

INCONTINENCIA URINARIA: DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO

Urinary Incontinence: diagnosis, management and treatment

Kimberly Arias Amador¹ Sofia Rojas Diaz ² Carlos Villalobos Montenegro³

1,2 y 3. Médico General. Cartago, Costa Rica.

Contacto: kamador@gmail.com, rojasdiazso@hotmail.com, montenegroca@gmail.com

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU), definida como cualquier pérdida involuntaria de orina, es una enfermedad predominante de la edad adulta que afecta principalmente a mujeres y adultos mayores, repercutiendo de manera importante en su calidad de vida. La IU es el resultado de múltiples factores de riesgo. Entre su clasificación se encuentran la incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta. Para realizar el diagnóstico es necesario conocer la historia clínica y realizar una exploración física adecuada y dirigida, junto con algunas exploraciones complementarias. El tratamiento farmacológico se adecua de acuerdo con el tipo de IU que sufra el o la paciente; siendo el tratamiento quirúrgico la solución definitiva.

Los adultos mayores tienden a no buscar atención médica por razones relacionadas con el estigma y la vergüenza, a pesar de estar en una sociedad en la que la población adulta mayor predomina; y la sobrevida en este grupo etario aumenta el impacto y la importancia de la IU en los servicios de salud.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria, diagnóstico, tratamiento farmacológico, tratamiento conservador, tratamiento quirúrgico.

Cómo citar:

Arias Amador, K., Rojas Diaz, S., & Villalobos Montenegro, C. (2021). INCONTINENCIA URINARIA. Revista Ciencia Y Salud, 5(2), Pág. 15-23.

Recibido: 7/feb/2021

Aceptado: 23/mrz/2021

Publicado: 16/abr/2021



ABSTRACT

Urinary incontinence (UI), defined as any involuntary loss of urine, is a disease of adulthood that mainly affects women and older adults, significantly affecting their quality of life. UI is the result of multiple risk factors and modifiers. Its classification includes stress urinary incontinence, urge urinary incontinence and mixed urinary incontinence. To make the diagnosis, it is necessary to know the medical history and carry out an adequate and directed physical examination, together with some complementary explorations. Pharmacological treatment is adapted according to the type of UI the patient suffers and surgical resolution is the definitive solution.

Older adults who do not seek medical care for reasons such as stigma and social embarrassment weigh on this, with a society aging faster and older adults with higher survival, the impact of UI on society, and in health services it will increase.

Keywords: Urinary incontinence, diagnosis, pharmacological treatment, conservative treatment, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Según la International Continence Society (ICS) la incontinencia urinaria se define como cualquier pérdida involuntaria de orina, es una enfermedad común, que afecta principalmente a mujeres en edad adulta. Representa un problema de salud pública por su alta prevalencia según algunos estudios de diversos países y su carga relativa en términos de calidad de vida (1). Entre los factores de riesgo tradicionalmente relacionados con la IU se encuentran: el embarazo, el parto, las cirugías pélvicas, las infecciones urinarias y además otros factores específicos que aumentan la presión intraabdominal (el sobrepeso, determinados esfuerzos físicos o el estreñimiento) (2). Al incrementar la sobrevida a nivel mundial, la cantidad de personas afectadas por la IU ha aumentado, creando un mayor impacto en los sistemas de salud (3).

Hay que considerar cualquier historial médico, quirúrgico, obstétrico o genitourinario del paciente, para valorar los factores que pueden estar influyendo o afectando el funcionamiento de los riñones, la producción de orina, la función del piso pélvico y el tracto genitourinario (4). La International Continence Society (ICS) identifica varios subtipos de incontinencia urinaria (IU): incontinencia urinaria de urgencia (IUU), definida como la queja de pérdida involuntaria de orina asociada con una sensación inminente de micción; IU de estrés (IUE), definida como la queja de pérdida involuntaria de orina por un esfuerzo físico (estornudar, toser o pujar); y IU mixta (MUI), definida como la queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y con esfuerzo (5). Su diagnóstico requiere una correcta historia clínica y exploración física, junto con algunas exploraciones complementarias.

El primer escalón terapéutico lo constituyen las medidas higiénico-dietéticas y las técnicas de modificación de la conducta. El tratamiento farmacológico es específico para cada tipo de incontinencia urinaria, utilizándose anticolinérgicos e inhibidores de la recaptación de serotonina. Por último, las diferentes técnicas quirúrgicas tienen su papel ante el fracaso de los tratamientos conservadores o frente a incontinencia urinaria severa (6).

En cada circunstancia concreta se debe especificar el tipo de IU, la frecuencia, la severidad, los factores desencadenantes, el impacto en la calidad de vida, el estilo de vida del paciente, las medidas utilizadas para manejar la IU y si el paciente desea o no ayuda para manejar su IU (7).

La finalidad de este artículo es revisar y describir los datos más importantes sobre la Incontinencia Urinaria, sus factores de riesgo, clasificación, manifestaciones clínicas, tratamiento y prevención; con el fin de destacar las mejores estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes que se ven afectados por esta condición.

MÉTODO

Se obtuvieron artículos con fecha de no más de 5 años de publicación, en el idioma español e inglés, en distintas bases de datos como Pubmed, Elsevier y otras fuentes como artículos brindados por la BINASS (Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social). Se utilizaron términos de búsqueda como “Incontinencia Urinaria”, “diagnóstico”, “tratamiento”. De la información obtenida se filtraron los de mejor contenido para el cumplimiento de los objetivos de esta revisión bibliográfica.

EPIDEMIOLOGÍA

La IU presenta una mayor prevalencia en mujeres, aproximadamente un 50% de las mujeres podría presentar IU en algún momento de su vida. Además se espera que la prevalencia de la IU y los trastornos del piso pélvico aumenten en las próximas décadas, aumentando las consultas y afectando directamente los sistemas de salud (8). La Incontinencia Urinaria también produce morbilidad psicológica y médica, lo que afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes, al igual que otros trastornos médicos crónicos como osteoporosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y accidentes cerebrovasculares (9). En los varones se ha visto una prevalencia menor, sin embargo, puede afectar de un 1% hasta un 39% (10).

La mayoría de las mujeres con IU inicialmente se quejan de una sintomatología asociada a una IUE en un 50% aproximadamente, con un pico de prevalencia en la quinta década de vida. Seguido de un 36% con sintomatología compatible con una IUM y por último una IUU (11).

Sin embargo, si se hace referencia a las mujeres en la sexta década de la vida es más frecuente la IUM, en donde se calcula que involucra un 40-48% de las mujeres con IU.

Es importante tomar en cuenta diferentes factores y antecedentes médicos de los pacientes que pueden influir en su IU. Entre ellos se encuentra la paridad, la obesidad, antecedentes quirúrgicos (histerectomía previa o cirugías pélvicas), enfermedad pulmonar, diabetes mellitus y admisión en hogares de ancianos o demencia (12).

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Se puede distinguir una serie de factores asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha incontinencia, entre los cuales se identifican:

- 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 y estreñimiento son factores de riesgo para la aparición de IU.
- 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.

Con respecto a la fisiopatología de la IU se deben tomar en cuenta los 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 de acuerdo con su etiología se basa en dos afecciones genéricas que son causa de IU:

1. Anomalías vesicales como la hiperactividad del detrusor (Inestabilidad o hiperreflexia del detrusor) y/o la escasa distensibilidad vesical.
2. Anomalías esfinterianas como la hipermovilidad uretral y/o la deficiencia esfinteriana intrínseca, ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos (13). Estas anomalías en la funcionalidad de la vejiga y el esfínter asociados a factores extrínsecos, como el aumento de la presión intraabdominal o esfuerzo, contribuyen a que el paciente presente una incontinencia urinaria.

La vejiga es un órgano que cicla en dos fases de manera constante: la fase de continencia y la fase miccional, donde ocupa una sincronía perfecta entre el músculo detrusor y el esfínter o tracto de salida para preservar una continencia urinaria (14).

Existen factores que afectan el equilibrio fisiológico como por ejemplo:

- a. Alteraciones del piso pélvico en el que el principal factor de riesgo en este componente es la historia de partos vaginales, ya que puede verse asociado a lesiones neurológicas y musculares (6).
- b. Alteraciones a nivel de la pared vaginal o del esfínter anal pueden afectar la anatomía de las estructuras vecinas, como la vejiga, el recto o el útero (15).
- c. Lesión directa de los nervios que llevaría a una alteración de la contracción de los músculos y esfínteres, ya sea de manera voluntaria o refleja (15).

El aumento de presión intraabdominal toma un papel más importante en la fisiopatología de la IU de esfuerzo. Al existir un fallo en el equilibrio de las presiones entre la vejiga y la uretra. La presión intraabdominal genera una fuerza extrínseca sobre la vejiga produciendo que la presión intravesical supere la uretral y se genere la salida de la orina por un fallo en los mecanismos de resistencia uretral (6).

Existen dos causas relacionadas con este fallo uretral:

1. La hipermovilidad uretral, desciende de su posición anatómica, por alteración de los mecanismos de sujeción.
2. Una alteración intrínseca de los esfínteres a nivel de la uretra (6).

Diagnóstico

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 evaluación de la IU debe comenzar con una historia clínica minuciosa, seguida de un examen físico que incluya exploración 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 (13). Esto debe hacerse en asociación con un examen físico general que incluya la cognición, así como también el examen de afecciones neurológicas relevantes, como la enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular, estenosis espinal, síndrome de la cola de caballo y atrofia del sistema múltiple. La movilidad y la destreza se pueden evaluar al obtener el análisis de orina de la tira reactiva de rutina, observando al paciente preparándose para recoger una muestra y regresando para el examen físico (3). Un diario miccional (gráfico de frecuencia-volumen) puede resultar útil en la evaluación de los pacientes con nicturia. Se pueden realizar los controles de humedad para evaluar la frecuencia de IU en personas que residen en centros de atención de estancia prolongada (10).

El volumen de orina residual (VRP) se determina midiendo el volumen restante en la vejiga inmediatamente después de la micción. Es una medida de la integridad del vaciado de la vejiga. Por lo tanto, se recomienda al evaluar a aquellos pacientes con síntomas miccionales, prolapso sintomático de órganos pélvicos o sobredistensión de la vejiga palpable.

La ecografía y otras modalidades radiológicas se han utilizado para investigar la incontinencia urinaria mediante la visualización de la morfología, el movimiento y la función de las estructuras, incluidos el elevador del ano, los órganos pélvicos, la vejiga, el cuello de la vejiga, el esfínter uretral y la uretra. Los estudios urodinámicos constituyen una serie de investigaciones que evalúan la función del tracto urinario inferior que incluyen uroflujometría, cistometría miccional, cistometría de llenado, función uretral y maniobras provocativas para demostrar incontinencia urinaria (12).

Tratamiento

En el tratamiento de la IU se incluyen diversas alternativas como el tratamiento conservador, tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico (16). Para decidir el tratamiento más adecuado en cada paciente no solo se deberá valorar el tipo de incontinencia sino también las condiciones médicas asociadas, la repercusión de la IU, las preferencias de los pacientes y su tipo de vida, la aplicabilidad del tratamiento y el balance riesgo/beneficio de cada tratamiento (6).

Tratamiento Conservador

Las medidas terapéuticas deben personalizarse, teniendo en cuenta la movilidad, motivación y competencia cognitiva de los pacientes (17).

Las ventajas del manejo conservador son su bajo costo, alta efectividad y poca interferencia con otros tratamientos (12).

El manejo conservador se basa en cambios de los estilos de vida, tanto alimentación como patrón miccional o lo que se conoce como una modificación conductual. Se establece una micción programada para buscar reestablecer el patrón miccional (6).

El manejo de la ingesta líquida es importante, ya que busca lograr un adecuado balance entre deshidratación e ingesta líquida excesiva (12). También se busca evitar el consumo de bebidas con efecto diurético como el alcohol y la cafeína que pueden aumentar el número de episodios de IU (12). El manejo del sobrepeso con una dieta y ejercicios pueden ser beneficiosos, inclusive se considera una medida preventiva, sin embargo, no es una meta objetiva o funcional en adultos mayores o en pacientes con una condición física frágil (12). Un buen control de la diabetes permite al paciente manejar síntomas de la diuresis osmótica y poliuria por hiperglicemia. El manejo de la constipación también es fundamental (18).

Los ejercicios de Kegel se utilizan como manejo de primera línea en paciente con IU de esfuerzo o mixta leve ya que buscan fortalecer los músculos del piso pélvico.

En la mayoría de los casos el manejo conservador va a ser el manejo inicial de todos los casos de IU, sin embargo; se puede utilizar en conjunto con el tratamiento farmacológico desde el inicio o comenzar el manejo farmacológico una vez que el manejo conservador no da los resultados esperados.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico va a depender del mecanismo fisiopatológico afectado en el caso particular de cada paciente. Se busca el balance adecuado de los mecanismos fisiopatológicos mencionados anteriormente. Ya sea actuando a nivel de la relajación del detrusor en una vejiga hiperactiva, mejorando el tono del esfínter, modificando las alteraciones en la fase de vaciado vesical o actuando a nivel de la resistencia uretral (18).

El tratamiento farmacológico en la IU de urgencia se basa en medicamentos antimuscarínicos ya que se ha demostrado su eficacia y efectividad clínica (13). Se espera que eliminen de un 20 a un 30% de los casos de IU y se dé una mejoría significativa de la sintomatología en un 50% de los pacientes. Dentro de este grupo de fármacos se encuentran el trospio, solifenacina, fesoterodina, tolterodina y oxibutinina.

También se ha visto que los beta agonistas disminuyen la sintomatología y se pueden utilizar en el manejo de la IU de urgencia, ya que ayudan a relajar el músculo detrusor de la vejiga, siempre y cuando no haya contraindicaciones para utilizarlos (8).

Además, se puede utilizar toxina botulínica a nivel del músculo detrusor de la vejiga produciendo una parálisis del músculo y disminuyendo la sintomatología de la IU, este procedimiento se realiza mediante una cistografía. Inclusive existen estudios que demuestran una mejoría de la sintomatología similar al obtenido con el uso de antimuscarínicos (8).

En la IU de esfuerzo, el tratamiento farmacológico busca incrementar el tono del músculo liso y estriado de la uretra, sin embargo; el tratamiento farmacológico de este tipo de incontinencia en específico no es la primera línea de manejo (13).

Se han utilizado medicamentos antidepresivos para el manejo de la IU de esfuerzo, como la duloxetina. Este medicamento actúa induciendo un cierre esfinteriano, sin embargo, la experiencia con este medicamento es poca (18).

El uso de remplazo hormonal sistémico no ha demostrado ser útil en el manejo de la IUE sin embargo el uso tópico local de estrógenos ha demostrado ser útil en mejorar la IU, al revertir la sintomatología y los cambios atróficos a nivel genitourinario en mujeres postmenopáusicas (13).

Otro medicamento utilizado es la desmopresina, que presenta una acción similar a la hormona antidiurética. Este tipo de medicamento es recomendado en pacientes que requieren alivio de la sintomatología de manera rápida y ocasional, no es un medicamento para usar de manera crónica (13).

La desmopresina no actúa a nivel funcional de la vejiga o la uretra, sin embargo, al disminuir la cantidad de orina producida disminuye los episodios de incontinencia, dando un efecto similar al manejo conservador y la modificación conductual del paciente con la ingesta de líquidos.

Si el manejo farmacológico no resuelve la sintomatología del paciente se podría considerar un manejo quirúrgico valorando cada caso.

Tratamiento Quirúrgico

La cirugía se considera el tratamiento adecuado en las pacientes en los que el tratamiento conservador ha fracasado (13). El procedimiento de elección va a depender de la severidad y tipo de incontinencia.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas en la IU de esfuerzo se basan en incrementar la resistencia uretral para evitar el escape de orina por la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal, preservando el vaciamiento vesical completo a baja presión (6).

El manejo quirúrgico de los pacientes con IU de esfuerzo por hipermovilidad uretral presenta un mayor beneficio que los pacientes con alteración intrínsecas del esfínter por lo que es de suma importancia un adecuado diagnóstico (18).

Las inyecciones ureterales son un procedimiento menos invasivo utilizado en la IU de esfuerzo, el cual se realiza mediante anestesia local. Se puede utilizar en pacientes con deficiencia esfinteriana intrínseca e hipermovilidad uretral (6).

La colposuspensión de Burch se utiliza en pacientes con hipermovilidad uretral con IU de esfuerzo. Su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos (6).

También, se puede colocar un cabestrillo suburetral o sling, el cual ha llegado a superar la cirugía de colposuspensión de Burch. Con una mayor resolución de la sintomatología en paciente con IU. En la mayoría de casos se utiliza en pacientes con deficiencia esfinteriana intrínseca. (6, 8)

En los casos de IU de urgencia el manejo se basa en la neuro modulación sacra. Este procedimiento se basa en la colocación de un dispositivo que estimula los nervios que inervan tanto la vejiga como la pelvis, se considera una terapia ideal para pacientes que han presentado falla terapéutica a las medidas conservadoras y farmacológicas. Se ha visto que aproximadamente un 80% de los pacientes ha presentado una mejoría significativa de la sintomatología (18).

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es una patología con un impacto bastante considerable en la vida de quienes la padecen, principalmente de adultos mayores y mujeres. Es una patología que va en aumento, sin embargo, sigue siendo subdiagnosticada por el estigma social que carga. Es importante un diagnóstico pronto pues los pacientes pueden sufrir una alteración considerable en su calidad de vida, sin embargo, es una condición

que puede mejorarse significativamente con una evaluación y manejo correcto. En el tratamiento de la IU, la clave del éxito radica en el diagnóstico temprano y la correcta clasificación. El tratamiento de elección de la IU de esfuerzo es la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico, el tratamiento farmacológico está limitado a pocos casos y los fármacos antimuscarínicos son los más empleados. Si el paciente no responde a medidas conservadoras ni farmacológicas se deberá considerar un manejo quirúrgico, tomando en cuenta el mecanismo fisiopatológico de cada caso.

La educación a la población puede facilitar la identificación de la sintomatología, logrando una consulta temprana a los centros de salud. Se deberá recalcar la importancia de una adecuada historia clínica y examen físico por parte del personal de salud, ya que un adecuado diagnóstico y clasificación será vital en el manejo adecuado del paciente. Teniendo como resultado una mejora de la sintomatología y una tasa más alta de pacientes satisfechos con una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultraestación en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Med Chil* 2015;143(2):203-12.
2. Pavón AG, Chao CW, Rodríguez NR, Iglesias FJG. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Atención Primaria*. 2014;46(2):100-8.
3. C. Shaw, A. Wagg. Urinary incontinence in older adults. *Medicine*.2017;45 (1): 23-27
4. Alison Bardsley. An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*. 2016;25(18).
5. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(2):130-40.
6. Robles J. E.. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29(2): 219-231.
7. Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp* 2005; 29: 16-30.
8. Goforth J, Michelle Langaker. Urinary incontinence in women. *North Carolina Medical Journal*. 2016;77(6): 423-425.
9. Jack W. McAninch, Tom F. Lue. Smith y Tanagho: *Urología general*. Mc Graw Hill .2013;18:480-497.
10. J.W. Thuroff, P. Abrams, K.E. Andersson, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 2011, 35(7):373-388
11. Stewart WF, et al. Urinary incontinence incidence: quantitative meta-analysis of factors that explain variation. *J Urol*. 2014; 191:996-1002.

12. Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., et al. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3: 17042.
13. Karla León Torres. Incontinencia Urinaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica LXXIII*. 2016; 619:247-253.
14. Pearlman, Amy M., Ariana L. Smith, Alan J. Wein. Lower Urinary Tract Symptoms. *Primer of Geriatric Urology*. 2016;11: 129-148.
15. Salinas J. Epidemiología de la incontinencia de orina en la menopausia. *Revista Colombiana de Menopausia*. 2014;5(3).
16. Martínez Peña K, Alarcón Vera I. Tratamientos alternativos no quirúrgicos para la mejora de la incontinencia urinaria en mujeres [doctorado]. Universidad privada Norbert Wiener; 2018.
17. L. Aharony, J. De Cock, M.S. Nuotio, C. Pedone, J. Rifel, N. Vande Walle, et al. Consensus document on the management of urinary incontinence in older people. *Eur Geriatr Med*. 2017;8(3):210-215.
18. Chiang, H., Valdevenito, R., Mercado, A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Med Clín Las Condes*. 2018;29(2):232-241.