

UROLOGÍA

INCONTINENCIA URINARIA

Karla León Torres*

SUMMARY

The urinary incontinence is a common condition of the adult, who impresses significantly the life of the patients. It is important to know the etiology and physiopathology of the urinary incontinence, this way to be able to classify it adequately and of this form to give to every patient the most ideal and less invasive managing.

DEFINICIÓN

El tracto urinario inferior tiene dos funciones: el almacenamiento y la eliminación oportuna de orina y cuando este no puede mantener

su función de almacenamiento sobreviene la incontinencia urinaria (IU).⁵ Según la International Continence Society (ICS), se define Incontinencia urinaria como la queja por cualquier pérdida involuntaria de orina^{1,3,7,8}. Incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina durante la fase de llenado vesical y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida de las personas que la padecen.^{4,5} La aparente sencilla acción de orinar en el lugar adecuado y en el momento adecuado es el resultado de una compleja integración de

mecanismos fisiológicos, en los que intervienen diferentes aparatos y sistemas (sistema muscular y esquelético, sistema nervioso y aparato genitourinario). Así pues, la aparición de IU puede ser la manifestación de diversas enfermedades o alteraciones que afectan a distintos aparatos y sistemas.¹² La incontinencia urinaria es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos, y en el anciano se considera uno de los síndromes geriátricos. La IU tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como el físico,

* Médico General*

sexual, psicológico, laboral y doméstico. Además, comporta un coste alto para la sanidad, al menos 2% del presupuesto sanitario en los países desarrollados.^{1,2,6,7,12}

CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Puede clasificarse según el tipo de incontinencia, la frecuencia y gravedad de la pérdida, los factores desencadenantes, el impacto en las relaciones sociales y el deterioro en la calidad de vida.^{4,5} La clasificación de la IU como síntoma del tracto urinario inferior según la ICS es el siguiente:

- Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE): Se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca aumento de la presión abdominal (ejercicio, tos o estornudos)^{1,4,5,6,7} Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral⁶
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia miccional, la cual se define como el repentino y fuerte deseo de orinar que no se puede diferir. La causa de esto es la contracción involuntaria del detrusor vesical.^{1,4,5,6}
- Incontinencia urinaria mixta (IUM): Pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia miccional y también en relación con los ejercicios, esfuerzos, tos y estornudos. (IUE+IUU)^{4,5,6,7}
- Enuresis nocturna: Pérdida involuntaria de orina durante el sueño.^{4,5}
- Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobreflujo: Se define como la pérdida involuntaria de orina relacionada con sobredistensión vesical. Intervienen 2 procesos primarios: Retención urinaria y contracciones inadecuadas de la vejiga.^{4,5,7}
- Otros tipos de IU: Incontinencia urinaria continua, Goteo posmiccional.^{4,5}

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos sobre prevalencia de la IU obtenidos en los diversos estudios publicados varía según edad, definición, el tipo de incontinencia, cuestionario empleado, modo de obtenerlo, el tipo de muestra utilizada y el uso o no de alguna prueba objetiva de pérdida de orina, así como el país de origen de los estudios.^{1,5} La prevalencia general de la incontinencia en mujeres se reporta en 38% y aumenta con

la edad de 20 a 30% durante los primeros años de la vida, a casi 50% en la vejez.⁷ Mientras que la incidencia del varón va de 1 a 39 %.⁹ Al analizar la población anciana que vive en residencias o instituciones, esta prevalencia puede llegar hasta el 70%.¹² La prevalencia de VHA en los varones adultos varía entre el 10 y el 26% y, en las mujeres adultas entre el 8 y 42%. Las tasas de remisión completa de la IU oscilan entre el 0 y el 13 %. La incidencia anual de la vejiga hiperactiva oscila entre el 4 y 6 % con tasas anuales de remisión de VHA entre el 2 y el 3 %.⁹ Se ha calculado que la IU, o la aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta al 5-69% de las mujeres y al 1-39% de los varones.⁴ En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones.^{4,9}

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Se pueden distinguir una serie de factores asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha incontinencia, y entre los cuales podemos identificar:

- Sexo: IU es más frecuente en mujeres que en hombres
- Genética: Existe una predisposición genética para la IUE y la IUU
- Edad: La prevalencia de IU se incrementa progresivamente

con la edad, observándose un pico de frecuencia entre los 50-60 años, alrededor de la menopausia. Sin embargo, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de IU.

- Parto: El parto vía vaginal se asocia con lesión directa de los tejidos blandos pelvianos, así como con la denervación del piso pelviano, siendo causa etiológica de IUE. El parto se asocia con IUM e IUE, pero no con IUU.
- Obesidad: Existe una evidente relación entre el IMC y la IU.
- Factores uroginecológicos: Colapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, cirugía uroginecológica, cistitis, estreñimiento son factores de riesgo para la aparición de IU.⁵
- Entre los factores de riesgo más comunes en el varón se identifican la edad avanzada, los síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones, deterioro funcional y cognitivo, trastornos neurológicos y antecedente de prostatectomía.^{1,4,9,8}

La incontinencia urinaria puede ser temporal o crónica. La temporal puede ocurrir después del parto o durante una infección aguda de vías urinarias y suele resolver de forma espontánea. La crónica puede deberse a varias causas y a menudo es persistente y progresiva.⁷ La fisiopatología

de la IU implica la interacción de factores anatómicos, bioquímicos, neurológicos y endocrinos. Estas interacciones son sumamente complejas, pero el resultado final implica una alteración en el equilibrio de la vejiga contra las presiones uretrales.³ La clasificación de la IU se acuerdo a su etiología se basa en dos afecciones genéricas que son causa de IU: anomalías vesicales como la hiperactividad del detrusor (Inestabilidad o hiperreflexia del detrusor) y la escasa distensibilidad vesical y anomalías esfinterianas como la hipermovilidad uretral y la deficiencia esfinteriana intrínseca ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos.^{2,5,7}

DIAGNÓSTICO

Se recomienda la realización de un cribado oportunista, al menos, una vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas >40 años y en varones asintomáticos > 55 años, por parte del personal sanitario de atención primaria (AP). Si existen factores de riesgo de la IU se realizara anualmente, tanto en varones como en mujeres asintomáticas, a partir de las edades referidas con anterioridad.⁶ El diagnóstico clínico de la IU persistente tiene como objetivos, además de la

identificación de la incontinencia, establecer la gravedad de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida, clasificar el tipo de IU y detectar los casos de IU complicada. Toda evolución de la IU debe comenzar con una historia clínica minuciosa, seguida de un examen físico que incluya examen abdominal para detectar una masa abdominal o pélvica, examen perineal, examen digital vaginal o rectal, evaluación del estado de estrogenización en mujeres y contracción voluntaria del suelo pélvico. Además se deben asociar estudios de laboratorio como el examen general de orina para descartar infecciones urinarias, glucosuria y hematuria.^{1,4,6,8,11} En el denominado diario miccional, el paciente registra durante determinado periodo de tiempo, todas las micciones con el fin de documentar: Frecuencia miccional, ingesta de líquidos y volumen miccionado, numero de episodios de incontinencia y los absorbentes utilizados. Esto nos permite evaluar la respuesta al tratamiento y posteriores modificaciones sobre el mismo. En la valoración de la IU se aconseja complementar el diario durante 3 a 7 días completos.^{1,4,6,8,11} La ecografía proporciona una estimación precisa de residuo posmiccional (RPM). La disfunción del tracto urinario inferior se asocia con

un mayor riesgo de RPM, por lo que este debe ser monitorizado en pacientes que reciben tratamientos que pueden causar o empeorar la disfunción miccional.¹¹ Existe un consenso de que las pruebas urodinámicas deben tratar de reproducir los síntomas, y si no, los resultados son inevitablemente inconcluyentes. En la práctica clínica las pruebas urodinámicas (Cistometría) pueden ayudar a proporcionar o confirmar el diagnóstico, predecir el resultado del tratamiento o facilitar la discusión durante una consulta.¹¹ Se realiza en pacientes con condiciones neurológicas, cuando se planea una intervención quirúrgica, en pacientes con problemas de IU compleja y en aquellos que no responden al tratamiento.^{1,8} Una prueba de la almohadilla puede diagnosticar la IU con precisión, es reproducible y se correlaciona con los síntomas. Una ganancia de peso de la almohadilla > 1 g en una prueba de 1 h es un umbral para el diagnóstico de la IU. Las pruebas de la almohadilla realizadas en casa > 24 h no proporcionan ningún beneficio adicional con respecto a pruebas más cortas. Las almohadillas no son efectivas como tratamiento.¹¹ La formación de imágenes mejora la comprensión de las alteraciones anatómicas y funcionales que pueden causar IU, pero su contribución a la atención clínica

es menos clara. La ecografía o resonancia magnética (RM) pueden medir con fiabilidad el cuello de la vejiga y la movilidad uretral, aunque no hay evidencia de beneficio clínico en la IU. La RM puede evaluar el prolapso de órganos pélvicos, la función anorrectal y la integridad de las estructuras de soporte del suelo pélvico, pero la interpretación es muy variable. Sin embargo, no se debe llevar a cabo la toma de imágenes de forma rutinaria del tracto urinario superior o inferior como parte de la evaluación de la IUE no complicada.¹¹

TRATAMIENTO INICIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La mayoría de los pacientes con síntomas leves o moderados son susceptibles de tratamiento en atención primaria. Este se basa en la causa de la incontinencia y los síntomas que más problemas ocasionan a paciente.¹ El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la IU no complicada, y se debe tomar en cuenta que la aproximación al problema de la incontinencia urinaria requiere un enfoque interdisciplinario, siendo absolutamente necesaria la coordinación, entre los diferentes especialistas, tanto en el proceso del diagnóstico, como en la

organización y planificación del tratamiento.^{6,12} Se recomienda en primer lugar la opción de tratamiento menos invasiva, procediendo escalonadamente a opciones de tratamiento cada vez más invasivas cuando la anterior falla.⁹

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

El tratamiento conservador no farmacológico constituye el abordaje principal de la IU, tanto en mujeres como en varones. En la vejiga hiperactiva, a menudo se requiere una terapia inicial con medidas conservadoras y farmacológicas. Las medidas higiénico-dietéticas y la modificación de hábitos de vida pueden ayudar a mejorar la sintomatología.⁶ La reducción de la cafeína demostró mejorar la frecuencia urinaria, pero no la IU.^{1,8,11} La asociación entre el ejercicio y la IU no está claro, sin embargo la actividad física extenuante no predispone a las mujeres a IU en la edad adulta. La obesidad es un factor de riesgo para la IU en mujeres, por lo que una pérdida de peso supervisada ($>5\%$) mejora los síntomas de IU. No hay evidencia consistente de que los fumadores sean más propensos a tener IU, pero pueden tener una mayor

prevalencia de IU grave. No hay evidencia de que dejar de fumar mejore los síntomas de IU.¹¹ El uso de productos absorbentes se recomienda para contener la orina en aquellos casos en los que no exista tratamiento curativo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. La rehabilitación muscular del suelo pélvico ha demostrado que cura o mejora la IU con más frecuencia que sin tratamiento, este debe ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a las mujeres con IUE, IUU o IUM. También debe ofrecerse con una finalidad preventiva de IU, en varones que han recibido una prostatectomía radical por cáncer y a las mujeres durante su primer embarazo (semana 20) o después del parto vaginal, si este ha sido instrumental o de feto grande, ya que en el periodo posparto demostró aumentar la tasa de curación después de 12 meses.^{1,2,6,11} El programa de ejercicios se debe mantener durante un mínimo de 3 meses antes de tomar una decisión sobre su efectividad.⁶ Las técnicas de modificación conductual sobre hábitos miccionales se deben ofrecer en las mujeres y hombres con IUU o IUM como tratamiento de primera línea. La duración debe ser de al menos 6-8 semanas antes de realizar la valoración sobre su efectividad.⁶ El vaciamiento cronometrado

reduce los episodios de pérdida en hombres y mujeres con deterioro cognitivo. La terapia conductual multimodal mejora el estreñimiento e incontinencia urinaria en pacientes de edad avanzada. No hay evidencia de que el tratamiento de estreñimiento mejore la IU.¹¹ La cateterización intermitente conlleva un menor riesgo de infección del tracto urinario y bacteriuria que la cateterización permanente.¹¹

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA/IUU E IUE

Los bloqueadores alfa utilizados para tratar la hipertensión en mujeres puede causar o exacerbar la IU, y detenerlos puede aliviarla. Sin embargo, los diuréticos administrados a los pacientes de edad avanzada no causan o empeoran la IU. Los agentes del sistema nervioso central pueden causar IUU como un efecto secundario.¹¹ IUU: En la actualidad, los antimuscarínicos (trospio, solifenacina, fesoterodina, tolterodina y oxibutinina) son el único tratamiento farmacológico que ha demostrado su eficacia y efectividad clínica.^{1,6,11} El tratamiento óptimo debe individualizarse en cada paciente, pero especialmente en varones,

en donde se debe considerar que la sintomatología se debe abordar desde un enfoque diagnóstico-terapéutico en relación con los síntomas del tracto urinario inferior, evitando asociar inexcusablemente los síntomas urinarios en el sexo masculino con HPB. Ante síntomas mixtos, tras excluir razonablemente un origen obstructivo severo, debe optarse por un tratamiento combinado entre alfa-bloqueantes y antimuscarínicos.^{6,9} IUE: El tratamiento farmacológico pretende incrementar la fuerza de cierre intrauretral al aumentar el tono de los músculos liso y estriado uretrales. No obstante el tratamiento farmacológico no constituye la primera elección terapéutica en la IUE.^{6,9} El remplazo estrogénico sistémico en mujeres previamente continentes duplica aproximadamente la prevalencia de IU a los 12 meses en comparación con el placebo y estas tienen un 30% más de probabilidades de experimentar empeoramiento de la IU.¹¹ Los estrógenos orales (con o sin progesterona) no deben emplearse para tratar IUE, sin embargo el tratamiento vaginal local con estrógenos a dosis bajas puede revertir los síntomas y los cambios citológicos de la atrofia genitourinaria y mejorar la IU. Hay pruebas consistentes de que el estrógeno intravaginal puede curar y mejorar la IU en

mujeres posmenopáusicas.^{1,6,8,9} La desmopresina ha demostrado una mejoría en la reducción de las micciones/IU nocturna y aumento de las horas de sueño ininterrumpido, especialmente en los ancianos.^{6,11} Esta debe ofrecerse a pacientes que requieren alivio a corto plazo ocasional o situacional de la IU. La desmopresina continua no mejora o cura la IU por lo que no se debe utilizar a largo plazo.¹¹ Los agonistas alfa-adrenérgicos, no se recomiendan como tratamiento de IUE.^{6,9}

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico de la IU se suele considerar solo tras el fracaso del tratamiento conservador o el tratamiento farmacológico.^{1,10} La incontinencia no complicada en mujeres se definió como sin antecedentes de cirugía de incontinencia previa, sin síntomas neurológicos del tracto urinario inferior, sin prolapso genitourinario molesto y sin considerar embarazo posterior, mientras que la IU complicada se refiere a las mujeres cuando estos criterios no se aplican.¹⁰ Se considera actualmente que el sector suburetral es el determinante en cualquier estrategia quirúrgica para el éxito del tratamiento de la IUE. Existen 3 técnicas sling:

Tension free vaginal tape (TVT), Tension free transobturator tape (TOT) y Técnicas de mini-sling o minicintas suburetrales.^{2,6,8} La IUE no neurogénica en hombres está asociada en mayor medida con la prostatectomía. Tras la confirmación urodinámica de la IUE varias opciones quirúrgicas están disponibles: Agentes aumentadores en hombres, Cabestrillo sintético masculino fijo, cabestrillos ajustables y dispositivos de compresión como el esfínter artificial, que actualmente se considera el gold standard en el tratamiento de la IU posprostatectomía radical.^{6,10} Para la hiperactividad del detrusor, la inyección intravesical de toxina botulínica A (BoNTA) en la pared de la vejiga se está utilizando cada vez más, para tratar IUU en las mujeres adultas que no han respondido al tratamiento no quirúrgico y también se está utilizando en hombres con IUU, aunque hay menos evidencia de la efectividad.^{1,8,10}

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La evaluación debe ir dirigida identificar y excluir a los pacientes con una incontinencia complicada, que han de ser derivados para recibir una atención especializada. Se deberán derivar al servicio de urología:

Antes del tratamiento:

- Pacientes con síntomas graves
- Pacientes con gran limitación de la calidad de vida
- Pacientes con IU recurrente o incontinencia total
- Pacientes con IU asociada a: dolor vesical/ uretral persistente, hematuria no justificada, masa pélvica, vejiga palpable después de la micción, RAO o sospecha de incontinencia por rebosamiento, incontinencia fecal, sospecha de fistula urogenital o intestinal, tenesmo vesical, polaquiuria, residuo vesical posmiccional anormal, enfermedad neurológica con posible afectación medular y antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical.
- Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático y visible por debajo del introito vaginal.
- Pacientes con incontinencia después de una prostatectomía.
- Pacientes con síntomas de IU que no pueden clasificarse, de diagnóstico incierto o dificultar para establecer tratamiento

Durante el seguimiento:

- Pacientes con incremento de síntomas o aparición de nuevos.
- Pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento conservados (3 meses).⁶

RESUMEN

La incontinencia urinaria es una condición común del adulto, que impacta significativamente la vida de los pacientes. Es importante conocer la etiología y fisiopatología de la incontinencia urinaria, para así poder clasificarla adecuadamente y de esta forma dar a cada paciente el manejo más óptimo y menos invasivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmed Shaban, Marcus J. Drake, Hashim Hashim. The medical management of urinary incontinence. *Autonomic Neuroscience: Basic and clinical*. 2010, 152:4-10.
2. Ajit Virkud, MD, DGO, FCPS, et al. Management of stress urinary incontinence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2011, 25: 205-216
3. Arjun K Nambiar, Malcolm G. Lucas. Pathophysiology of urinary incontinence. *Surgery*. 2014, 32(6):279-285
4. D. Vázquez Alba, J. Carballido Rodríguez, S. Bustamante Alarma. Protocolo diagnóstico de la urgencia/ Incontinencia Urinaria. *Medicine*. 2011, 10(83):5643-5647
5. D. Vázquez Alba, S. Bustamante Alarma, G. Rodríguez Reina, et al. Incontinencia Urinaria. *Medicine*. 2011, 10(83): 5612-5618
6. F.J. Brenes Bermúdez, J.M. Cozar Olmo, M. Esteban Fuentes, et al. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para la atención primaria. *Atención Primaria*. 2013, 45(5):263-273
7. Jack W. McAninch, Tom F. Lue. Smith y Tanagho: *Urología general*. McGraw Hill. 2013, 18 ed:480-497.
8. Jaskarn Rai, Richard Parkinson. Urinary incontinence in adults. *Renal and urological surgery II*. 2014, 32(6):286-291
9. J.W. Thuroff, P. Abrams, K.E. Andersson, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 2011, 35(7):373-388
10. M.G. Lucas, R.J.L. Bosch, F.C. Buckhard, et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 2013, 37(8):459-472
11. M.G. Lucas, R.J.L. Bosch, F.C. Buckhard, et al. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 2013, 37(4):199-213
12. Servicio de Geriatria del Parc de Salut Mar, Hospital de la Esperanza, Centro Forum y Hospital Mar, et al. Incontinencia Urinaria: Múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2011, 46(1):5-6