



Evaluación de la incontinencia urinaria

Luis Fernando Trujillo Gallego

Ginecólogo

Docente Titular Universidad Pontificia Bolivariana

Empezaremos por definir incontinencia urinaria, según la sociedad internacional de continencia, como el trastorno en el que la pérdida involuntaria de orina constituye un problema social o de higiene y es demostrable de manera objetiva; sin embargo, el Dr. Green –uro-ginecólogo norteamericano muy afamado- considera que incontinencia es *toda pérdida involuntaria de orina*, ya que para muchas personas no constituye, según ellos, un problema social ni higiénico, es más, lo consideran normal, y por ello solamente el 12% de los pacientes hacen la consulta a tiempo. La incontinencia incluye un espectro de desórdenes que van desde la llamada incontinencia de esfuerzo, hasta trastornos neurológicos y usualmente lo común es que sean fenómenos combinados.

En cuanto a su prevalencia, existe un desacuerdo porque varía según la definición que utilicemos y la población estudiada. En mujeres adultas la prevalencia está reportada entre 9% y el 69% dependiendo del grupo de edad.

En mujeres mayores de 60 años la incidencia del 20% al 30% y en general, se considera que la incontinencia pura de esfuerzo tiene una prevalencia de 44.8%, la mixta 32% y la de urgencia del 22%.

Para poder hablar de la incontinencia lo más importante es conocer cuál es la fisiología de la micción y la continencia. La micción se produce cuando la vejiga alcanza su capacidad fisiológica y si se está en un lugar y momento socialmente adecuado para la micción; la continencia es el resultado de un buen funcionamiento y coordinación de la vejiga y la uretra durante la fase de llenado vesical.

Recordemos, que la vejiga es un órgano muscular, cuya capacidad varía de 350 a 500 mililitros y normalmente tiene una disminución del tono muscular para inhibir el arco reflejo del sacro y asociado esto, a que haya una presión sobre el cuello y el esfínter uretral activados permanentemente; la situación inversa desencadena el fenómeno miccional, que está determinado entonces por lo que nosotros llamamos la fase de vaciado, donde el músculo detrusor hace el trabajo mayor, siempre y cuando tenga una integridad de los centros nerviosos y un piso pélvico adecuado. Asociado a esto, un aumento de la presión intraabdominal y una relajación del esfínter y del cuello vesical, desencadenan estos fenómenos, pues son los que producen una micción normal.

El control de la micción se da a nivel neurológico, tanto para el plexo simpático y parasimpático, con una contribución grande del sistema nervioso somático a través del nervio pudendo; todo está controlado por el sistema nervioso central a través de las interacciones de la corteza, del hipotálamo y la medula espinal.

El complemento de esta parte neurológica son los neuroefectores de tipo colinérgico como los M3 y M2 que aumentan la contracción de los músculos, y los M1 y M4 que son inhibidores. A esto se suma los neuroefectores tipo *beta-adrenérgicos* que se distribuyen en toda la vejiga excepto en el trígono y en el cuello vesical, donde lo que existe son neuroefectores tipo *alfa-adrenérgicos*.

En cuanto a los *factores etiológicos*, está la paridad, donde el solo embarazo causa aumento de la presión intraabdominal como factor de riesgo para una incontinencia; y hablando de parto vaginal, siempre existirá una distensión o interrupción casi imperceptible pero igualmente dañina de los ligamentos, músculos y nervios responsables del control del vaciamiento vesical. La edad también tiene que ver con los factores etiológicos debidos a cambios en la vejiga y en la uretra,

secundarios a disminución del colágeno; hay un aumento de las contracciones no inhibidas del detrusor, hay una disminución de la capacidad vesical y un aumento del volumen urinario en la noche. El trastorno local más frecuentemente asociado a incontinencia es la atrofia urogenital, observada en las pacientes posmenopáusicas. El otro factor local importante es la constipación y la impactación fecal. Además de esto, diremos que una infección urinaria aguda se puede manifestar inicialmente como un fenómeno de incontinencia.

Capítulo aparte merecen algunos fármacos de uso corriente en nuestros pacientes, como son los antidepresivos, los anticolinérgicos, los psicótropos, los medicamentos calcioantagonistas, diuréticos y antihistamínicos; esto incluiría también el uso del alcohol. Todos estos factores llevan a incontinencia urinaria bien sea porque afectan la tasa de producción de orina o afectan el sistema nervioso simpático y parasimpático y al mismo tiempo afectan la cognición.

Hay trastornos sistémicos que pueden llevar a tener cambios a nivel de la frecuencia, la urgencia y la incontinencia urinaria y ello se ve en pacientes con diabetes, hipercalcemia, insuficiencia cardíaca.

Por último como factor etiológico, la pérdida de acondicionamiento físico y disminución de la fortaleza muscular pueden afectar la capacidad de un individuo para llegar a tiempo a un baño o ser capaz de prevenir la pérdida de orina. Recordemos que hay un sinnúmero de enfermedades que también se consideran causantes de incontinencia urinaria, siendo ellas múltiples y de diferentes modalidades; las disfunciones sensoriales también tienen un factor etiológico importante.

La clasificación utilizada en incontinencia la divide en *Incontinencia Urinaria de Esfuerzo* donde el factor más importante es la pérdida del soporte anatómico de la uretra y a nivel de la unión uretrovesical, llegando inclusive a una deficiencia del esfínter y generalmente está asociada a hipoestrogenismo, trauma obstétrico, cirugía previa. La otra incontinencia definida es la *Incontinencia de Urgencia* donde hay una pérdida de orina acompañada de un deseo intenso y súbito de orinar y ella tiene dos orígenes, motor y sensorial. Existen además, la *incontinencia por rebosamiento* y la *incontinencia mixta*, donde existen dos tipos de incontinencia y donde lo más frecuente es la unión de incontinencia de esfuerzo más urgencia. Por último están las incontinencias de tipo *extrauretral* que pueden ser de origen congénito o traumático.

Lo más importante en incontinencia, es la evaluación clínica para poder definir sus características, basado en los síntomas del pacien-

te, la severidad de la pérdida, eventos asociados, hábitos intestinales y sexuales, evaluar el diario miccional del paciente y los antecedentes de tipo parto, cirugía pélvica, trastornos neurológicos, utilización de medicamentos y las comorbilidades.

En cuanto al examen físico, examinaremos si hay masas o hernias; la evaluación neurológica incluye tono, fuerza, reflejos, evaluación ginecológica, a fin de evidenciar fallas en el piso pélvico, evaluación del nivel hormonal y posibles infecciones asociadas. En los últimos años, ha entrado en vigencia la ecografía del cuello vesical, que nos permite evaluar el grado de movilidad de las estructuras. Se puede hacer por vía abdominal, perineal, vaginal o rectal.

Diremos que los estudios de rutina a ordenar son el parcial de orina, el urocultivo y las pruebas de función renal si lo amerita el paciente; la cistoscopia y la urografía excretora serán necesarias en la medida en que haya factores o enfermedades asociadas que coexistan con la incontinencia urinaria.

Capítulo aparte merece el estudio urodinámico, ya que se conoce que la historia clínica y el examen físico por muy rigurosos que se hagan, conllevan a un 40% de error en el diagnóstico y por el contrario, la urodinamia tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 80%. Por lo tanto, la urodinamia no sólo es para clasificar el tipo de incontinencia, sino que también se usa para planear una cirugía, diagnosticar la hiperactividad del detrusor, cuando existe una recurrencia o fracaso de una cirugía previa, cuando se sospecha un problema patológico asociado y en pacientes menores de 30 años y mayores de 60 años. La urodinamia nos permite identificar muy bien cuál es la vejiga estable y la hiperactiva, ya que el desconocimiento de estos dos fenómenos puede llevar a tomar decisiones quirúrgicas o de tratamiento médico cuando las condiciones no están dadas realmente.

Los tratamientos para incontinencia urinaria van desde el manejo conductual hasta la gran cantidad de cirugías diseñadas con tal fin, recordando que aquellas incontinencias de baja intensidad y de aparición ocasional, son las ideales para el manejo conductual, hablando de la incontinencia de esfuerzo; la incontinencia urinaria de urgencia inicialmente se manejará con terapia conductual o de rehabilitación del piso pélvico. La incontinencia urinaria de esfuerzo pura con alteración del piso pélvico, indudablemente requerirá de una cirugía.

Como conclusiones, la evaluación de la incontinencia urinaria debe integrar el estudio de los factores de riesgo, una adecuada histo-

ria clínica y un buen examen que oriente también hacia otras pruebas complementarias. Recordar que la urodinamia es la herramienta más útil en la evaluación de la incontinencia y su adecuada interpretación es absolutamente necesaria.

Por último, es evidente después de todo lo aquí expuesto, que el diagnóstico de la incontinencia como tal es de la esfera del médico general, quien es la persona con la que el paciente consulta inicialmente. De una buena evaluación y una ajustada y oportuna orientación hacia el área especializada, dependerá el éxito o el fracaso del manejo de esta patología bastante común.

Referencias Bibliográficas

1. Nikolavsky D, Chancellor M. Stem Cell Therapy for Stress Urinary Incontinence. *Neurourology and Urodynamics* 2010; 29:36–41
2. McKertich K. Urinary incontinence-Assessment in women: stress, urge or both?. *Australian Family Physician* 2008; 37(3): 112-117
3. Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas* 2010; 65: 167-171
4. Carpenter D, Visovsky C. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *AORN Journal* 2010; 91: 471-478
5. Nygaard I. Idiopathic Urgency Urinary Incontinence. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363: 1156-1162
6. Fong E, Nitti V. Mid-urethral synthetic slings for female stress urinary incontinence. *BJUI* 2010; 106: 596-608
7. Haylen B, Ridder D, Freeman R, Swift S, Berghmans B, Lee J. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourology and Urodynamics* 2010; 29:4–20

8. Vij M, Robinson D, Cardozo L. Emerging drugs for treatment of urinary incontinence. *Expert Opinion Emerging Drugs* 2010; 15(2): 200-308
9. Fong E, Nitti V. Urinary Incontinence. *Prim Care Clin Office Pract* 2010; 37: 599–612
10. Renganathan A, Duckett J, Nayak K. Female urinary incontinence – urodynamics: Yes or no?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 29(6): 473–479