

Evaluación de la incontinencia urinaria en consulta

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Miguel Angel Díaz López	María Isabel Valdivia Jiménez	Febrero 2024
Miguel Aragón Albillos	José Angel Montserrat Jordán	Fecha revisión
		25 febrero 24

DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

La International Continence Society (ICS) define la incontinencia de orina (IU) como la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva.

La vejiga hiperactiva (VH) se define como el cuadro de urgencia urinaria, con o sin incontinencia, usualmente acompañada de un aumento de la frecuencia miccional y nocturia, en ausencia de infección o de otras patologías.

Aunque existen muchos tipos de IU: de esfuerzo, por inestabilidad motora o sensitiva del detrusor, mixta, neurógena, por rebosamiento, funcional, enuresis, etc., en realidad los 3 tipos más comunes son la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), donde se produce la pérdida de orina en relación con el aumento de la presión abdominal; la incontinencia urinaria de urgencia (IUU), en la que la pérdida de orina está precedida o se acompaña de urgencia y la mixta (IUM), donde se combinan aspectos de las 2 anteriores.

La prevalencia de la IU se encuentra entre el 11-72% de las mujeres, con una media del 49.6% y aumenta con la edad. Mientras la IUE es más prevalente en mujeres menores a 55 años, decreciendo paulatinamente, sin embargo la IUU y la IUM alcanzan su pico hacia los 74 años. La prevalencia de la VH es del 40%, aunque se considera mayor, al poder unir en este diagnóstico cuadros de IUU e IU Mixta.

El control del músculo detrusor y el esfínter vesical son básicos en la micción. Durante el momento del llenado vesical predomina el sistema simpático (D10-L1) y su activación relaja el músculo y activa el esfínter. En el momento del vaciado predomina el parasimpático (S2-S4) y su activación contrae el detrusor y relaja el esfínter.

El volumen vesical normal de un adulto es de 500 ml y para llegar a él se precisa una buena acomodación. Durante el día es normal realizar hasta 7 vaciados, con volúmenes de entre 250-300 ml.

En la fisiopatología de la IUE se han descrito 2 mecanismos. El más prevalente se relaciona con la hipermovilidad uretral durante los momentos de mayor presión intraabdominal, debido a una pérdida

del soporte uretral y del cuello vesical. Se debe de recordar que la uretra está sostenida por la fascia endopélvica (teoría de la hamaca), que cuelga del arco tendineo. Si este sostén se rompe o debilita, la uretra se moviliza y la presión vesical supera la capacidad de coaptación intrauretral y aparece el escape de orina.

Un segundo mecanismo se asocia con la debilidad del esfínter urinario. Si el esfínter se daña por traumas, cirugías, enfermedades neurológicas, envejecimiento, atrofia, etc., no es capaz tampoco de cerrarse en los momentos de aumento de la presión intraabdominal.

La fisiopatología de la IUU se vincula fundamentalmente con problemas intravesicales, como la aparición durante el llenado vesical de contracciones espontáneas y no inhibidas del músculo detrusor. En la mayor parte de las mujeres este mecanismo es idiopático. Un segundo mecanismo sería la baja distensibilidad vesical (radioterapia o cateterismos prolongados). Y quizás, el mecanismo más desconocido, pero el más prometedor sea el del papel sensorial del urotelio. Su inflamación e infección puede ser clave y para ello el control de la microbiota será muy importante.

La IU es una patología infradiagnosticada e infratratada y que, de no ser diagnosticada a tiempo, puede producir un deterioro importante en la calidad de vida, así como un gasto importante para la paciente y la sociedad.

Determinar el tipo de IU y el nivel de molestia de las pacientes es muy importante para poder comenzar un tratamiento con buenas expectativas de mejora, con buena adherencia y que aumente la satisfacción de la paciente.

ETIOLOGÍA

Son muchos los factores etiológicos que se implican en la etiología de la IU. Se clasifican en factores predisponentes, desencadenantes, favorecedores y descompensadores. Tabla 1. De ellos el parto es el factor desencadenante más importante. Generalmente tras el parto es fácil que transcurran 20-25 años hasta que un factor descompensador como la edad acentúe el proceso y lo magnifique.

Tabla 1 . FACTORES ETIOLOGICOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA	
Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares • Sexo • Raza • Anomalías neurológicas y musculares
Factores desencadenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo-parto • Cirugías pélvicas. Radioterapia • Prolapso genital
Factores favorecedores	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Estreñimiento • Tabaco • Enfermedades pulmonares. Alergias • Infecciones tracto urinario repetidas

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades neurológicas • Trabajo y deporte de impacto • Menopausia • Fármacos • Alcohol
Factores descompensadores	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Demencia • Debilidad física • Fármacos • Enfermedades (diabetes, Ins. Cardíaca) • Problemas accesibilidad

DIAGNÓSTICO

La presencia de síntomas de IU requiere un diagnóstico claro. Es conveniente observar los factores favorecedores y descompensadores, ver la afectación de la calidad de vida y el deseo de la paciente al tratamiento.

El diagnóstico de una IU no complicada precisa de una historia clínica, exploración, análisis de orina y en muchos casos de un diario miccional.

Previamente a la visita en consulta, se puede realizar algún cuestionario de síntomas que nos ayuden en el diagnóstico del tipo de IU, así como en la repercusión en la calidad de vida.

El “King’s Health Questionnaire” (KHQ) y el “International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form” (ICIQ-UI SF) son los más utilizados.

El cuestionario KHQ evalúa específicamente la calidad de vida de las mujeres con IU. Tiene 21 ítems en relación a 9 dimensiones. El ICIQ-UI-SF son solo 4 ítems y se pregunta: frecuencia con la que pierde orina, cantidad de orina que se le escapa, cómo le afectan a su vida diaria y la momento en el que produce la pérdida de orina.

Es importante además cuantificar la cantidad de orina que se pierde, así como el número de absorbentes que se precisan. Para su evaluación se utilizan los test de gravedad de la IU de Sanvik y el de la compresa. El test de Sanvik consta de 2 preguntas: frecuencia con la que se pierde orina (1 a 4 puntos) y cantidad que se pierde (1 a 3 puntos). La gravedad se calcula multiplicando los 2 ítems. El test de la compresa se realiza pesando la compresa en seco y tras 1 hora (test corto) o 24 horas. El test es positivo si hay una diferencia en el peso igual o mayor de 8 gramos.

1.- HISTORIA CLÍNICA

1.a. General

- La edad

- Inicio, duración y momento en el que se produce la IU.
- Antecedentes obstétricos (partos, pesos recién nacidos y tipo de parto).
- Antecedentes ginecológicos (prolapso, cirugías previas, estreñimiento, problemas sexuales, síndrome genitourinario de la menopausia).
- Comorbilidades (infecciones vesicales, diabetes, obesidad, problemas neurológicos, cardiorrespiratorios, etc..).
- Fármacos que toma habitualmente
- Evaluar deterioro cognitivo.
- Hábitos tóxicos (tabaco, etc..).
- Movilidad. Tipo de trabajo y deporte que practica.

1.b.Específica

- Ingesta de líquidos diaria y momento de la ingesta.
- Toma de bebidas excitantes.
- Frecuencia de micciones diarias (> 8/día).
- Número de micciones que realiza con urgencia.
- Nocturia (>2/noche).
- Cantidad del escape (gotillas, chorrillo o chorro).
- Necesidad de absorbentes y si los moja.
- Escapes con la tos o el esfuerzo.
- Escapes con la urgencia.
- Sensación de vaciado incompleto de orina.
- Precisa de introducción digital del prolapso para comenzar la micción.
- ¿Cuesta empezar la micción?
- Escapes con los cambios posturales.

2. EXPLORACIÓN

La exploración sistemática de la IU es larga y a veces molesta. Es fundamental, por tanto, brindar tranquilidad y comprensión, explicando claramente cada punto a realizar.

- Se debe de comenzar con la evaluación funcional, tanto del estado mental, como de la movilidad.
- Comprobar el índice de masa corporal (IMC)
- Examen abdominal, para evaluar masas palpables, cicatrices o puntos dolorosos.
- Examen genital: estimando trofismo, asimetrías, cicatrices, tumoraciones y dermatitis asociadas a la IU. Explorar los reflejos bulbocavernoso (integridad S2-S4) y Skin-Rolling test (raíces finales nervio pudendo).Valoración del hiato urogenital (digital o ecográficamente) y del periné.
- Ecografía para medir volumen vesical. La fórmula más fácil es la de Dietz $A \times B \times 5,6$. El volumen vesical depende del tiempo desde la última micción. Si la micción es reciente y el volumen es mayor de 100 ml de orina, ya nos sugiere la existencia de residuos postmicciones patológicos.

Sistemática de exploración

1. Con el volumen vesical medido a la paciente en consulta se realizará un **test de esfuerzo con maniobra de valsalva** (tos repetida) evidenciándose los escapes si existiesen. Si se apreciase estos escapes, habría que evaluar la cuantía de ellos:
 - Si éstos se producen con volúmenes bajos el diagnóstico se inclinaría hacia una IUE moderada o grave.
 - Si no se producen escapes, es conveniente llenar la vejiga hasta un volumen de 300 ml animando a la paciente a la ingesta de líquidos (agua) y evaluándola en un segundo tiempo o bien en consulta realizar llenado vesical con suero salino mediante sondaje vesical . Tras esta maniobra se realizará nuevamente el test de esfuerzo en decúbito y si persistiese negativo completaremos la exploración al valsalva en bipedestación.

La cuantía de la pérdida nos indica :

- Si los escapes son muy pequeños: una IUE leve.
- Si se objetiva un chorro grande: una IUE moderada.
- En el caso de que la paciente presente en la exploración un prolapso importante de compartimentos medios y anteriores debemos reponer el mismo con la sonda vaginal, el espéculo o los dedos, con el fin de que el ángulo uretrovesical no se encuentre acodado y poder de esta manera objetivar el escape de orina : IUE oculta (IUE-O)
- Una vez evaluada la IUE solicitaremos a la paciente que vacíe la vejiga para poder continuar la exploración :
 - Valoraremos de nuevo el volumen vesical (volumen residual) con ecografía, sobre todo en aquellas pacientes a las que se les exploró sin micción reciente . Este volumen medido se llama residuo postmiccional.
 - Observaremos si existe prolapso de cualquiera de los 3 compartimentos mediante el sistema POP-Q.
 - Se estimará la movilidad uretral, mediante visión directa, midiendo la movilidad del punto Aa del POP-Q, o por ecografía. En este momento si se observan escapes con la hipermovilidad uretral se realiza el test de Bonney (fijando la uretra a la sínfisis del pubis).
 - Se continuará con la exploración digital de los músculos elevadores y su inserción ósea.
 - Se solicitará a la paciente que expulse el aire totalmente y contraiga el ano, para evaluar la fuerza contráctil de la musculatura del suelo pélvico (Test de Oxford).
 - Se realizará también la palpación digital de puntos dolorosos en vagina y en el trayecto del nervio pudendo.
 - Si existiese un POP importante que disminuya la calidad de vida de la paciente se podrá proponer a ésta la colocación de un pesario.

3.- ANÁLISIS DE ORINA

Aunque su uso en el diagnóstico de la IU es básico, se emplea fundamentalmente cuando el diagnóstico probable es de IUU o VH, con el fin de poder descartar hematuria o infección.

4.- DIARIO MICCIONAL

Es otra prueba objetiva, que puede ayudar en los casos de IUU y VH. Es difícil de realizar, ya que hay que anotar la frecuencia de las micciones, el volumen de las micciones, los episodios de IU, la ingesta de líquidos y el número de absorbentes.

5.- OTRAS PRUEBAS

La realización de pruebas diagnósticas como **la urodinamia o la cistoscopia** son más específicas y solo necesarias si hay dudas diagnósticas, cirugía recurrente de la IU, uretra fija o problemas neurológicos.

TRATAMIENTO

• MEDIDAS GENERALES

- Ante cualquier paciente que presenta IU, independientemente igual el tipo, deberíamos comenzar recomendando modificaciones en el estilo de vida: controlando la ingesta de líquidos, e intentando adaptarla a las necesidades. En casos de nocturia especificar que beba menos líquidos a partir de las 18:00 horas. Recomendamos la disminución de café, alcohol, bebidas carbonatadas y cítricas. La disminución de peso y el aumento de la actividad física.
- Valoraremos los tratamientos previos de IU, optimizando pautas y dosis.
- Realizar ejercicios musculares del suelo pélvico (EMSP) supervisados, ya que mejoran el tono de reposo del elevador del ano y favorecen la cocontracción o Knack perineal (técnica que consiste en una contracción voluntaria de nuestro suelo pélvico antes de los aumentos de la presión intra abdominal que se producen de manera brusca y repentina)
- Terapia manual, biofeedback, conos vaginales.
- Electroestimulación con altas frecuencias en la IUE y bajas frecuencias en la IUU.
- Reentrenamiento vesical, programando las micciones hasta conseguir 3 horas entre micciones.
- Pesarios, tampones especiales
- Estrógenos locales.
- Laser CO2.
- Tecnología Hifem (Silla emsella).

• OTRAS MEDIDAS ESPECÍFICAS

1.- De la IUE. Fig 1

- Medidas generales ya citadas previamente
- Adaptación del trabajo y deporte.
- EMSP se deben de realizar supervisados.
- Las inyecciones parauretrales con agentes ocupadores de espacio, sobre todo en pacientes con uretra fija y con dificultad para otro tipo de cirugía.
- Cabestrillos suburetrales sintéticos.
- Cabestrillo fascia autóloga (fascia lata o de los rectos)

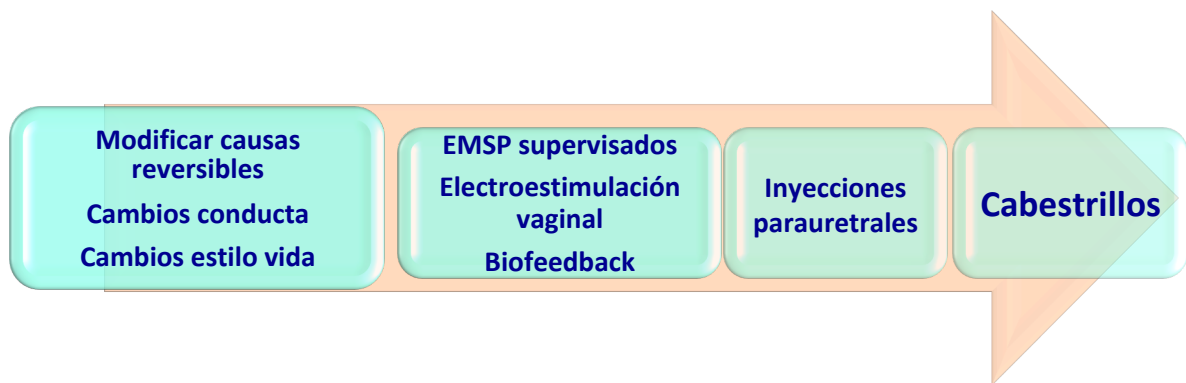


Figura 1 : Tratamiento escalonado de la IUE

2.- De la IUU. Fig 2

Se incluyen los tratamientos generales.

- Anticolinérgicos-Antimuscarínicos (anti M3). Se debe de tener en cuenta utilizar, según la edad, aquellos que atraviesen menos la barrera hematoencefálica y disminuyan menos la actividad cognitiva. Contraindicación absoluta el glaucoma de ángulo cerrado.
- Agonistas $\beta 3$. Contraindicados si existe hipertensión grave o mal controlada o si presenta arritmias importantes.
- Toxina botulínica A (quimiodenervación, mediante inhibición de la liberación presináptica de acetil colina).
- Neuromodulación del tibial posterior (retrograda a través L4-S3)
- Neuromodulación sacra (S3 directa).
- Cistoplastia de aumento.

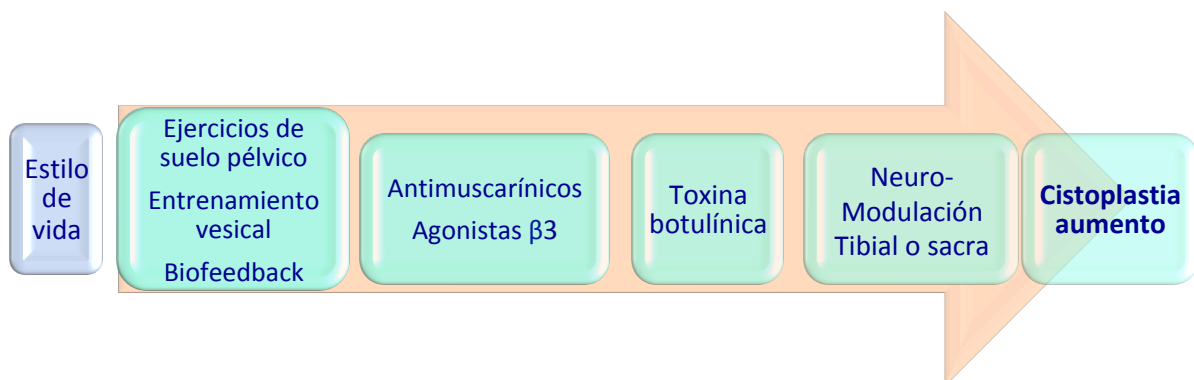


Figura 2 : Tratamiento escalonado de la IUU

BIBLIOGRAFIA

- Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, et al. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers* 2017 Jul 6;3:17042.
- Denisenko AA, Clark CB, D'Amico M, Murphy AM. Evaluation and management of female urinary incontinence. *Can J Urol* 2021;28 (suppl 2):27-32.
- Hu JS, Pierre EF. Urinary incontinence in women: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2019; 100(6): 339-348.
- Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. *JAMA* 2017; 318(16): 1592-1604.
- Pharm HS, Oliaei A, Sadri S, et al. Systematic review and meta-analysis of urinary incontinence prevalence and population estimates. *Neurourol Urodyn* 2024; 43:52-62.
- Raza-Khan F. Basic evaluation of urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol* 2021 Jun 1;64(2):276-286.
- Samuels JB, Pezzella A, Berenholz J, Alinsod R. Safety and efficacy of a non-invasive High-Intensity Focused Electromagnetic Field (HIFEM) device for treatment of urinary incontinence and enhancement of quality of life. *Lasers in Surgery and Medicine* 2019; 51:760–766.
- Silantyeva E, Zarkovic D, Astafeva E, et al. A Comparative study on the effects of High-Intensity Focused Electromagnetic Technology and Electrostimulation for the treatment of pelvic floor muscles and urinary incontinence in parous women: analysis of posttreatment. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2021;27: 269–273