

UROLOGÍA

MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

Ronnie Andrés Williams Jimenez*

SUMMARY

Urinary incontinence is a condition of considerable importance because of the impact it has on the quality of life of the patient in physical, social, and sexual activities. However, a lot of women still do not consult for this condition. This disease requires a multidimensional approach, so that interventions are made in the lifestyle, physical rehabilitation, as well as pharmacological and surgical approach according to the needs and expectations of each patient.

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria es un problema de considerable importancia clínica en la mujer, debido al impacto en la calidad de vida de la paciente, así como las cargas médicas y sociales que conlleva.⁽³⁾⁽¹¹⁾ Este padecimiento presenta una incidencia del 17% - 45 % de las mujeres a nivel mundial, de los cuales la incontinencia urinaria de esfuerzo es responsable del 48% de los casos.⁽²⁾ Se considera que 5-19% de las adultas mayores tienen pérdidas significativas diariamente, a

pesar de esto, muchas mujeres no suelen consultar por esta patología, lo que las lleva a realizar cambios drásticos en su vida diaria, restringiendo actividades sociales, así como su vida sexual, entre otras.⁽⁴⁾⁽¹⁴⁾ La incontinencia urinaria es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la presencia de cualquier pérdida involuntaria de orina.⁽⁵⁾⁽⁸⁾ Existen tres tipos principales de incontinencia definidos por la ICS según la sintomatología que presente la paciente:

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE): Se define

* Médico General
Tel.: 7018-5040 • Email: ronniewilliamsjx@hotmail.com

como la salida involuntaria de orina cuando se realiza algún esfuerzo físico, al toser o estornudar aumentado la presión intraabdominal.⁽¹¹⁾⁽²⁾ Lo anterior produce que la presión intravesical sobrepase la presión que el mecanismo de cierre uretral puede soportar. Esta condición es predisuelta por la debilidad o presencia de disfunción del esfínter uretral asociado a diversos factores de riesgo.⁽⁵⁾

Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU): Consiste en la pérdida involuntaria de orina acompañada de urgencia, este diagnóstico se basa en los síntomas, los cuales se deben a contracciones involuntarias de la vejiga o del musculo detrusor. Se ha definido el síndrome de vejiga hiperactiva como la presencia de urgencia urinaria, asociado a síntomas como nicturia y aumento de la frecuencia diurna, en ausencia de enfermedad subyacente o infección de vías urinarias.⁽¹¹⁾⁽⁵⁾

Incontinencia Urinaria Mixta (IUM): Es la presencia de incontinencia de esfuerzo y de urgencia al mismo tiempo, que tiende a presentarse generalmente en mujeres mayores.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

FACTORES DE RIESGO

Numerosos factores tienen injerencia en conservar la

continencia urinaria, por lo tanto no se le puede atribuir a una sola causa el desarrollo de incontinencia. Sin embargo, existen ciertos factores que se encuentran fuertemente asociados a esta.⁽¹¹⁾ Por ejemplo, se ha observado que la mujer que desarrolla incontinencia urinaria durante el embarazo y en los 3 meses posparto, presenta un riesgo del 92% de persistir con incontinencia a 5 años. Además, el trauma obstétrico como parto vaginal, episiotomía, fórceps y macrosomía se encuentran dentro de los factores predisponentes para producir IUE en la mujer.⁽⁵⁾ La obesidad es una causa reversible de incontinencia urinaria, que conlleva un aumento en la presión intraabdominal con el consecuente debilitamiento de la musculatura del piso pélvico. Se ha demostrado que modificaciones en el estilo de vida de la paciente asociado a pérdida de peso, mejora la sintomatología de estas pacientes.⁽⁷⁾ La prevalencia aumenta de manera proporcional con la edad, esto se debe a cambios estructurales en el tracto urinario como la disminución de la elasticidad de la vejiga y disminución de la fuerza del musculo detrusor. Además la ausencia de estrógenos que se presenta en la menopausia, produce atrofia en la mucosa de la uretra, así como debilidad de los músculos de la vejiga.

La histerectomía también altera la función vesical, ya que produce altos volúmenes residuales, infecciones, así como fistulas post histerectomía.⁽⁵⁾

DIAGNÓSTICO

La valoración de la paciente con incontinencia urinaria inicia con una revisión sistemática, analizando de manera minuciosa los antecedentes de la paciente así como la naturaleza y el grado de los síntomas que presenta. Es necesario indagar sobre la duración, frecuencia y gravedad de la incontinencia, tomando en cuenta los aspectos sociales y el impacto que estos tienen en la calidad de vida de la paciente. Además se debe consultar por antecedentes médicos que puedan causar IUE como diabetes, insuficiencia vascular, enfermedad pulmonar crónica, afecciones neurológicas o el consumo ciertos fármacos⁽⁴⁾ Asimismo se debe realizar una inspección ginecológica y neurológica completa, de manera que se valore el piso pélvico, la uretra y las paredes vaginales para detectar la presencia de fluctuación, masas, flujo, cistocele, rectocele o prolapso uterino.⁽¹¹⁾ Existen diversas pruebas diagnósticas disponibles para valorar los síntomas que presenta la paciente. Entre ellas el registro de micción, el cual

es una herramienta útil para determinar el flujo urinario producido en 24 horas, el número total de micciones por día, el número de micciones nocturnas y la capacidad funcional vesical.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ Además se debe realizar el examen general de orina y cultivo para descartar condiciones como infección urinaria, hematuria, y ayudar a detectar condiciones que generan poliuria como la como la glucosuria en la diabetes mellitus.⁽¹⁾

Prueba urinaria de esfuerzo al toser: Es muy utilizada en la práctica clínica por su facilidad y precisión en el diagnóstico de la IUE. Esta consiste en solicitarle a la paciente que realice una maniobra de valsalva o toser para reproducir la salida de orina, lo que indica la presencia de deficiencia del esfínter uretral. Es necesario descartar la presencia de impactación fecal ya que es un factor que contribuye a la presencia de IUE.⁽¹²⁾⁽³⁾ El volumen residual posmiccional se utiliza para evaluar la presencia de vaciamiento vesical incompleto. Este se evalúa mediante cateterismo o ecografía dentro de los 10 minutos siguientes a la micción y se realiza en mujeres que presenten disfunción posmiccional o infecciones recurrentes del tracto urinario.⁽⁴⁾⁽²⁾

Urodinámica: Incluye una variedad de pruebas fisiológicas de vejiga y uretra, cuyo objetivo es demostrar la presencia de

anormalidades de llenado o vaciamiento vesical. La uroflujometría mide el volumen de orina expulsado por unidad de tiempo, si este es normal, permite descartar la presencia de uropatía obstructiva o defectos de la contractilidad voluntaria del musculo detrusor.⁽⁹⁾⁽¹²⁾

Cistometría de llenado: Valora la función vesical y uretral durante el llenado vesical por medio de un manómetro, este método descarta la presencia de vejiga inestable, incontinencia por rebosamiento y reducción en la capacidad vesical. La medición del punto de presión de fuga en maniobra de valsalva (VLPP), permite diferenciar la incontinencia esfinteriana extrínseca de la IUE y la hiper movilidad de la uretra. La cistoscopia y MRI se reservan para pacientes que presentan hematuria y síntomas de irritación así como disfunción del piso pélvico o prolapso durante la evaluación, así como parte de la valoración antes de la cirugía pélvica reconstructiva.⁽¹⁾⁽¹¹⁾⁽⁴⁾

TRATAMIENTO

El Manejo conservador es el primer paso a seguir en el tratamiento de las pacientes con IUE, de manera que se aborde el problema de la manera más sencilla y menos traumática para la paciente.⁽¹¹⁾ La fisioterapia del piso pélvico es un tratamiento que

ha demostrado provocar mejoría en todos los tipos de insuficiencia urinaria, por lo que se debe considerar como la terapia inicial antes de considerar tratamientos más agresivos.⁽¹³⁾ Estos ejercicios consisten en contracciones voluntarias y repetitivas de los músculos elevadores del ano, los cuales ejercen fuerzas de cierre sobre la uretra, aumentando el apoyo muscular. Se ha observado que este tratamiento produce una mejoría en 75% de las pacientes y puede complementarse con el uso de sondas de presión, monitoreo miográfico y estimulación eléctrica funcional, de manera que se proporcione a la paciente señales visuales o auditivas, para ayudar a identificar y contraer la musculatura del piso pélvico adecuadamente.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

Duloxetine: Es un inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina, que actúa incrementando la acción del nervio pudiendo, la contracción y la presión de cierre del esfínter uretral, lo que conlleva una significativa reducción de la incontinencia. Su uso produce diversos efectos adversos, por lo que se utiliza como terapia de segunda línea en pacientes que no desean someterse a cirugía.⁽¹²⁾

Tolterodina: Es un medicamento diseñado para la IUU y vejiga hiperactiva, actúa por medio de receptores muscarínicos como relajante de la musculatura lisa de

forma específica para la vejiga, esto le confiere un perfil de uso más seguro que la oxibutinina usada previamente, provoca una mejoría de la IUU en el 70% de las pacientes.⁽⁶⁾

Estrógenos: Estos fármacos tienen un efecto trófico positivo en el tejido conectivo, musculo y vasos involucrados.⁽⁶⁾ Sin embargo, en estudios previos se demostró que las mujeres que recibieron preparados hormonales, no presentaron menos episodios de pérdidas de orina y fueron más propensas a presentar inicio de incontinencia, por lo que no se recomiendan actualmente.⁽⁴⁾ Además el uso de fenilpropolamina, imipramina y efedrina ha disminuido en la actualidad, debido a los diversos efectos adversos relacionados que poseen como hipertensión y aumento de los eventos cerebrovasculares.⁽⁴⁾

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Existen múltiples alternativas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria. En la actualidad, cuando se indica el tratamiento quirúrgico en la paciente que presenta IUE, se utilizan de preferencia las cintas suburetrales de material sintético, debido a que son efectivas, mínimamente invasivas y pueden realizarse con el uso de

anestésicos locales.⁽¹⁾⁽¹⁰⁾

Cinta Vaginal de Libre tensión (TVT): Esta técnica fue introducida por Alisten en 1995, y es considerada como la técnica de elección para el tratamiento de la IUE en la mujer.

⁽¹¹⁾ Consiste en la colocación de una malla de material sintético bajo la uretra media por medio de un abordaje retropúbico. Este tipo de inserción tiende presentar complicaciones como retención urinaria, perforación vesical, hematomas y urgencia.⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾

Abordaje Transobturador (TOT): En este procedimiento el cabestrillo se coloca lateralmente a través del agujero obturador de manera horizontal, evitando el paso retropúbico. Esto disminuye la probabilidad de producir complicaciones como lesión vesical, intestino y vasos sanguíneos en comparación con la TVT, asociado a tasas del 86%-98% de curación.⁽¹¹⁾⁽¹⁰⁾⁽⁹⁾

Uretropexia Retropública: Consiste en realizar una incisión abdominal baja y fijar la fascia endopélvica periuretral o perivesical al periostio del hueso púbico, o de una manera alternativa al ligamento ileopectíneo en el procedimiento de burch. Esta técnica demostró una mejoría del 88% con la cirugía y del 70% a los 5 años.⁽⁴⁾⁽¹⁰⁾

Terapia Inyectable Periuretral: Esta terapia consiste en inyectar agentes que aumenten el volumen

en la submucosa de la uretra, con el objetivo de mejorar la coaptación de la uretra bajo condiciones de aumento de la presión intraabdominal, este método presenta una tasa de mejoría del 84% a los 12 meses.⁽¹⁾⁽⁴⁾

Esfínteres Artificiales: Esta técnica utiliza un esfínter artificial que comprime el cuello de la vejiga por medio de un balón. Se reserva para pacientes que presenten cicatrización, atonía uretral o que no se les puede realizar tratamiento quirúrgico convencional.⁽¹⁰⁾

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un padecimiento de considerable importancia, debido al impacto que tiene en la calidad de vida de la paciente, en sus actividades físicas, sociales y sexuales. Sin embargo, una gran cantidad de mujeres no consulta por este padecimiento, por lo que es necesario tomarlo en consideración en la consulta ginecológica. Esta enfermedad requiere un abordaje multidimensional, de manera que se realicen intervenciones en el estilo de vida, rehabilitación física, así como el abordaje farmacológico y quirúrgico de acuerdo a las necesidades y expectativas de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiang, H. (2013). Incontinencia Urinaria. *Revista Médica Clínica Condes*, 24, 219-227.
2. Dass, A. (2013). Diagnosis and conservative management of female stress urinary incontinence. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, 2, 48-51.
3. Fritel, X. (2010). Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 151, 14-19.
4. Menefee, S., & Nygaard, I. (2013). Trastornos de las Vías Urinarias Inferiores. En J. Berek, Berek y Novak *Ginecología* (15 ed., págs. 862-905). Philadelphia: Wolters luwer, Lippincott Williams & Wilkins.
5. Meneses, M. (2010). Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*, 65, 167-171.
6. Naumann, G. (2005). Pharmacotherapy of female urinary incontinence. *Journal of the British Menopause Society*, 11, 160-165.
7. Osborn, D. (2013). Obesity and Female Stress Urinary Incontinence. *Urology*, 82, 759-763.
8. Pereira, V. (2011). Individual and group pelvic floor muscle training versus no treatment in female stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159, 465-471.
9. Pérez, L. (2011). Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con cinta de libre tensión sistema obturador TVTO. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54, 12-19.
10. Rock, J. (2008). Stress Urinary Incontinence. En J. Rock, Te Linde's *Operative Gynecology* (10 ed., págs. 943-959). Lippincott Williams & Wilkins.
11. Tanay, C. (2013). Incontinencia urinaria y trastornos del piso pélvico. En A. DeCherney, *Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstetricos*. (11 ed., págs. 671-687). Santa Fe: McGraw Hill Interamericana.
12. Velazquez, M. (2010). Diagnóstico y manejo de la incontinencia. *Ginecol Obstet Mex*, 77, 277-329.
13. Washington, B. (2011). Barriers to pelvic floor physical therapy utilization for treatment of female urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 205, 152-154.
14. Yip, S. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21, 321-329.