Análisis de sangre para descartar diabetes mellitus o insuficiencia renal: glucosa, perfil renal.
- Análisis de orina para descartar infección de orina o urolitiasis. Sedimento y cultivo si se sospecha ITU.
- Ecografía abdominal para descartar masas uterinas, vesicales o litiasis renal. Observar el residuo posmiccional.

Ecografía transvaginal si se sospecha miomas, tumores o prolapso uterino.

AMF 2014;10(10):541-634

GUIA RECOMIENDA:

- ▶ DETECCIÓN: CRIBADO OPORTUNISTA ♀>40a.
- ▶ EVALUACIÓN
- ▶ TRATAMIENTO
- ▶ Criterios de Derivación

TRATAMIENTO

- ▶ Mayoría de las pacientes susceptibles de tratamiento en Atención Primaria
- ▶ Tratamiento conservador (medidas No-F)
 - ▶ < Peso
 - ▶ < Tabaco
 - ▶ < Ingesta hídrica. Deshidratación!!
 - ▶ < Excitantes < alcohol < bebidas carbonatadas
 - ▶ > Actividad Física

TRATAMIENTO II

- ▶ ABSORBENTES Y COMPRESAS
 - ▶ MEJORAN CALIDAD DE VIDA SI NO HAY ALTERNATIVA TERAPÉUTICA
- ▶ CONTROL COMORBILIDADES
- ▶ AJUSTES MEDICACIÓN. CASCADAS TERAPÉUTICAS

TRATAMIENTO III

- ▶ REHABILITACIÓN MUSCULAR DEL SUELO PÉLVICO
- ▶ OFRECER COMO 1º LINEA A TODAS LAS MUJERES CON CUALQUIER TIPO DE INCONTINENCIA
- ▶ PROGRAMAS DE RHB LO MÁS EXTENSOS POSIBLE. SUPERVISION PROFESIONAL
- ▶ 3M ANTES DE EVALUAR EFECTIVIDAD

+ ¿Cuántos pacientes debemos tratar para conseguir qué?

Entrenamiento muscular del suelo pelviano (EMSP)

- El EMSP³ puede mejorar la IU de esfuerzo en mujeres, incrementando la percepción de curación (NNT 1-6) y el aumento de la satisfacción de la paciente (NNT 1-5), comparado con no realizarlo. En mujeres con cualquier tipo de IU también aumentó la percepción de mejora o curación (NNT 2-9)³.
- El EMSP supervisado en grupo puede aumentar su efectividad si se añade una formación individual (NNT de 3-6)⁴.
- El EMSP más *biofeedback* (uso de dispositivo como sonido o imagen visual para evaluar la contracción muscular) o retroalimentación verbal (evaluación del médico de la contracción muscular durante el examen vaginal) podrían mejorar los síntomas de la IU en mujeres (NNT 4-10) comparado con el EMSP solo⁵.

EMSP: ejercicios de Kegel + aprender a cerrar un instante la uretra al inicio de la micción para conseguir retenerla.

EMSP + entrenamiento físico

El EMSP más entrenamiento físico (60 min de ejercicios de gimnasio 2 veces a la semana durante 3 meses) pueden reducir la IU de esfuerzo en mujeres mayores de 70 años de edad (NNT 3)⁶.

Ejercicios de Kegel

Los ejercicios del suelo pélvico parecen moderadamente efectivos al año para la IU persistente de cualquier tipo (NNT 3) y en la IU grave (NNT 9) 3 meses después del parto, comparado con el control⁷.

AMF 2014;10(10):541-634

TRATAMIENTO IV

Format: Abstract

Send to

Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness [Internet].

Shamliyan T, Wyman J, Kane RL.

Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Apr. Report No.: 11(12)-EHC074-EF.

[AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.](#)

Full text links



Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness
[Free full text](#)



Effective Health Care Program

Helping You Make Better Treatment Choices

tolterodine. Continence was achieved in one woman for every three treated with pelvic floor muscle training (NNT=3, 95 percent CI, 2 to 5), six with pelvic floor muscle training combined with bladder training (NNT=6, 95 percent CI, 4 to 16), and six with intravaginal electrical stimulations (NNT=6, 95 percent CI, 4 to 16). Weight loss improved UI in obese women. Improvement in UI and quality of life were examined using different

Consumers, Clinicians, and Policymakers

Tools and Resources

Search for Research Summaries, Reviews, and

Sign Up for Effective Health Care News

Free Consumer Research Summaries



for Low Back Pain

Consumer Summary

TRATAMIENTO V

ESTROGENOS VAGINALES

- ▶ SI ATROFIA EN ♀ PERI Y POSTMENOPAUSICA

Estrógenos vaginales

Pueden mejorar la IU (NNT 13, 10-24), pero los estrógenos sistémicos pueden empeorar la IU en mujeres posmenopáusicas (NNH 13)⁹.

AMF 2014;10(10):541-634

TRATAMIENTO VI

- ▶ LA GUIA CLINICA ESTABLECE COMO PRIMERA LINEA TERAPÉUTICA LOS ANTIMUSCARINICOS EN LA VH.

Anticolinérgicos

- Se asocian con una mejoría clínicamente importante en la IU de urgencia en mujeres, comparados con placebo: fesoterodina (NNT 11, 7-16), oxibutinina (NNT 7, 4-16), tolterodina (NNT 10, 7-28).
- Pueden tener efectos adversos que obligan a interrumpir su administración comparados con placebo:
 - Oxibutinina (63 eventos atribuibles por cada 1.000 pacientes tratados, 12-127). Boca seca más común, náuseas, estreñimiento, visión borrosa y mareos.
 - Fesoterodina (31 eventos atribuibles por cada 1.000 pacientes tratados, 10-56). Estreñimiento más común, sequedad de boca, náuseas y dolor de cabeza.
 - Trospio (18 eventos atribuibles por cada 1.000 pacientes tratados, 4-33). Boca seca más común, estreñimiento y dolor de cabeza⁸.
- Comparando con la tolterodina, la fesoterodina mejora la continencia (NNT 19, 12-46)⁸.

AMF 2014;10(10):541-634

TRATAMIENTO VII



The screenshot shows the Therapeutics Initiative website. The header includes social media icons (Facebook, RSS, Twitter), language options (English | Español), and a search icon. The main navigation menu contains: About Us, Therapeutics Letter, Our Evidence Reviews, Get Involved, Continuing Education, and Contact Us. The breadcrumb trail reads: Home > Therapeutics Letter-ES > [93] ¿Están justificadas las afirmaciones sobre la eficacia de los nuevos fármacos para la vejiga hiperactiva? The main content area features a category list on the left and a large heading for the article: [93] ¿Están justificadas las afirmaciones sobre la eficacia de los nuevos fármacos para la vejiga hiperactiva? The background image of the website header shows a hand holding a spoon with white capsules over a bowl of fruit.

- ▶ MIRABEGRON
- ▶ NO DATOS NNT
- ▶ AUMENTA HTA Y PROLONGA QT EN FUNCION DE LA DOSIS
- ▶ NO MEJORA EN ESTUDIOS DE NO INFERIORIDAD A LA SOLIFENACINA

PREVENCIÓN PRIMARIA

PARA REFLEXIONAR

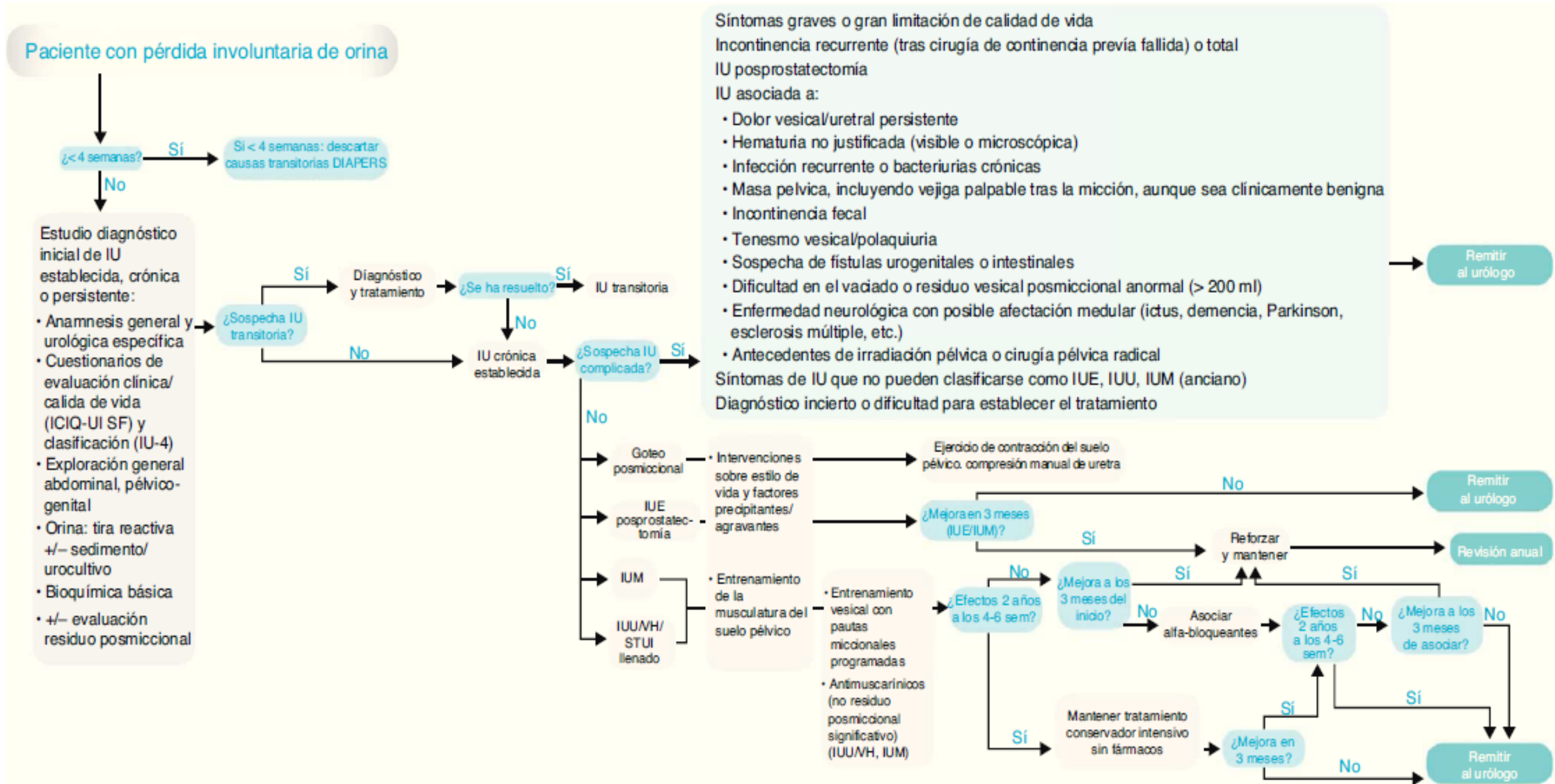
¿Se debe hacer prevención de la enfermedad?

La realización de ejercicios de Kegel antes y después del parto disminuye la incidencia de IU de esfuerzo **C**.

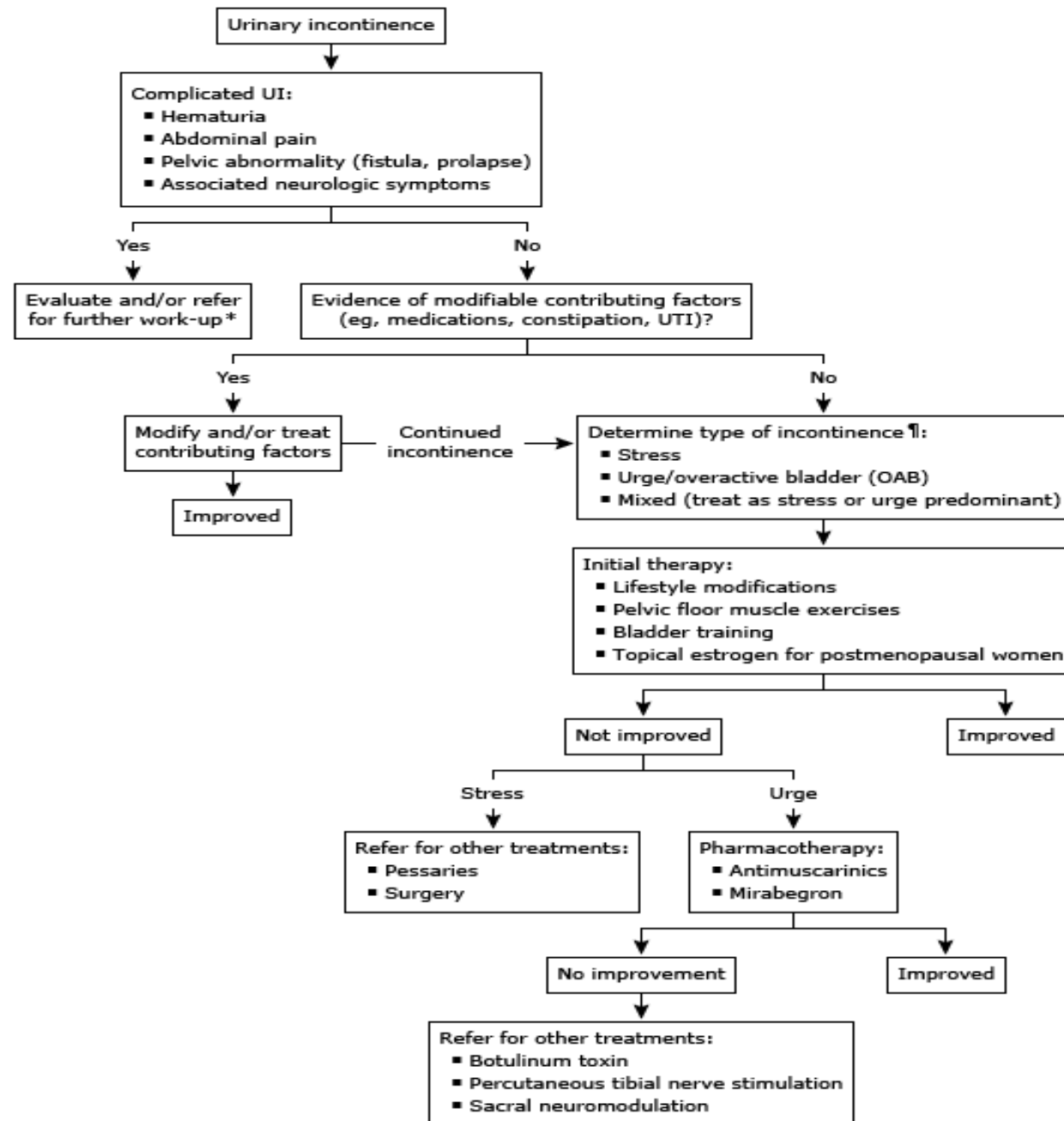
+ NNT de la medida preventiva

- El EMSP prenatal reduce la IU en el período posparto temprano (<12 semanas) NNT 3-9, y en período posnatal intermedio (3-6 meses) NNT 9-80¹⁰.
- El EMSP prenatal mediante un programa intensivo de 12 semanas supervisado por fisioterapeuta, comparado con información habitual aportada por matrona, previene la IU a los 3 meses después del parto (NNT 8)¹¹.
- Los ejercicios del suelo pélvico que comienzan después del parto pueden no reducir la IU, no encontrando diferencia significativa en la IU a 3-6 meses y a los 6-12 meses¹⁰.

Figura 1 Algoritmo diagnóstico y tratamiento de IU en la mujer en atención primaria y criterios de derivación a urología.



Evaluation and treatment of urinary incontinence in women





¡¡Muchas Gracias!!