



Guía de Asistencia Práctica*

Incontinencia urinaria mixta: diagnóstico y tratamiento 2019

Mixed urinary incontinence: diagnosis and treatment

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Irene Díez Itza, Jordi Cassadó Garriga, Alicia Martín Martínez, Eloy Muñoz Galligo, Celia Bauset Castello y Elisa López-Herrero Pérez.

ABREVIATURAS

- ICS: International Continence Society (Sociedad Internacional de Continencia) IU: incontinencia de orina
- IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo IUM: incontinencia urinaria mixta
- IUU: incontinencia urinaria de urgencia POP: prolapso de los órganos pélvicos
- RMSP: rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico SVH: síndrome de vejiga hiperactiva

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society, ICS) define la incontinencia urinaria (IU) como las pérdidas involuntarias de orina. Dentro de este proceso patológico, que engloba distintas categorías según los síntomas de la paciente, encontramos la incontinencia urinaria mixta (IUM) que son las pérdidas urinarias asociadas a episodios de urgencia, así como a esfuerzos tales como la tos, estornudos o los ejercicios. El diagnóstico de la IUM comprende las actuaciones dirigidas a su identificación, y el tratamiento son los procedimientos encaminados a solucionar los escapes involuntarios de

orina asociados a los episodios de urgencia y/o relacionados con los esfuerzos.

DEFINICIÓN DE LA POBLACION DIANA

La población diana incluye a aquellas mujeres que refieren IU asociada tanto a episodios de urgencia como a los esfuerzos.

ACTIVIDAD A REALIZAR

En toda paciente que refiera IU es fundamental conseguir un diagnóstico preciso (ver Guía de Asistencia Práctica [GAP] Diagnóstico de la Incontinencia Urinaria). Como se expone en dicha guía, existen tres tipos principales de IU en la consulta ginecológica:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo, actividad física, tos o estornudo.
- Incontinencia de urgencia (IUU): pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar.
- Incontinencia urinaria mixta: pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia y al esfuerzo.

*Las Guías de Asistencia Práctica 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. Estas guías 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.

Por tanto, en el caso que nos ocupa, tras una evaluación diagnóstica sistemática, catalogaremos como pacientes con IUM a aquellas mujeres con pérdidas de orina asociadas tanto a los esfuerzos como a los episodios de urgencia.

El tratamiento va dirigido al alivio de los síntomas (urgencia miccional y síntomas asociados a la misma: nocturia y aumento de la frecuencia miccional diurna), así como a lograr la desaparición, o disminución, de los escapes de orina en relación tanto con los esfuerzos como con los episodios de urgencia.

DIAGNÓSTICO

Aunque para llegar al diagnóstico de IUM se ha de seguir la evaluación ya reseñada, a continuación se exponen algunos puntos más específicos de esta patología. Son fundamentales: la exploración física, para confirmar o descartar la presencia de prolapso de los órganos pélvicos (POP), que suele asociarse a la urgencia urinaria, y para confirmar objetivamente, en lo posible, las pérdidas urinarias asociadas a los esfuerzos; el análisis de orina, para descartar la existencia de infección; y, sobre todo, una correcta anamnesis con preguntas dirigidas (ver GAP Diagnóstico de la Incontinencia Urinaria), puesto que se ha observado que los cuestionarios sencillos, como el presentado, tienen una alta fiabilidad, en la mujer, para el diagnóstico de los distintos subtipos de IU. También es aconsejable la utilización de cuestionarios validados que valoren la afectación de la calidad de vida de la paciente (ver GAP Diagnóstico de la Incontinencia Urinaria). Algunos autores aseveran que cuando la paciente refiere pérdidas abundantes y/o muy frecuentes de orina es más probable que padezca una IUM que otro tipo de IU.

En el caso de la IUM, al presentar la paciente escapes de orina tanto asociados a la urgencia como a los esfuerzos, es importante intentar averiguar el predominio de uno u

otro tipo de IU, puesto que ello orientará el tratamiento inicial, como veremos más adelante. Es conocido que la proporción entre pérdidas asociadas con esfuerzos o asociadas con urgencia varía entre las pacientes. Se ha intentado en diversos trabajos proponer un sistema de puntuación basado en los síntomas o en la respuesta al tratamiento inicial, aunque todavía no se ha conseguido crear una clasificación que categorice a las pacientes en grupos bien definidos. Por ello, la mayor parte de los clínicos identifica el predominio de uno u otro tipo de IU en las pacientes con IUM basándose en la anamnesis (ver cuál es el tipo de IU con mayor número de escapes). También es importante averiguar la afectación de la calidad de vida que produce cada uno de los componentes; si bien un porcentaje importante de las pacientes no pueden señalar cuál es el síntoma más molesto. Además de la anamnesis, algún cuestionario específico, como el UDI-6 –Urogenital Distress Inventory– Short Form (Tabla I), puede ser de utilidad a la hora de dicha identificación. Este cuestionario, al preguntar por síntomas tanto de IUE como de IUU, puede mostrar el síntoma más molesto para la paciente si puntúa su afectación de forma distinta.

Independientemente de ello, es preciso señalar que la IUM es más molesta y tiene un mayor impacto sobre la calidad de vida de la paciente que los otros tipos de IU.

TRATAMIENTO

El hecho de no haberse podido establecer todavía un sistema de clasificación fiable para las pacientes con IUM hace que no se puedan establecer algoritmos de tratamiento. Además, existen pocos estudios que publiquen resultados del tratamiento específicamente en pacientes con IUM. La mayoría de los trabajos sobre tratamiento de la IUM exponen análisis secundarios de pacientes con síntomas mixtos sometidas al tratamiento en cuestión. Por

Tabla I.
Cuestionario UDI-6 –Urogenital Distress Inventory– Short Form (versión española)

Para cada pregunta señale el número que mejor describa cómo se sintió, ante cada uno de los síntomas, durante el mes pasado.				
¿Experimenta usted algunos de los siguientes problemas y, en caso afirmativo, cuánto le molesta?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
1. Necesidad de orinar frecuentemente.	0	1	2	3
2. Pérdidas de orina unidas a una sensación de urgencia (necesidad urgente de ir al lavabo).	0	1	2	3
3. Pérdidas de orina cuando realiza una actividad física, estornuda o tose.	0	1	2	3
4. Pérdida de orina en pequeñas cantidades (es decir, gotas).	0	1	2	3
5. Dificultad para vaciar su vejiga.	0	1	2	3
6. Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital.	0	1	2	3

otro lado, en la IUM no existe una clara definición del éxito del tratamiento puesto que, aunque se mejore o desaparezca uno de los componentes (por ejemplo, la IUE tras la inserción de una banda suburetral), no está claro si la persistencia, mejoría parcial o, incluso, el empeoramiento de la otra IU (en este caso la IUU) ha de llevar a que la IUM se considere no curada en su conjunto. Por un lado, podría considerarse como un “éxito” la desaparición de la IUE pero, desde el punto de vista de la paciente, el tratamiento podría ser un “fracaso” si la IUU persiste o empeora. Aunque se ha observado que los síntomas de hiperactividad mejoran en un 30-85% de las pacientes tras la inserción de una banda suburetral, no es posible predecir con fiabilidad en qué pacientes se curará simultáneamente la IUU, persistirá o empeorará.

Por ello, el tratamiento de la IUM se dirige a la actuación sobre los componentes individuales de la misma: la IUE y la IUU, utilizando entonces las medidas terapéuticas descritas para ello: tratamiento conservador, farmacológico o quirúrgico.

Elección del tratamiento inicial

La mayoría de los autores sugieren iniciar el tratamiento priorizando el síntoma más molesto para la paciente, sin excluir el tratamiento del otro componente si también afecta a la calidad de vida.

Ello significaría que en las pacientes con predominio de la urgencia nos dirigiríamos a su tratamiento en primer lugar, y lo mismo para las pacientes con predominio de la IUE. En ambos casos se debería comenzar por el primer escalón de tratamiento: el tratamiento conservador.

Tratamiento conservador

El tratamiento conservador, como principio, debería ser la primera opción terapéutica en las pacientes con IU en general. Se compone de las modificaciones del estilo de vida, la reeducación vesical y el tratamiento rehabilitador de la musculatura del suelo pélvico. Se conoce que ciertas modificaciones del estilo de vida, tales como la reducción de peso, tienen efecto positivo tanto para la IUE como la IUU por lo que, en caso de sobrepeso, se debe recomendar la misma para las pacientes con IUM. También es recomendable el abandono del tabaco y la reducción de la ingesta excesiva de líquidos y bebidas excitantes, si bien existen pocos datos acerca de estas medidas en la IUM específicamente. Otra medida a llevar a cabo es la reeducación vesical pero, como en el caso anterior, su eficacia se extrapola del análisis de la evolución en las pacientes con IUU, no específicamente en las pacientes con IUM.

Respecto al tratamiento rehabilitador, los distintos estudios han mostrado que, en general, la rehabilitación de

la musculatura del suelo pélvico (RMSP) es superior a los otros tratamientos (como los conos vaginales) tanto para la IUE como para la IUU e IUM. También se ha observado, especialmente en pacientes con IUU/IUM, cómo es beneficiosa la adición de RMSP a la reeducación vesical. De nuevo, encontramos pocos estudios del papel de la RMSP en pacientes con IUM. Una revisión Cochrane concluyó que la RMSP mejora más los síntomas de IUE que de IUU en las pacientes con IUM.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la IU en nuestro país se dirige exclusivamente al alivio o curación de los síntomas del síndrome de vejiga hiperactiva (SVH), no existiendo fármacos aprobados para el tratamiento de la IUE. El tratamiento farmacológico del componente de urgencia de la IUM se lleva a cabo con los mismos fármacos (un anticolinérgico o un betaadrenérgico), existiendo también la posibilidad de tratamiento combinado con ambos fármacos, y a la misma dosis y con las mismas recomendaciones respecto a la evaluación y seguimiento que en el SVH/IUU (ver GAP Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Urgencia y del Síndrome de Vejiga Hiperactiva).

Los distintos estudios han mostrado una eficacia muy similar de estos fármacos en el tratamiento de la IUM que en el de la IUU aislada; incluso en algún trabajo se ha observado la curación o mejora también de la IUE con su utilización, en un porcentaje variable de pacientes. Ello ha llevado a estudiar si existían diferencias anatómicas o de otra estirpe entre las pacientes que resolvían por completo su IU con la medicación y las que no, sin que se hayan obtenido resultados concluyentes. En cualquier caso, se sabe que la existencia de IUE no afecta a la eficacia del tratamiento farmacológico de la urgencia/IUU por lo que estos fármacos se pueden utilizar con seguridad en las pacientes con IUM.

Otro tratamiento farmacológico a valorar es el de la atrofia vaginal, con estrógenos tópicos por vía vaginal. Este abordaje ha mostrado su eficacia en la mejora de los síntomas de urgencia, frecuencia y nocturia, si bien no ha sido estudiado, específicamente, en las pacientes con IUM.

Tratamiento quirúrgico

Escogeríamos el tratamiento quirúrgico en aquellas pacientes con predominio del componente de esfuerzo y fracaso, o no posibilidad, de realización del tratamiento conservador. O bien en pacientes aun con predominio del componente de urgencia si el componente de esfuerzo afecta significativamente su calidad de vida y el tratamiento conservador ha fracasado. Si bien existen diversas téc-

nicas quirúrgicas para la corrección de la IUE con probada eficacia (cabestrillos tradicionales, colposuspensión), claramente las bandas libres de tensión son la técnica más utilizada y la más evaluada en el momento actual. Ya hemos mencionado cómo, en el caso de una banda suburetral, no es posible predecir en qué pacientes mejorará la IUU y cómo ese hecho puede suponer un “fracaso” para la paciente. Por ello, en la mayoría de los estudios, las tasas de curación de la cirugía son inferiores para la IUM que para la IUE aislada.

Además, también hay diferencias en los resultados del tratamiento quirúrgico según el síntoma predominante. Así, las tasas de curación oscilan entre el 52% cuando el síntoma predominante es la urgencia, el 60% cuando no hay un síntoma predominante, y el 80% cuando es síntoma predominante es la IUE. Es decir, las mujeres con predominancia de la IUE tienen un mejor pronóstico del tratamiento quirúrgico de la IUM, lo que es de utilidad a la hora de informar a las pacientes.

No se conoce el momento idóneo para proceder a un tratamiento quirúrgico en las pacientes en las que predomina la urgencia. Algunos autores defienden que sea tras el tratamiento farmacológico del componente de urgencia, para valorar si desaparecen los síntomas con el mismo, y que ello tendría un efecto pronóstico para su persistencia tras la cirugía. Además, es posible que tras un tratamiento conservador y/o farmacológico exitoso del componente de urgencia la paciente note una mejora suficiente en su calidad de vida que no haga necesaria la cirugía. Si el síntoma de esfuerzo es el predominante, se podría proceder directamente a la cirugía, informando a la paciente de la posibilidad de no curación, e incluso empeoramiento de los síntomas de hiperactividad tras la misma.

Respecto a otras modalidades terapéuticas, no se sabe si pueden tener un efecto pronóstico favorable sobre la cirugía. En la actualidad se investiga si la adición de fisioterapia del suelo pélvico a la cirugía (mediante la inserción de una banda suburetral) es beneficiosa para el alivio de los síntomas en pacientes con IUM.

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

La IUM es la entidad clínica que presentan las mujeres que manifiestan pérdidas de orina asociadas tanto a esfuerzos como a episodios de urgencia. Para su diagnóstico es esencial la anamnesis y exploración física y, deseable, la valoración de la calidad de vida de la paciente mediante cuestionarios.

En la evaluación diagnóstica es muy importante identificar el componente de la IUM que predomina y que más afecta la calidad de vida de la mujer, dado que, por norma general, se ha de priorizar el tratamiento del componente dominante. Pese a todo, un porcentaje importante de las

mujeres no es capaz de identificar un claro predominio. En dicha investigación se pueden utilizar cuestionarios tales como el UDI-6.

A la hora de escoger un tratamiento se debe comenzar por medidas conservadoras tales como la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso, que actúa positivamente sobre ambos componentes de la IUM. Se aconseja la reeducación vesical para el tratamiento del componente de urgencia, asociada o no a la RMSp, que también es útil para el tratamiento del componente de esfuerzo.

En caso de proceder al tratamiento farmacológico del componente de urgencia se ha visto que la eficacia del mismo es similar a la de las pacientes con IUU exclusivamente. La elección del fármaco y el seguimiento del tratamiento son iguales que en el SVH/IUU. Es recomendable, en ausencia de contraindicaciones, tratar la atrofia vaginal mediante estrógenos vaginales en pacientes con atrofia y síntomas de urgencia.

Respecto al tratamiento quirúrgico, suele reservarse para pacientes con claro predominio del componente de esfuerzo y/o con fracaso del tratamiento rehabilitador, o en pacientes, aun con predominio del componente de urgencia que ven alterada su calidad de vida por la IUE. Es fundamental informar de que el tratamiento quirúrgico se dirige, exclusivamente, a la curación o mejoría del componente de esfuerzo, pudiendo persistir o incluso empeorar el componente de urgencia tras la cirugía. Asimismo, se debe informar que en la IUM, especialmente en el caso del predominio de los síntomas de urgencia, los resultados de la cirugía son por lo general peores que en la IUE aislada.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Torpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA* 2008;299(12):1446-56.
- Lewis JB, Ng AV, O'Connor RC, Guralnick ML. Are there differences between women with urge predominant and stress predominant mixed urinary incontinence? *Neurourol Urodyn* 2007;26(2):204-7.
- Brubaker L, Lukacz ES, Burgio K, et al. Mixed incontinence: Comparing definitions in non-surgical patients. *Neurourol Urodyn* 2011;30(1):47-51.
- Minassian VA, Devore E, Hagan K, Grodstein F. Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women by incontinence type. *Obstet Gynecol* 2013;121(5):1083-90.
- Frick AC, Huang AJ, Van den Eeden SK, et al. Mixed urinary incontinence: Greater impact on quality of life. *J Urol* 2009;182(2):596-600.
- Karram MM, Bhatia NN. Management of coexistent stress and urge urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1989;73(1):4-7.
- Bouallalene-Jaramillo K, Bagur-Calafat MC, Girabent-Farrés M. Validación de la versión española de los cuestionarios Urogenital Distress Inventory Short Form e Incontinence Impact Questionnaire Short Form para mujeres con edades entre 18 y 65 años. *Actas Urol Esp* 2015;39:511-7.
- Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD005654.
- Duckett J, Basu M. The effect of solifenacin on urethral sphincter morphology. *Int Urogynecol J* 2011;22(8):971-4.

10. Khullar V, Hill S, Laval KU, Schiotz HA, Jonas U, Versi E. Treatment of urge-predominant mixed urinary incontinence with tolterodine extended release: A randomized, placebo-controlled trial. *Urology* 2004;64(2):269-74.
11. Weber MA, Kleijn MH, Langendam M, et al. Local oestrogen for pelvic floor disorders: A systematic review. *PLoS ONE* 2015;10:e0136265-e0136265. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136265>.
12. Gleason JL, Parden AM, Jauk V, Ballard A, Sung V, Richter HE. Outcomes of midurethral sling procedures in women with mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2015;26(5):715-20.
13. Kulseng-Hanssen S, Husby H, Schiotz HA. Follow-up of TVT operations in 1,113 women with mixed urinary incontinence at 7 and 38 months. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc* 2008;19(3):391-6.
14. Harvey MA, Johnston SL. A randomized, single blind, prospective trial comparing pelvic floor physiotherapy with biofeedback versus weighted vaginal cones in the treatment of female genuine stress urinary incontinence: A pilot study. *Int J Urogyn J* 2006;17(Suppl 2):S235-S6.
15. Sung VW, Borello-France D, Gena Dunivan G, Gantz M, Emily S. Lukacz ES, et al., and the Pelvic Floor Disorders Network. Methods for a multicenter randomized trial for mixed urinary incontinence: Rationale and patient-centeredness of the ESTEEM trial. *Int Urogynecol J* 2016;27(10):1479-90.