

UROLOGÍA

INCONTINENCIA URINARIA
FEMENINA

Mariel Murillo Morales *

SUMMARY

Urinary incontinence is the involuntary loss of urine which can objectively be demonstrated and that produces a social, medical and hygienic problem to the person who suffers it. This occurs more frequently in females because some of the risk factors are parity, vaginal delivery, use of forceps and obesity, among others. These kinds of situations weaken the pelvic floor muscles and cause the incontinence. Urinary incontinence can be categorized into three large groups: urinary incontinence produce by effort, this is the most frequent to occur in women who make an effort E.g.: cough. Urinary urge

incontinence, it is the reference of an involuntary loss accompanied by urinary urgency or preceded immediately by this. And the mixed that brings together the two previous ones. The diagnosis should be based on the clinic history; the treatment is carried out in a staggered way taking into account the situation risk-benefit to patients.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society, ICS), define los síntomas de incontinencia urinaria como: “*la queja por cualquier pérdida de orina*

involuntaria” (1). Esta definición, describe el síntoma de acuerdo con la percepción del paciente o de la persona que lo cuida, pero además la incontinencia se puede establecer por signos y observaciones urodinámicas (15). La incontinencia urinaria es un problema sanitario importante en todo el mundo, puesto que sus repercusiones se reflejan tanto a nivel personal, como en la misma concepción de la sociedad. En las mujeres, la incontinencia urinaria fue la causa primaria de más de 1.000.000 visitas a consultorios médicos durante el año 2000 en los Estados Unidos, y sus costos directos e indirectos son de alrededor 19.500 millones de dólares (10). Si se habla de

* Médico General.

pérdida de orina se puede agrupar en 3 grupos con sus definiciones:

- Enuresis: pérdida de orina o vaciamiento inconciente de orina durante el sueño.
- Fístula: comunicación anormal entre la vejiga o uréter y vagina produciendo pérdida de orina.

PREVALENCIA

La incontinencia urinaria tiene una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres, lo que determina que el sexo femenino sea un factor de riesgo. Su prevalencia creciente, durante el primera etapa de la edad adulta (20 a 30%), un pico amplio alrededor la edad media de la vida (30-40%), y luego un incremento continuo en las mujeres en edad avanzada (30 a 50%). (7) La incontinencia durante el embarazo, se presenta entre 31-60% pero se resuelve en la mayoría de los casos. (12)

Los principales factores de riesgo son:

- Paridad, Parto vaginal, Uso de fórceps, Recién nacido de gran tamaño.
- Obesidad.
- Déficit estrogénico.
- Edad: a partir de los 80 años la prevalencia se iguala en ambos sexos.
- Enfermedad neurológica y daño cerebral como el ictus, la demencia y la enfermedad de Parkinson.
- Deterioro cognitivo.
- Obstrucción para el vaciado de

la orina por tumores pélvicos.

- Alteración de la funcionalidad.

Tipos principales de incontinencia urinaria femenina:

- Incontinencia Urinaria de esfuerzo 49%: es la pérdida involuntaria de orina con el ejercicio, el estornudo o la tos. El signo es la observación de la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra en forma sincrónica con el esfuerzo: estornudo o la tos.
- Incontinencia urinaria de Urgencia 22%: el síntoma es la referencia de una pérdida involuntaria acompañada por urgencia miccional o precedida en forma inmediata por esta.
- Incontinencia Urinaria mixta 29%: el paciente menciona una pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia miccional y también con el esfuerzo.

Existen otros síntomas de incontinencia, que no se pueden clasificar como incontinencia de esfuerzo o de urgencia pero que sin embargo, pueden ser producidos por trastornos similares como son: incontinencia por rebosamiento, incontinencia inconciente (imprevista), incontinencia urinaria continua, goteo posmiccional, incontinencia extrauretral. Es importante mencionar que la vejiga hiperactiva, es un síndrome clínico que se caracteriza por la presencia de urgencia, frecuencia y nicturia que puede estar acompañado

de incontinencia urinaria o no. Su fisiopatología es la misma que la incontinencia urinaria de urgencia, lo que sugiere que la hiperactividad del detrusor sola no es causa de incontinencia urinaria (9). En la consulta se debe tomar en cuenta que la incontinencia transitoria se da únicamente en ciertas condiciones, como por ejemplo: Delirio, infección, uretritis, vaginitis atrófica, drogas, psicológicas, endocrinas, restricción de movilidad, impactación fecal (15).

FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Micción: Cuando orinamos, los músculos de la vejiga se contraen y la orina es expulsada hasta la **uretra**, un conducto que se extiende desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. Al mismo tiempo, los músculos que rodean la uretra se relajan, lo que permite que la orina fluya por este conducto. Estos músculos también pueden contraerse cerrando el orificio uretral impidiendo la emisión de orina. Si dichos músculos se debilitan o lesionan, no serán capaces de contener la orina durante actividades como estornudar o reír. La pérdida resultante de orina, puede ser insignificante, o alcanzar un volumen mayor en caso de que la vejiga esté llena. (16) En la incontinencia urinaria de urgencia puede ser motora o sensitiva. La urgencia motora se

corresponde con la inestabilidad vesical (hiperactividad primaria del detrusor). La urgencia sensorial consiste en una temprana sensación de plenitud vesical, en ausencia de contracciones del detrusor, siendo sus causas mas frecuentes los procesos obstructivos e inflamatorios. En la incontinencia de esfuerzo, los músculos alrededor de la uretra evitan que la orina se escape, pero cuando estos se debilitan o

se relajan, la presión de la vejiga sobrepasa la presión de cierre de la uretra produciéndose el escape. Son por lo tanto, facilitadas por una hipermovilidad de la uretra debido a un debilitamiento de los músculos y tejido que la mantienen en su sitio y/o a una disfunción intrínseca del esfínter. A nivel fisiopatológico la incontinencia también puede clasificarse como uretral o extrauretral. La forma uretral se produce por

una anomalía de la vejiga, una alteración del tracto salida vesical (esfínter) o una combinación de ambos. La incontinencia extrauretral puede estar causada tanto por una fístula urinaria como por la presencia de un uréter ectópico. (17) En las mujeres, la hipermovilidad uretral y los defectos de sostén se asocian con gran frecuencia con el embarazo, el parto vaginal, cirugías pélvicas, y el estreñimiento.

Diagnostico diferencial clínico de la incontinencia urinaria femenina

Síntomas	Incontinencia de urgencia	Incontinencia de esfuerzo
Urgencia (deseo repentino por orinar)	SI	NO
Aumento de la frecuencia miccional	SI	NO
Capacidad de llegar al baño después de sentir el deseo de orinar	NO	SI
Despertarse para ir al baño durante la noche	SI	Generalmente NO
Escape durante la actividad física	NO	SI
Cantidad de orina escapada en cada episodio de incontinencia	Abundante si se produce	Generalmente escasa

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

La evaluación inicial de la incontinencia urinaria, comienza con el interrogatorio y un examen físico minucioso. Los exámenes de laboratorio entre ellos el más importante el general de orina.

• Historia clínica:

- Anamnesis debe realizarse una evaluación de la frecuencia y la

magnitud de la incontinencia, el grado de malestar que genera y su efecto sobre la calidad de vida.

- Antecedentes de trastornos neurológicos como esclerosis múltiple, lesiones de la medula espinal, diabetes, mielodisplasias, accidente cerebrovascular y enfermedad de Parkinson.

- Antecedentes de cirugía vaginal o de reparación de incontinencia previa debe sugerir la posibilidad de lesión esfinteriana (12).

- La radioterapia puede afectar

en forma adversa la capacidad, la distesibilidad vesical o ambos.

- Registro de medicamentos consumidos ejemplo: agentes simpaticolíticos: clonidina, fenoxibenzamina, terazosina, tamsulosina y otros pueden causar incontinencia de esfuerzo o empeorarla.

- Funciones intestinales, sexual, obstétricos y menstrual además del antecedente de remplazo hormonal.

Examen físico:

- Examen neurológico simple: estatus mental, movilidad, evaluación sensorial y motora, sacra, valoración de la musculatura pélvica. Ejemplo: el médico coloca su dedo en el recto del paciente y le pide que lo apriete, como lo hace durante la micción y que intente detenerla; un esfínter anal débil o laxo y la incapacidad para contraerlo y relajarlo en forma voluntaria son signos de daño neurológico.
- En el examen de pelvis se debe buscar la presencia de cualquier característica anatómica anormal, atrofia, escoriaciones, prolapso, cistocele, rectocele.

Análisis de orina:

Se debe hacer en todos los pacientes, este estudio no es una prueba diagnóstica, si no más bien un método de detección de alteraciones como hematuria, piuria, bacteriuria, glucosuria, esterasas leucocitarias y nitritos (16). Que pueden ser indicativos de enfermedad del urotelio como: cáncer, diabetes, infecciones y que pueden asociarse con incontinencia. El estudio cistográfico, es importante para demostrar la anomalía anatómica, igual que el estudio urodinámico para confirmar las características clásicas de la incontinencia urinaria y determinar su causa. Los objetivos de estos estudios son: primero demostrar la anomalía anatómica y su extensión y segundo estimar la actividad del

mecanismo esfinteriano, y así la posibilidad de mejorar o corregir la anomalía anatómica.

Tratamiento: (5)

Las decisiones terapéuticas deben basarse en las preferencias de cada paciente en particular guiadas por su propio análisis y de la relación riesgo beneficio y las expectativas de evolución. Es importante considerar un enfoque escalonado algoritmo que comience con el tratamiento no invasivo. Se ha utilizado la terapia conductista que intenta enseñar al paciente a lograr un nuevo control de su vejiga y del esfínter. Los cambios en el estilo de vida entre ellos la reducción de peso corporal, actividad física o laboral, dejar de fumar y la dieta pueden ayudar a mejorar la incontinencia sin embargo, solo existe una pequeña cantidad de datos que indiquen un impacto sólido sobre la incontinencia. (4)

Tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia:

- Reducción vesical: consiste en el reentrenamiento de la vejiga urinaria, mediante un diario miccional (se recomienda a la persona que anote la cantidad de líquido que bebe, la cantidad de líquido que orina, la frecuencia miccional y si ha habido episodios de urgencia e incontinencia). Posteriormente se trata de pautar micciones periódicas un poco antes de que el paciente sienta urgencia, siendo estas progresivamente espaciadas.

Se pretende conseguir que los intervalos de micción se aproximen progresivamente a la normalidad.

- Farmacológico: los elegidos son los anticolinérgicos muscarínicos. Relajan el músculo detrusor y disminuyen la presión intravesical con ello, facilitan el almacenamiento de orina reduciendo la frecuencia de las contracciones. Los principales son: oxibutinina, cloruro de trospio, tolterodina, darifenacina y solifenacina.
- Técnicas quirúrgicas son de segunda línea ante la falta de respuesta a las anteriores:
 - Neuromodulación: consiste en la implantación de estimuladores de raíces nerviosas a fin de contrarrestar vs impedir el arco reflejo que condiciona las contracciones detrusorianas.
 - Denervación vesical: cuando la capacidad vesical es aceptable.
 - Derivación urinaria.

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo:

- Tratamiento conservador:
 - Consiste en el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico, aumentando con ello el soporte sobre el que se apoya la uretra.
 - Ejercicios del suelo pélvico, fueron propuestos por Arnold H. Kegel del cual reciben su nombre. Es importante enseñarlos durante el examen físico tres series durante

el día, 5 min. cada serie: contracción-sostiene-relaja. El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico es una forma eficaz de tratar la incontinencia. Se define como cualquier programa de contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico supervisado por un profesional en salud (4).

- Dispositivos mecánicos: los conos vaginales son introducidos en la vagina y la paciente trata con contracciones vaginales que estos no caigan. Progresivamente va aumentando el peso de estos a medida que la paciente va fortaleciendo su musculatura.
- Estimulación eléctrica: se utilizan sondas vaginales o rectales tales con potenciales de baja intensidad que estimulan la musculatura del suelo pélvico.
- Biofeedback: útil cuando el paciente tiene problemas para la realización de los ejercicios del suelo pélvico al no identificar correctamente la musculatura. Se introduce una sonda vaginal de tal forma que a la contracción de la musculatura la sigue una señal sonora o visual acorde a la intensidad de la contracción.
- Tratamiento farmacológico: se trata del empleo de la Duloxetina. Inhibidor de la recaptura de Serotonina (5-HT) y Noradrenalina (NA)

que actúa a nivel de los receptores del nervio pudendo y la motoneuron dando como resultado final un aumento del tono del esfínter uretral.

- Tratamiento quirúrgico: se utiliza cuando el tratamiento conservador no se obtiene resultados satisfactorios o cuando la incontinencia urinaria se asocia a algún prolapso de la pared vaginal que nos obligue a la reparación quirúrgica simultánea.

CONCLUSIONES

- La **incontinencia urinaria** es la pérdida involuntaria de orina. Puede deberse a diversos procesos subyacentes, incluyendo infecciones urinarias, ictus, embarazo, obesidad, problemas neurológicos y otros problemas de salud, en ocasiones asociados al envejecimiento.
- Tiene una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres.
- Tiene un impacto significativo en la calidad de vida en la mujer ya que constituye un problema social y/o higiénico.
- Es importante tomar en cuenta que la pérdida de la orina puede ser por tres grandes grupos: incontinencia urinaria, enuresis, fistula, por lo que la historia clínica es la piedra angular del diagnóstico.
- Uno de los tipos de incontinencia mas frecuentes es la **incontinencia de esfuerzo**.

Las mujeres afectados por este tipo de incontinencia, no pueden contener la orina al toser, estornudar, reír o durante otros movimientos que ejercen presión sobre la **vejiga**, el órgano que acumula y contiene la orina.

- Ejercicios pélvicos: En las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo buscan mejorar la función de la musculatura pélvica.
- Los fármacos anticolinérgicos, son ampliamente utilizados en el tratamiento a pesar de tener efectos adversos frecuentes.
- Tener en cuenta que el análisis general de orina se debe hacer en todos los pacientes.
- El tratamiento se debe hacer de manera escalonada iniciando con terapias no invasivas.

RESUMEN

La Incontinencia Urinaria, es la perdida involuntaria de orina, que se puede demostrar objetivamente y produce un problema social, médico e higiénico a la persona que la presenta, siendo mas frecuente en el sexo femenino ya que entre los factores de riesgo están la paridad, parto vaginal, uso de fórceps, Obesidad entre otros, que debilitan a los músculos del piso pélvico. La incontinencia urinaria se puede clasificar en tres grandes grupos: incontinencia urinaria de esfuerzo siendo esta la mas frecuente, al presentarse cuando la mujer realiza un esfuerzo Ej.: toser. La incontinencia urinaria de

urgencia es la referencia de una pérdida involuntaria acompañada por urgencia miccional, o precedida en forma inmediata por esta. Y la mixta que agrupa a las dos anteriores. El diagnóstico se debe hacer con base en la historia clínica y el tratamiento se realiza de manera escalonada tomando en cuenta la situación riesgo-beneficio para los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al: The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003; 61(1):37-49.
2. Anderson KE, Appell R, Cardozo L, et al: Pharmacological treatment of urinary incontinence. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds): *Incontinence* (Edition 2005) 3rd International Consultation on Incontinence. Health Publications, 2005, pp 809-854.
3. Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, et al: Definition and classification of urinary incontinence: Recommendations of the Urodynamics Society. *Neurourol Urodyn* 1997a; 6:149-151.
4. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, et al: Predictors of outcome in the behavioral treatment of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2003; 102:940-947.
5. CTO urología. 6ta Edición
6. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog R: Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the non institutionalized elderly. *J Urol* 1986;136:1022-1025.
7. De Hunskaar S, Burgiok, Dioko, Ac, et al. Epidemiology and Natural History of urinary incontinence.
8. Diokno A *contemp. urol. suppl.* oct 2003
9. Godec C, Cass AS, Ayala GF: Bladder inhibition with functional electrical stimulation. *Urology* 1975;6:663-666.
10. Litwin MS, Saigal CS, Yano EM, et al: Urological Diseases in America project: Analytical methods and principal findings. *J Urol* 2005; 173:933-937.
11. McGuire EJ: Urodynamic findings in patients after failure of stress incontinence operations. In Zinner NR, Sterling AM (eds): *Female Incontinence*. New York, Alan R Liss, 1980, pp 351-360.
12. Mellier G, Delille MA: Les troubles de la grossesse et du post-partum. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990;85:525-528.
13. The Journal of the American Medical Association. July 16, 2003. vol 290- No 3.
14. Resnick NM: Urinary incontinence in the elderly. *Med Grand Rounds* 1984;3:281-290.
15. Staskin D, Hilton P, Emmanuel A, et al: Initial assessment of incontinence. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds): *Incontinence* (Edition 2005) 3rd International Consultation on Incontinence. Health Publications, 2005, pp 485-517.
16. Wein AJ, English WS, Whitmore KE: Office urodynamics. *Urol Clin North Am* 1988; 15:609-623.