

UROGINECOLOGÍA

DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Sofía Trejos Mazariegos*

SUMMARY

Stress urinary incontinence often remains undetected and undertreated by health care personnel worldwide despite its substantial impact upon affected individuals and health care systems. Specialized testing and referral are required initially in only a minority of cases, therefore, this bibliographic review approaches diagnosis and initial treatment of stress urinary incontinence in women in primary care.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es un problema de salud significativo en el mundo con gran impacto social

y económico en la sociedad. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una condición común que afecta el 25-57% de las mujeres (9). Muchas de ellas no buscan ayuda a su problema debido a vergüenza, o porque desconocen que existe tratamiento alguno.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA IUE

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define la IUE como la fuga involuntaria de orina durante un esfuerzo,

tos o estornudo. Si la presión intraabdominal aumenta al igual que al toser, estornudar o hacer un esfuerzo, y si esta presión no se transmite de manera igual a la uretra, no se mantiene la continencia y ocurre la fuga de orina (2,3). La incontinencia urinaria se puede clasificar como uretral o extrauretral. La IUE es de tipo uretral y puede ser causada por una anomalía vesical, una anomalía del esfínter vesical o una combinación (10). En las mujeres las causas de disfunción del esfínter se pueden clasificar desde el punto de vista anatómico

* Médico General.

Abreviaturas

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

ICS: Sociedad Internacional de Continencia

IIE: Insuficiencia intrínseca del Esfínter

3IQ: Las 3 Preguntas de la Incontinencia

ICIQ-SF: Cuestionario de Incontinencia en la Consulta Internacional

en hipermobilidad uretral o desde el punto de vista funcional en insuficiencia intrínseca del esfínter (IIE) (10). Entre los factores de riesgo causales más importantes para la hipermobilidad uretral y defectos del piso pélvico en mujeres está: el embarazo, la labor de parto y el parto, la cirugía pélvica y el pujo crónico (tos crónica, constipación). En otros casos puede ser secundario a daño neurológico (3). Hay cuatro mecanismos principales por los cuales el parto vaginal puede dañar el esfínter y producir incontinencia: 1) lesión del tejido conectivo de soporte por el proceso mecánico del parto; 2) daño vascular de las estructuras pélvicas como resultado de la compresión causada por el feto; 3) daño a los nervios pélvicos, los músculos pélvicos o ambos como resultado del trauma y 4) lesión directa al tracto urinario durante el parto (8,10). Además el parto vaginal puede causar lesión del nervio pudendo en la presencia de factores como multiparidad, parto con fórceps, segunda etapa de la labor prolongada, laceración perineal de 3º grado y peso al nacer mayor de 4000g (10). Existen varias condiciones asociadas con riesgo aumentado de IIE como lo son: 1) cirugía uretral o periuretral previa; 2) daño neurológico, y 3) radioterapia en la pelvis (10).

DIAGNOSTICO DE IUE

La sociedad internacional de continencia (ICS) define el síntoma de incontinencia urinaria como “la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina”. La definición describe el síntoma como es percibido por el paciente o el cuidador; por lo que la incontinencia se debe diferenciar por los signos y las observaciones urodinámicas (7). Los signos son observados por el médico directamente o por el uso de diarios miccionales, pruebas con toallas sanitarias y escalas

de síntomas. Las observaciones urodinámicas se realizan durante estudios urodinámicos y reflejan la fisiopatología definitiva que causa la incontinencia. La incontinencia urodinámica por esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina durante aumentos en la presión abdominal en la ausencia de la contracción del músculo detrusor. Cuando la condición no se puede documentar por observación urodinámica, puede “asumirse” por documentación clínica (10). Los síntomas que reportan los pacientes por lo general no son confiables para

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? • Cuándo 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

definir la naturaleza precisa y la severidad de la incontinencia urinaria, por lo que se debe recurrir a la historia clínica, el examen físico, urianálisis, diarios de micción, y pruebas con toallas sanitarias, para determinar la causa (5). Estos son suficientes para guiar la terapia inicial basándose en un diagnóstico en progreso del tipo y etiología de la incontinencia urinaria. Las pruebas especializadas y referencias a especialista no son necesarias en la evaluación inicial y tratamiento en la mayoría de los pacientes (4). Historia clínica- Se debe preguntar sobre la aparición y el curso de la incontinencia y síntomas tracto urinario inferior asociados, prestando atención especial a síntomas repentinos en la ausencia de una infección urinaria aguda, ya que pueden ser indicativos causas neurológicas o neoplásicas. Es importante conocer la frecuencia de la fuga de orina, el volumen, el momento en que ocurre, síntomas asociados, factores precipitantes, el hábito intestinal, la función sexual y la paridad de la paciente. Se debe determinar si la paciente presenta otras condiciones médicas, qué medicamentos toma y su relación con la incontinencia. Si la paciente refiere que presenta fugas de orina con maniobras de esfuerzo como toser, reír, agacharse, correr, se consideran síntomas confiables y altamente sensibles de IUE

pero no son muy específicos ya que también pueden ocurrir en presencia de hiperactividad del músculo detrusor, vaciamiento vesical incompleto e hiperactividad del detrusor con discapacidad de contractilidad (4). El cuestionario las tres preguntas de la incontinencia (3IQ) ha sido desarrollado para categorizar la incontinencia y guiar al médico de atención primaria hacia el plan de tratamiento inicial. Este cuestionario fue evaluado en un estudio multicéntrico de 300 mujeres de edad media con incontinencia moderada y presentó una especificidad (0.60) y una alta sensibilidad diagnóstica (0.86) para IUE, usando los resultados de la evaluación de un especialista en uroginecología como "Gold Standard". Sin embargo su uso en mujeres mayores, aquellas con prolапso de órganos pélvicos coexistente, y diferentes razas y etnias no ha sido evaluado (4). Impacto en la calidad de vida- Es de gran importancia determinarlo debido a que la incontinencia urinaria se asocia a depresión, incapacidad para trabajar, interacciones sociales y disfunción sexual.

Diario miccional- son anotaciones que realiza el paciente de la hora y el volumen de todas las micciones continentas e incontinentes. Estas proveen una medida reproducible y confiable de la frecuencia de la incontinencia antes y después

del tratamiento. La confianza aumenta con los diarios de 7 días, sin embargo estos requieren mucho esfuerzo de parte del paciente, así que comúnmente se utilizan diarios de 2-3 días. Los diarios proveen información de la hora y circunstancias de la incontinencia urinaria, la cantidad de orina perdida, (estos volúmenes pueden ser estimados como gotas, pequeño, mediano y empapado) y la frecuencia y cantidad de micciones en el día y la noche. Sin embargo, los parámetros diarios de frecuencia y volumen no son sensitivos ni específicos para determinar la causa urodinámica de la incontinencia (4).

Examen físico- La incontinencia urinaria puede ser el único síntoma presente de enfermedades mórbidas y que en ocasiones amenazan la vida. El examen cardiovascular debe buscar evidencia de sobrecarga de volumen. El abdomen debe ser palpado en búsqueda de masas y sensibilidad. En las extremidades se debe evaluar la movilidad, función y presencia de edema periférico. A todas las mujeres con incontinencia urinaria se les debe realizar un examen pélvico, éste debe incluir inspección de la mucosa vaginal por atrofia, estrechamiento del introito por sinequias, estenosis apical e inflamación. Se debe realizar un examen bimanual en búsqueda de masas y sensibilidad (para

descartar neoplasias). Se debe evaluar el soporte pélvico con la hojilla posterior del espéculo sobre la pared vaginal posterior y pidiéndole a la paciente que tosa, revisando que la uretra permanezca fija o si se mueve rápidamente hacia delante (hipermobilidad uretral) y por protuberancias de la pared vaginal anterior ya sea hacia o a través del anillo himenal. Revisar si hay rectocele presente, apoyando la hojilla del espéculo sobre la pared vaginal anterior y pidiéndole a la paciente que tosa. El examen neurológico detallado no es necesario a menos que la paciente refiera un inicio agudo de la incontinencia o aparición de síntomas neurológicos nuevos. El examen debe incluir integridad de la raíz del nervio sacro (sensación perineal, tono del esfínter anal, reflejo de cierre del esfínter), y reflejo bulbocavernoso. En personas mayores se debe evaluar por depresión, estatus funcional y función cognitiva.

Exámenes de laboratorio-Se le debe realizar un examen general de orina a toda paciente, y en caso de que se sospeche infección se debe realizar también un cultivo de orina.

Prueba de estrés (se realiza en el consultorio del especialista)- se recomienda efectuarla en aquellos pacientes con síntomas de IUE. Si la prueba es positiva, es de ayuda para confirmar el diagnóstico. Por otro lado, si la prueba es negativa

es menos útil ya que puede ser el resultado de la presencia de una pequeña cantidad de orina en la vejiga al momento de realizar la prueba o a inhibición por parte del paciente. Sin embargo, si la prueba es positiva el paciente requerirá tratamiento solamente en el caso de que la incontinencia cause suficientes molestias en su

vida diaria. La prueba se realiza pidiendo al paciente con la vejiga llena que se ponga de pie relajada y tosa con fuerza una vez, se coloca debajo del área perineal una toalla y el médico observa directamente si hubo fuga de orina por la uretra. Si la fuga ocurre al mismo tiempo que la paciente tosió, sugiere incontinencia por estrés, mientras

Tabla 2.
Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

1	Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)		
A	Nunca	0	puntos
B	Una vez a la semana	1	
C	2-3 veces por semana	2	
D	Una vez al día	3	
E	Varias veces al día	4	
F	Continuamente	5	
2	Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.		
A	No se me escapa nada	0	puntos
B	Muy poca cantidad	2	
C	Una cantidad moderada	4	
D	Mucha cantidad	6	
3	En qué medida estos escapes de orina que tiene, han afectado su vida diaria?		
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	9
	10		
4	Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a usted.		
	Nunca		
	Antes de llegar al servicio		
	Al toser o estornudar		
	Mientras duerme		
	Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio		
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido		
	Sin motivo evidente		
	De forma continua		
Puntuación: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación mayor a cero.			

que si ocurre momentos después sugiere sobreactividad del detrusor inducida por la tos.

TAMIZAJE

A pesar de que la edad de aparición de la IUE mas común es entre los 45 y 49 años, se ha reportado esta patología en el 12.4% de las mujeres de 40 años o menos (9). Los síntomas de incontinencia urinaria pueden ser los primeros signos de una condición subyacente seria (esclerosis múltiple o malignidad) y nunca se debe egresar una paciente con el diagnóstico de “problema relacionado a la edad” (4). Como muchas pacientes están renuentes a discutir sobre su incontinencia, y debido a la alta prevalencia de incontinencia urinaria en las mujeres durante la vida, se recomienda que todas las mujeres sean tamizadas por incontinencia urinaria. Esto es de importancia particular en mujeres que han tenido hijos, presentan condiciones comórbidas asociadas con riesgo aumentado de incontinencia, y son mayores de 65 años. Este tamizaje se puede realizar con el Cuestionario de Incontinencia en la Consulta Internacional (ICIQ-SF) es un instrumento validado para evaluar la severidad de la incontinencia, la frecuencia y el volumen de la fuga, las circunstancias de la fuga de orina y su interferencia con la vida diaria (4).

¿CUANDO REFERIR A UN PACIENTE? (4)

- Incontinencia asociada a dolor abdominal o pélvico
- Hematuria en ausencia de infección urinaria
- Sospecha de fistula
- Condiciones neurológicas complejas
- Hallazgos anormales como masas pélvicas o prolapsos de órganos pélvicos

MANEJO

Manejo conservador- Técnicas como disminuir la toma de bebidas con cafeína y bebidas alcohólicas, restricción de fluidos, micciones programadas con el reloj, son medidas útiles en casos leves de IUE (3,10). Seguidamente a éstas medidas, se continua con los ejercicios de los músculos pélvicos o ejercicios de Kegel. Éstos son contracciones voluntarias de los músculos elevadores del ano, como si evitara pasar un gas (3). Estos ejercicios se deben realizar cuando no tenga ganas de orinar, ni cuando este sentada orinando, se debe mantener la contracción durante 3-5 segundos, alternando con periodos de relajación, y se debe iniciar con 45-100 repeticiones diarias. Para algunos pacientes con instrucciones individualizadas y seguimiento se ha visto una mejora del 75% en la perdida de orina (3). Las pesas

son dispositivos intravaginales que corrigen las deficiencias anatómicas asociadas a la IUE, ya que juegan un rol potencial dándole soporte al cuello vesical y la uretra y previniendo la IUE (3). La idea de los ejercicios es mejorar la fuerza y el momento en que se da la contracción de los músculos pélvicos. El resultado final será 1) una unidad esfintérica más poderosa que resiste mejor los aumentos de presión intrabdominal o 2) un mejor uso voluntario de la contracción de los músculos pélvicos anticipándose a un evento (tos). Varios estudios radomizados han demostrado que el entrenamiento de músculos del piso pélvico es mejor que no tener ningún tratamiento en mujeres con IUE (10). Las conclusiones de la tercera Consulta Internacional sobre Incontinencia dicen que los ejercicios de Kegel y las pesas vaginales son superiores que la estimulación eléctrica para el tratamiento de la IUE en las mujeres.

Manejo farmacológico- Se cree que los agentes a-adrenérgicos aumentan el tono muscular de la uretra y su resistencia mejorando así los síntomas de la IUE (1). Los agentes que inhiben la recaptura de serotonina y norepinefrina, se han utilizado con buenos resultados. La Duloxetina ha demostrado disminuir la frecuencia de los episodios de incontinencia versus el placebo en varios estudios

Tabla 3.
Agentes farmacológicos para el tratamiento de la IUE

Clase	Agentes	Efectos secundarios
a-adrenérgicos	Efedrina Pseudoefedrina Midodrina Fenilpropanolamina	Hipertensión arterial Palpitaciones Problemas del sueño Cefalea Tremor
Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina	Duloxetina Imipramina	Nauseas Boca seca Fatiga

randomizados (1). El mecanismo propuesto es la estimulación del nervio pudendo al nivel del núcleo de Onuf en el cordón sacro, aumentando así el tono del esfínter (10). Los estrógenos se han usado empíricamente para tratar la incontinencia en mujeres. Los estrógenos afectan el tracto urinario inferior aumentando la densidad y sensibilidad de los receptores a-adrenérgicos, aumentando la sensibilidad neuronal y el metabolismo de los transmisores, y ejerciendo un efecto trófico en la mucosa uretral, submucosa, piso pélvico y colágeno periuretral (4,10). Después de la menopausia, los parámetros de presión de la uretra disminuyen, y a pesar de que esto se relaciona de alguna manera con niveles bajos de estrógenos, solo se puede especular si los cambios ocurren a nivel del músculo liso, circulación sanguínea, tejidos de soporte o el mecanismo de sello

de la mucosa. La mayoría de la información sugiere que el efecto de los estrógenos en el síntoma de IUE es poco, si lo hay del todo cuando los estrógenos se dan por vía oral o tópica (6). Esto aunado a los resultados del estudio HERS y el WHI donde se demuestra que no hay beneficio y talvez hay efectos negativos en la terapia de reemplazo con estrógenos para la continencia de mujeres postmenopáusicas, sugiere que los estrógenos no se deben considerar parte del tratamiento de rutina para mujeres con IUE (4).

RESUMEN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es frecuentemente pasada por alto o mal manejada por los profesionales en salud de todo el mundo, a pesar del impacto substancial entre los individuos afectados y los sistemas de salud. Los exámenes especializados y

las referencias a especialistas son requeridas inicialmente solo en la minoría de los casos, por esta razón, esta revisión bibliográfica aborda el diagnóstico y tratamiento inicial de la IUE en mujeres en el ámbito de la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. ÁAnderson K, Appell R; Pharmacological treatment of urinary incontinence. Health Publications, 3rd International Consultation on Incontinence. 2005.
2. DeCherney A, Nathan L; Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology. McGraw-Hill, 10ma edición. 2007.
3. DeLancey J: The pathophysiology of stress urinary incontinence in women and its implications for surgical treatment. World J Urol 1997; 15:268-274
4. DuBeau C; Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinence. Uptodate. Octubre 2011
5. Flisser A, Blaivas J; The Urologic Clinics of North America "Evaluating incontinence in women". Saunders, Volumen 29, número 3, agosto 2002.
6. Hextall A: Estrogens and lower urinary tract function. Maturitas 2000; 36:83-92
7. McGuire E, Fitzpatrick C; Clinical assesment of urethral sphincter function. J urol 1993; 150:1452-1454
8. Petros P, Ulmsten U: An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1990; 153:7-31
9. Pollard M, Morrisroe S: Outcomes of Pregnancy Following Surgery for Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review. Elsevier, Journal of Urology. Junio 2012; 187:1966-1970.
10. Wein A, Kavoussi L; Campbell-Walsh UROLOGY. Saunders Elsevier, 9na edición. Volumen 3. 2007.