

INCONTINENCIA URINARIA

* Dra. Maria Esther Salgueiro M.

* Dra. Elizabeth Salvatierra M.

* Dr. Néstor Calderón

Médicos Familiares Pol. Central

I. DEFINICION

La incontinencia urinaria se define como la perdida involuntaria de orina objetivamente demostrable. También se puede decir que el escape involuntario de la orina a través de la uretra o la imposibilidad de retener la orina.

II. EPIDEMIOLOGIA

La incontinencia urinaria puede presentarse en diferentes etapas de la vida a la vez presentarse tanto en el sexo femenino como masculino. De preferencia se presenta en el sexo femenino y también es mas frecuente en la tercera edad.

Un 25-30% de las mujeres de 60 años o mas que viven en la comunidad padecen de incontinencia urinaria. Su manifestación puede ser diaria o semanalmente y el 15% de las mujeres que viven en centros institucionales presentan incontinencia urinaria mas de una vez por día.

La incontinencia en el varón puede presentarse como una urgencia e ir acompañada con tenesmo debido a una obstrucción de la vejiga parcial.

En la tercera edad es mas frecuente y puede ser transitoria o debido a estrés, su incidencia en ancianos que viven en la comunidad es de 5-10% en los pacientes hospitalizados el 35% y a nivel residencial el 50%.

III. FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Esfuerzo
- Multiparidad
- Parto traumático antiguo
- Trastornos neurógenos de la vejiga
- Intervención quirúrgica de la pelvis
- Alteraciones psicológicas
- Intervención quirúrgica ginecológica
- Alcoholismo
- Hábitos de micción

IV. ETIOPATOGENIA

1. Incontinencia de esfuerzo
2. Incontinencia urinaria de urgencia
3. Incontinencia urinaria por rebosamiento
4. Incontinencia urinaria total
5. Incontinencia urinaria transitoria
6. Incontinencia por estrés
7. Incontinencia funcional
8. Incontinencia Urinaria Mixta

1.- Incontinencia urinaria por esfuerzo es la pérdida de orina que se ocasiona por el aumento de la presión intrabdominal como ser: Toser, reír, estornudar, realizar ejercicios forzados o levantar objetos pesados. Se produce por insuficiencia de los esfínteres uretrales, existe una laxitud de la musculatura del piso de la pelvis. Las mujeres con incontinencia por esfuerzo después de un parto tienen desplazamiento de la uretra hacia abajo de la posición normal por encima del diafragma urogenital. Los aumentos repentinos de la presión intrabdominal se transmiten a la vejiga, con funcionamiento normal de esta manera hay un escape de orina. Esta clase de incontinencia es frecuente en mujeres multíparas, o en pacientes que tuvieron una cirugía pélvica, también se presenta en mujeres obesas o en mujeres posmenopáusicas que tienen déficit estrógeno donde la perdida de orina se debe a disminución del tono de la uretra y tejidos vecinos. En varones es menos frecuentes puede estar en relación a cirugía de próstata o en pacientes que recibieron radiaciones.

2.- Incontinencia urinaria de urgencia se manifiesta por una necesidad imperiosa de evacuar la vejiga, se debe a la función anormal del músculo detrusor presentándose una hiperreflexia o disfunción esfinteriana, es mas frecuente en procesos inflamatorios, infecciones urinarias frecuentes y trastornos neurógenos.

3.- Incontinencia urinaria por rebosamiento generalmente es crónica, se debe a vejigas distendidas que reciben un aumento adicional de la orina. Esta situación hace que la presión

intravesical se halla disminuida en relación a la resistencia de la vía de salida y se manifiesta por un goteo de orina al exterior. Presenta un gran residuo post miccional puede ir acompañada de polaquiuria y disminución en el choro de la orina siendo mas frecuente en hombres por obstrucción del tracto urinario inferior como en la hipertrofia de próstata, también se puede presentar en los casos de estenosis uretral, cistocele e impactación fecal.

Una vejiga Hipotónica (neurógena) tendrá más capacidad y se vaciará de manera espontánea e incompleta por rebosamiento. En una vejiga hipertónica con pequeña capacidad y grados variables de tono del músculo detrusor también se presenta perdida intermitente de orina.

4.- Incontinencia urinaria total. Los pacientes pierden orina en todo momento, se debe a la perdida de competencia de los esfínteres se manifiesta en casos de una cirugía previa en lesiones nerviosas o en una infiltración por una neoformación. Otras causas son las fístulas vesicovaginales o ureterovaginales, también depende a de anomalías anatómicas.

5.- Incontinencia urinaria transitoria que es reversible y se presenta en casos de vaginitis, uretritis, infecciones urinarias, alteraciones psicológicas.

6.- Incontinencia urinaria de estrés es una fuga de la orina por un aumento de presión intrabdominal al toser, reír, incluso estornudar, se presenta con mas frecuencia en ancianos.

7.- Incontinencia funcional. El tracto urinario este intacto pero existen otras situaciones como: La inmovilidad o alteraciones músculo-esqueléticas o la capacidad cognoscitiva que ocasionan la incontinencia.

8.- Incontinencia urinaria mixta. Presentan dos diferentes incontinencias en el mismo momento.

Incontinencia urinaria en niños diurna y/o nocturna (enuresis) puede presentarse como alteraciones del desarrollo, psíquicas, funcionales y orgánicas del aparato urinario. Algunas niñas con reflujo de orina uretrovesical presentan perdida de orina varios minutos después de la micción hasta que se vacía la vejiga. Otras causas son: algunas etapas de ansiedad, la risa y mal formaciones congénitas.

La continencia de orina diurna y nocturna en niños con desarrollo psicomotriz normal se adquiere a los 30 meses y de 4 a 5 años respectivamente siendo estos parámetros solamente referenciales.

V. EVALUACION DEL PACIENTE.

La evaluación del paciente que presenta incontinencia urinaria se debería realizar mediante una historia clínica y una exploración física cuidadosa teniendo en cuenta que un paciente anciano puede presentar simultáneamente mas de una clase de incontinencia.

Anamnesis:

Los antecedentes de un paciente son sumamente importantes en la evaluación de la incontinencia urinaria.

- Cirugía (pélvica, ginecológica, abdominal, columna vertebral o del tracto urinario).
- Patología neurológica (accidente vascular cerebral).
- Patología sistémica (diabetes, enfermedades degenerativas).
- Fármacos (hipnóticos, anticolérgicos, diuréticos, calcio antagonista, beta estimulantes o alfa bloqueantes).
- Hábitos del alcoholismo.
- Estilo de vida.
- Incontinencia fecal.
- Estreñimiento.
- Traumatismo.

En el interrogatorio se tiene que tener en cuenta:

- Como fue el inicio insidioso o brusco.
- Cuando y circunstancias de presentación, tos, risa o esfuerzo.
- Frecuencia.
- Duración.
- Intensidad.
- Horario diurno o nocturno.
- Síntomas acompañantes.

En la exploración física se debe tener en cuenta especialmente a la palpación del abdomen tratando de diferenciar globo vesical o alguna masa palpable.

El examen del aparato genitourinario se basa en investigar si existen prolapsos asociados de alguna de las estructuras como cistocele, rectocele o prolapsos de útero.

Durante la exploración ginecológica se puede valorar el grado de la incontinencia urinaria

Primer grado emisión urinaria al aumentar la presión intrabdominal por ejemplo: al toser, estornudar o reír.

Segundo grado emisión de orina al realizar movimientos que aumentan ligeramente la presión intrabdominal por ejemplo: correr, bajar gradas o ponerse de pie.

Tercer grado emisión continua de orina independiente de la presión intrabdominal.

El tacto rectal revelará la función general del piso pélvico y permitirá valorar próstata, impactación fecal y tono rectal.

El examen neurológico permite valorar la función motora y sensitiva.

VI. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

1. Examen general de orina.
2. Urocultivo y antibiograma.
3. Hemograma.
4. Glicemia.
5. Calcio.
6. Creatinina.
7. Cistometría.
8. Ecografía abdominopélvica.
9. Urografía intravenosa.
10. Cistouretrografía.
11. Cistometrografía.

VII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

30-40 % de las mujeres se mojan por:

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo.- lo más frecuente.
2. vejiga inestable.- lo más frecuente.
3. vejiga neurogénica (alteración neurológica).
4. fístula vesico-vaginal o vesico-uterina (post cirugía ginecológica).
5. Malformación congénita: desembocadura anormal del uréter directo a uretra: goteo constante.
6. Malos hábitos miccionales.
7. Confusión sintomática femenina (aprox. Un 30% de las mujeres no conoce su anatomía).

1.- Incondicional urinaria de esfuerzo:

- Patogenia: Existe un aflojamiento de la pared urinaria, quedando desplazado el esfínter con respecto al piso perineal-prolapso (en condiciones normales ambos se encuentran en línea, cosa que el piso perineal ayude en la contención). Lo más frecuente es que esto ocurra por multiparidad, aunque también se presenta por ancianidad constante.
- Clínica: Escape de orina inmediata frente a esfuerzos sobre la vejiga (maniobras de valsalva). El escape es de bajo volumen y no existe urgencia miccional.
- Tratamiento: quirúrgico. Refuerzo del piso perineal.

2.- Vejiga inestable (V.I):

- Patogenia: Contracciones no inhibidas del detrusor, durante el curso del llenado vesical.
Motora o primaria: Enuresis (niños mayores a 6 años) y vejiga inestable del adolescente. Aquí no existe patología vesical, genital ni neurológica.
Sensitiva o secundaria: I.T.U, cálculos, cáncer, bulbo vaginitis o cistitis crónica, las que producen irritación de la vejiga y contracción del detrusor.
- Clínica: Poliaquiuria, escape urinario especialmente de noche (niños: enuresis) y urgencia. Muy frecuentemente desencadenado por la risa.
- Tratamiento: Primaria.- Anticolinérgicos, si responde: OK.
Si no responde: Cistoscopia y estudio de posible causa 2ª.
Secundaria: Según enfermedades de base. Eventualmente se puede asociar anticolinérgicos.

3.- Vejiga neurogénica (V.N.).

Disfunción vesico-esfintereana asociada siempre a trastorno neurológico, es poco frecuente, pero grave, ya que puede evolucionar a insuficiencia renal crónica y muerte.

Clasificación:

3.1.- V. N. Hiperrefléctica coordinada:
Enfermedades Asociadas: Parkinson, AVE, demencia senil.

- Patogenia: El centro pontino miccional se encuentra indemne, pero se pierde la capacidad de inhibir a volúmenes bajos

(200ml.), por lo que el ciclo de micción es corto con contracción vesical a 150-200ml. (normalmente se desencadenan estímulos desde los 200ml. Pero estos son normalmente inhibidos hasta un volumen de 400ml.).

- Clínica: Poliaquiuria, rara vez ITU, no presenta insuficiencia renal crónica.

EX: Cistometría: Contracción precoz en el tiempo con coordinación.

- Tratamiento: Anticolinérgicos

3.2.- V.N. hiperreflectica descoordinada o dissinergia véscico-esfintereana.-

Patologías Asociadas: sección medula espinal.

- Patogenia: El núcleo medular que coordina la contracción de la vejiga con la relajación vesical sin la relajación del esfínter con reflujo véscico-uretral, hidronefrosis e insuficiencia renal crónica.
- Clínica: Incontinencia, poliururia, choro interrumpido, reflujo véscico-uretral + ITU, sepsis e insuficiencia renal crónica.
- Exámenes complementarios:
 - Cistometría.- descoordinación de la contracción vesical en la relajación del esfínter.
 - Electromiografía: esfínter no abolido durante la micción (la fuerza de la contracción vesical supera la resistencia del esfínter cerrado).
 - BUN/Crea alternativos.

3.3.- V.N. secundaria a lesión de nervios periféricos.- Patología Asociadas: D M

- Patogenia: La vejiga se llena sin que exista estimulación del detrusor para contraerse ya que las vías sensitivas están alternadas, por lo que se llena hasta generar globo vesical con micción por rebalse con gran residuo post miccional.
- Clínica: Globo vesical y poliururia por rebalse. Pueden presentar insuficiencia renal crónica, aunque la mayoría de las veces es por otro mecanismo de la DM.
- Tratamiento: Cateterismo intermitente.

VIII. TRATAMIENTO.

1.- Medidas generales:

En la incontinencia urinaria, se deberá evitar la ingestión excesiva de líquidos, se dice que las sopas, guisos y alimentos hervidos aportan mas líquidos, que los asados y fritos. Líquidos que

favorecen la formación de orina: agua, leche, alcohol e infusiones.

Fortalecimiento de los músculos pubocoxigeos, ideados por el Doctor Kegel que consiste en contraer el esfínter del ano, como impedimento la defecación 30 veces durante varias veces al día.

Uso de pañales absorbentes.

2.- Tratamiento farmacológico:

Cuyo objetivo es obtener que la vejiga se distinga sin contraerse durante el llenado, a su vez que la uretra se mantenga cerrada. Se usa los anticolinérgicos que disminuyen la capacidad contráctil del detrusor (efectos secundarios: sequedad de la boca, taquicardia) no usar en pacientes arrítmicos o con glaucoma. Ej. Oxibutinina, Flevoxato, propantelina, matantelina.

Otros farmacaos por citar tenemos los estrógenos, agonista alfa-adrenergicos y antidepressivos.

3.- Tratamiento quirúrgico:

Citaremos el más frecuente que es la colpo-perirrafia. Además podemos citar en este acápite el auto cateterismo intermitente por introducción de catéter en vejiga, se usa en pacientes con daño cerebral. La estimulación eléctrica intravaginal, para corregir la contracción del suelo pélvico por estimulación del nervio pudendo. Y por ultimo podemos citar la inyección de células madres de los músculos de los brazos en la pared de la uretra y el esfínter, en el cual, se vio mejoría tras un año de tratamiento.

IX. CRITERIOS DE TRANFERENCIA O INTERNACION.

Todos aquellos pacientes que además de diagnosticarse incontinencia urinaria tengan alternaciones neurológicas como ser parkinson, esclerosis múltiple lesión modular deberán ser internados y aquellos que pertenezcan a la tercera edad.

Por otro lado los pacientes de insuficiencia urinaria de esfuerzo deberá ameritar tratamiento quirúrgico y todo paciente con incontinencia urinaria de rebosamiento deberá ser transferido al urólogo.

X. PREVENCION.

Se aconseja en pacientes con incontinencia urinaria:

- Dieta equilibrada en ingesta de líquidos, no superiores a los 2 litros por día.
- Ritmo miccional adecuado, orinar a intervalos no superiores a las 5 horas al día.
- No alcohol ni excitantes.
- Ejercicios físicos para fortalecer la musculatura abdominal y la musculatura pélvica 5 veces al día.
- Evitar la obesidad pues aumenta la presión sobre la vejiga.
- Evitar el estreñimiento.
- Evitar actividades violentas.
- Evitar la multiparidad.

NOTA: La incontinencia urinaria aumenta en pacientes que toman terapia hormonal post-menopausica.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Lawrence MT, Stephen JM, Maxime AP. Incontinencia Urinaria. Diagnostico Clínico y Tratamiento. México: Editorial Manual Moderno; 2005. p.909-910.
2. Zimmern PE, McConnell D. Incontinencia y Síntomas de las Vías Urinarias Bajas: En Braunwald E, Fauci Anthony S, Kasper Dennis L, Hauser Stephen L, Longo Dan L, Jameson J. Larry. Editores Harrison: Principios de Medicina Interna. 15 ed. Madrid (España): MC Graw-Hill Interamericana; 2002. p.319.
3. Romero LA. Incontinencia Urinaria Guía de Actuación en Atención Primaria Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona (España): Casanova; 2000. p.364-365.
4. Rozman C. Incontinencia Urinaria. Comprendido Medicina Interna. Madrid (España): S.A. Harcourt Brace; 1997. p.382.
5. Surós JB. Enuresis (incontinencia) diurna y nocturna. Sémiología Médica y Técnica Exploratoria 8.ed. Barcelona (España): Masson; 2001. p. 543.
6. <http://www.botanical-online.com>.
7. www.canalsalud.info/informacion.com.
8. www.cuasba.com
9. www.asanec.org/documentos/libro-incontinencia-pdf.pdf
10. www.abcmedicus.com