

Incontinencia Urinaria

Ginecología y Obstetricia

Débora Nieto Sanchez



Incontinencia Urinaria

- Salida involuntaria de orina.
- La frecuencia va de 10-70% de las mujeres que viven en un entorno comunitario a más del 50% que viven en residencias de reposo.
- La incontinencia en las mujeres suele estar relacionada con la disfunción de los músculos de la vejiga o del suelo pélvico, y dicha disfunción suele surgir durante el embarazo o el parto, o en el momento de la menopausia.



Factores de Riesgo

- Edad (15% para el grupo de 18-24 años, a un 46% para el grupo de 60-64 años).
- Raza (Mayor prevalencia en caucásicos e hispanos v/s afroamericanos y asiáticos).
- Estado hormonal (hipoestrogenismo).
- Obesidad (proporcional al IMC).
- Parto vía vaginal.
- Parto instrumentado.
- Parto de fetos macrosómico.
- Prolapso de órganos pélvicos.
- Cirugías de piso pélvico.
- Tabaquismo.
- Estreñimiento.
- Historia familiar.



CUADRO II. FÁRMACO QUE PUEDEN AFECTAR LA FUNCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS BAJAS

Fármacos	Efecto en las vías urinarias bajas
Diuréticos	Poliuria, frecuencia, urgencia
Cafeína	Frecuencia, urgencia
Alcohol	Sedación, diuresis, disminución de la motilidad
Analgésicos narcóticos	Retención urinaria, impactación fecal, sedación y delirium
Agentes anticolinérgicos	Retención urinaria, dificultad de vaciamiento
Antihistamínicos	Acción anticolinérgica, sedación
Agentes psicotrópicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos • Antipsicóticos • Sedantes e hipnóticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acción anticolinérgica, sedación • Acción anticolinérgica, sedación • Sedación, relajación muscular, confusión
Bloqueadores alfa adrenérgicos	IU por esfuerzo
Agonista alfa adrenérgicos	Retención urinaria, dificultad de vaciamiento
Bloqueadores de los canales del calcio	

Modificado por Parsons M, Cardozo L. Female urinary incontinence in practice London: The Royal Society of Medicine Press; 2004. P. 36. ACOG, 2005
<http://www.rsmppress.co.uk/bkparsons.htm>.

CUADRO III. CAUSAS COMUNES DE INCONTINENCIA URINARIA TRANSITORIA

Infección de vías urinarias o uretritis

Uretritis atrófica o vaginitis

Efecto adverso a fármacos

Embarazo

Incremento en la producción de orina

- Metabólicas (hiperglucemia, hipercalcemia)
- Exceso de ingesta de líquidos
- Hipervolemia

Delirium

Movilidad restringida

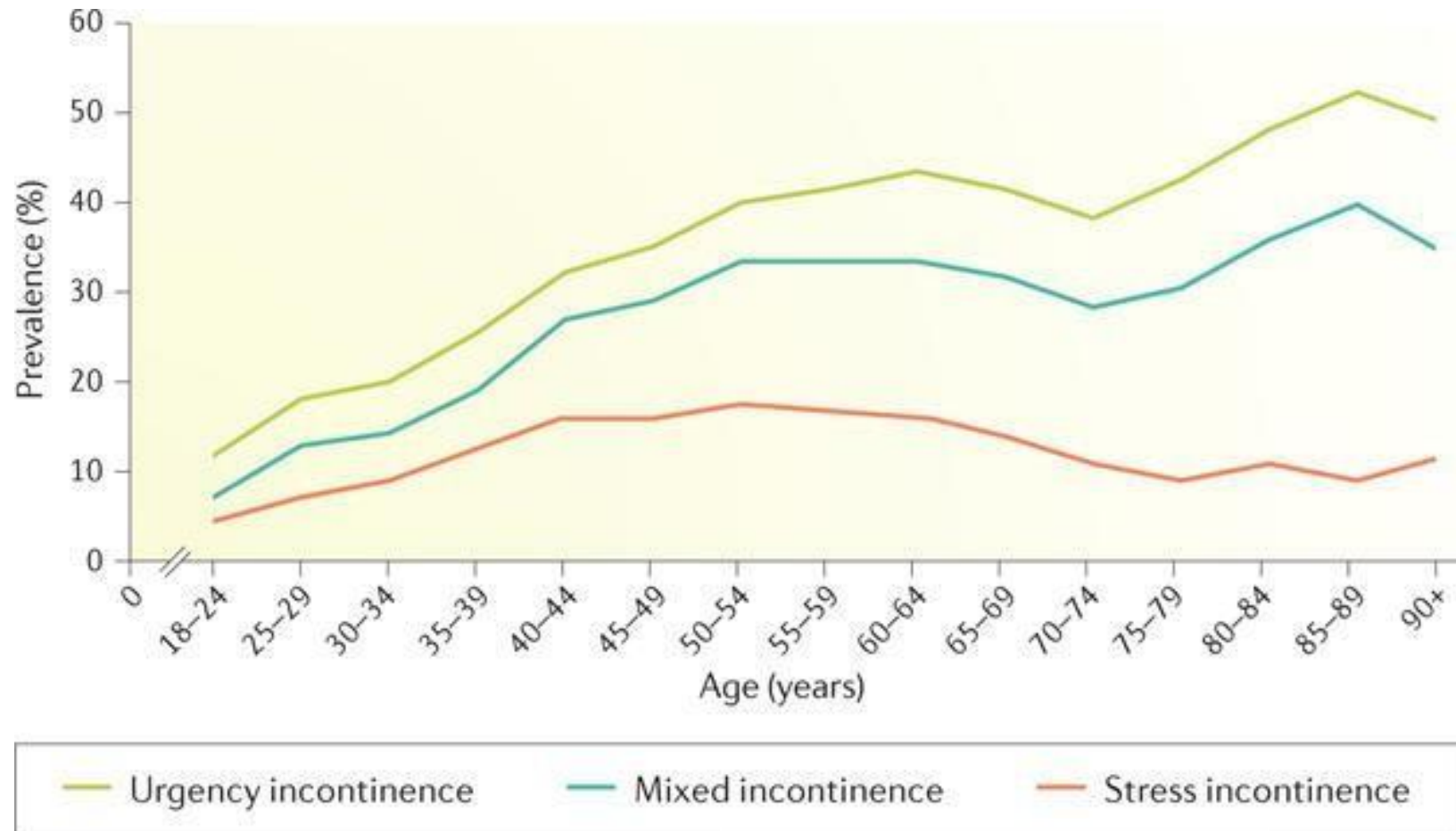
Impactación fecal

Sicopatología

Adapted with permission from Resnick NM, Yalla SV. Management of urinary incontinence in the elderly. N Engl J Med 1985;313:800-805. Copyright 1985 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

ACOG, 2005

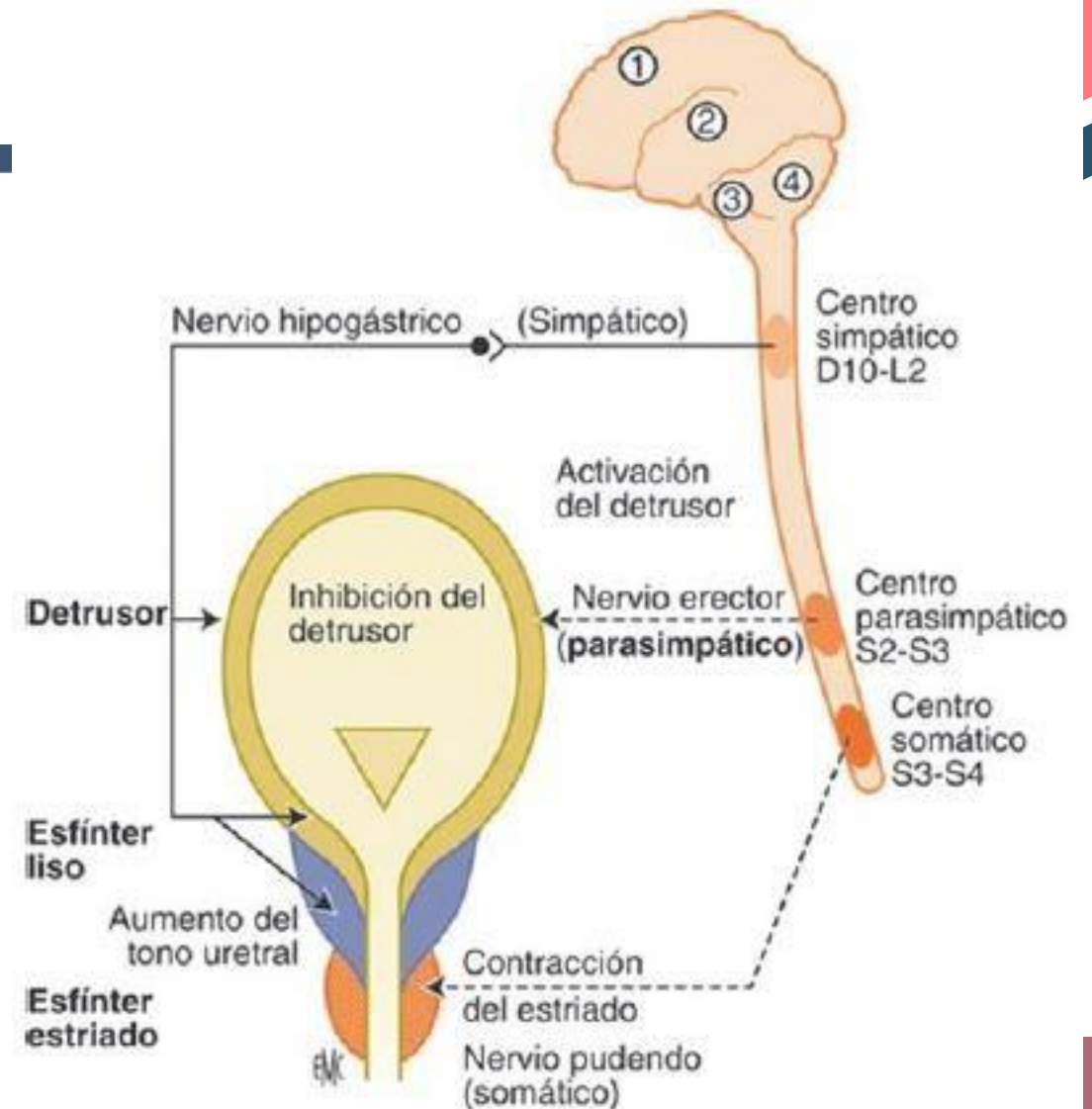
Prevalencia de incontinencia de esfuerzo, urgencia e incontinencia mixta estratificada por edad



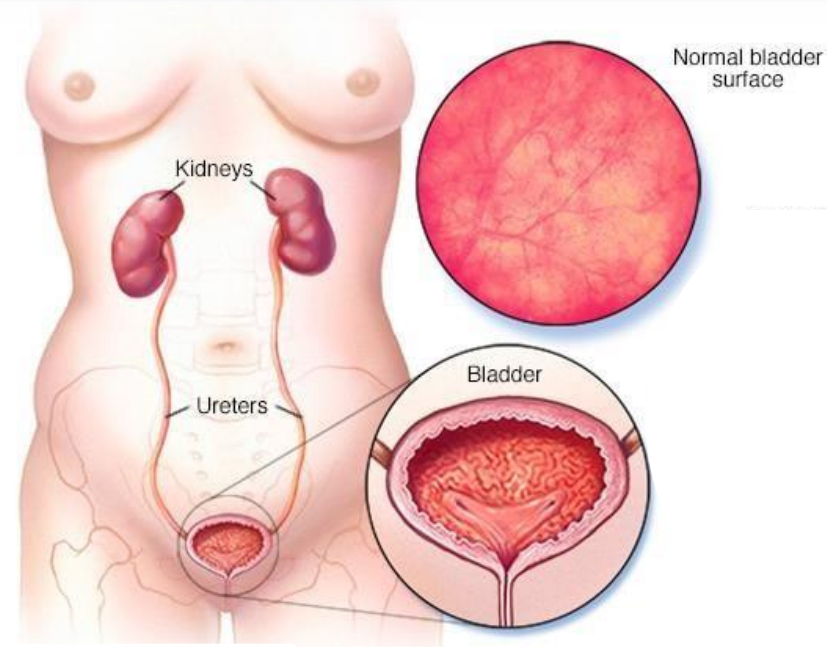
Patogenia

Dentro de los factores asociados con la continencia se encuentran:

- Presión abdominal
- Presión intraabdominal
- Presión uretral
- Transmisión de la presión intraabdominal.



- Orinar hasta 7 veces al día durante las horas de vigilia se considera normal, con un volumen de micción de 250 a 300 ml por micción (aunque el volumen suele ser mayor con la primera micción matutina).
- La vejiga de un adulto sano tiene un límite de tolerancia cómoda de aproximadamente 500 ml → Distensibilidad viscoelástica de la vejiga.



Manifestaciones Clínicas

Síntomas Obstructivas

- Dificultad en el inicio de la micción.
- Chorro débil.
- Micción interrumpida o en dos tiempos.
- Goteo postmiccional.
- Retención urinaria.



Síntomas Irritativos

- Polaquiuria.
- Disuria.
- Micción imperiosa.
- Tenesmo

Preguntas útiles al obtener los antecedentes de incontinencia

• ¿Se orina al toser, estornudar o reír?

• ¿En alguna ocasión ha sentido tal deseo intenso e incomodo de orinar que le indica que si no llega al baño se le saldrá la orina?

• ¿Cuántas veces durante el día tiene que orinar?

• ¿Cuántas veces se levanta para orinar durante la noche después de ir a dormir?

• ¿En alguna ocasión se ha orinado después de ir a dormir?

• ¿Tiene fugas de orina al tener relaciones sexuales?

• ¿Utiliza una “almohadilla” para proteger su ropa? ¿Tiene unas cuantas gotas, está húmeda o totalmente empapada?

• Después de orinar ¿tiene goteo o sigue sintiendo la presencia de orina en la vejiga?

• ¿Siente dolor al orinar?

Exploración Física



1. La exploración se lleva a cabo en posición ginecológica y debe iniciarse con una evaluación del área vulvar.
2. Pacientes postmenopausicas → Atrofia y cualquier cambio en la arquitectura de los labios puede deberse a la deficiencia de estrógenos.
3. Dermatitis vulvar junto a síntomas vulvares que se adjudican a la incontinencia. Inflamación o irritación por humedad crónica o uso de almohadillas.
4. Examinar la uretra palpando la pared vaginal masas, divertículos, etc.
5. Valorar la integridad de la pared vaginal.
6. Determinar la posición uterocervical.
7. Mujeres con incontinencia urinaria se observa movilidad al nivel del cuello de la vejiga.

Prueba Urinaria de Esfuerzo al Toser



Maniobra de Valsalva

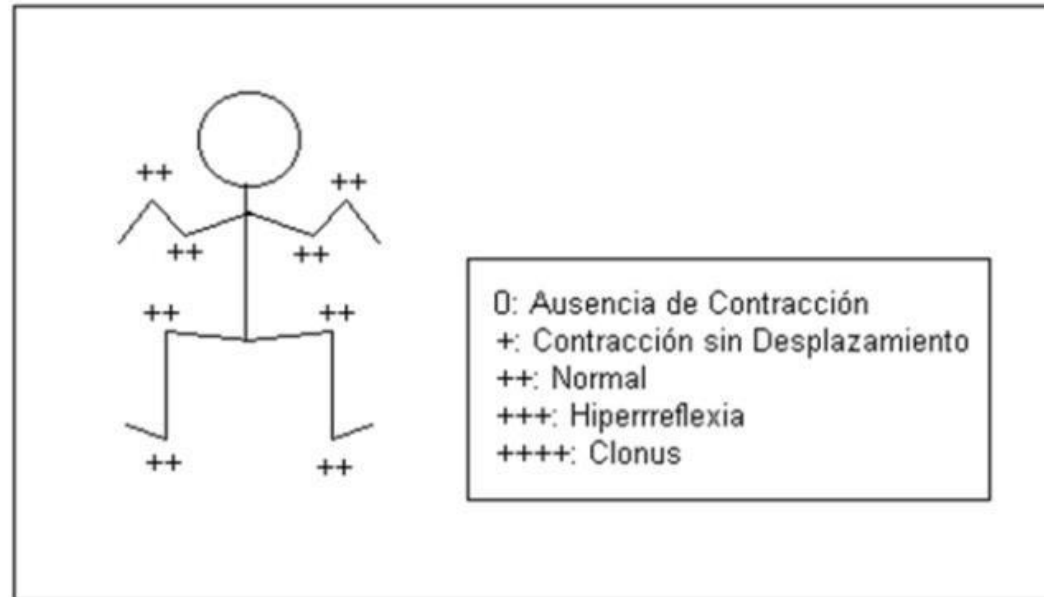
Toser varias veces



Evaluación Neurológica

Valorar:

- Estado mental.
- Reflejos osteotendinosos o profundos.
- Integridad de la médula espinal sacra.
- Orientación del paciente.
- Habilidades de habla y comprensión.
- Fortaleza motora.

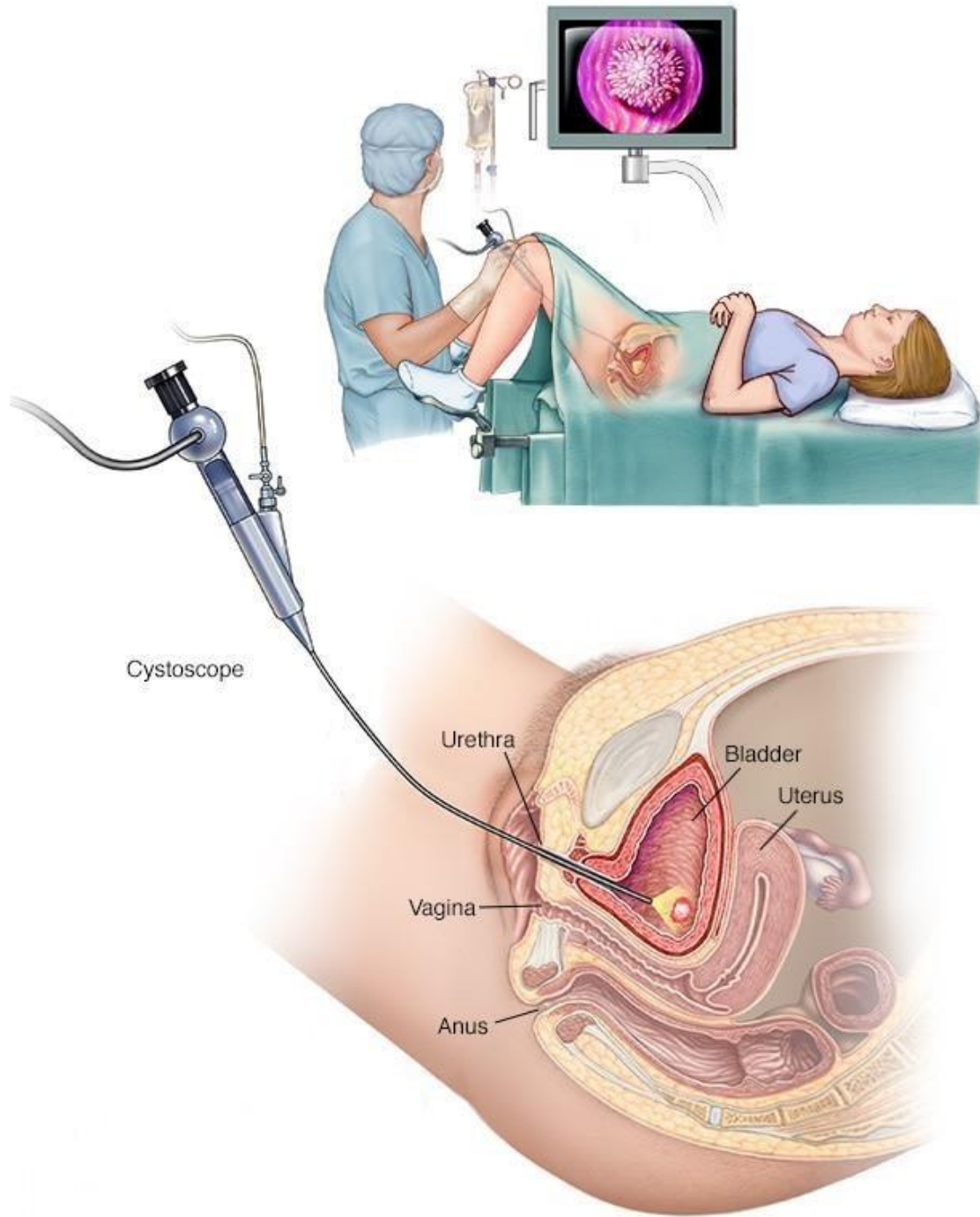


Cuadro 42-4. Métodos de prueba en urodinamia.

Prueba	Propósito	Indicaciones
Cistometría simple	Mide la presión y el volumen de la vejiga	Es útil en pacientes con síntomas obvios
Cistometría compleja	Múltiples parámetros: volumen vesical, tasa de llenado, presión vesical, presión abdominal y sustracción de la presión del músculo detrusor	Proporciona información más precisa sobre el funcionamiento de la vejiga; tipo más común de prueba urodinámica
Uroflujometría	Mide velocidad de flujo con flujómetros electrónicos especiales	Útil para obtener una impresión general de la función de evacuación
Presión-flujo	Combina la cistometría compleja con la uroflujometría; mide la presión vesical, la presión abdominal, sustracción de la presión del detrusor y flujo de orina	Proporciona un medio preciso para diferenciar la contracción del músculo detrusor, el esfuerzo y la relajación pélvica como mecanismos de la micción
Presión de fuga	Mediante las presiones abdominal y vesical, se mide la resistencia uretral al esfuerzo abdominal	Se utiliza para evaluar el funcionamiento del esfínter uretral
Perfilometría de presión uretral	Mediante un transductor dual, se pueden registrar de manera simultánea la presión vesical y uretral	Se emplea para evaluar el funcionamiento del esfínter uretral
Electromiografía	Se utilizan electrodos superficiales o con aguja para determinar la actividad de los músculos estriados del piso pélvico o los esfínteres anal o uretral	Útil en pacientes con patrones anormales de evacuación

Cistouretroscopia

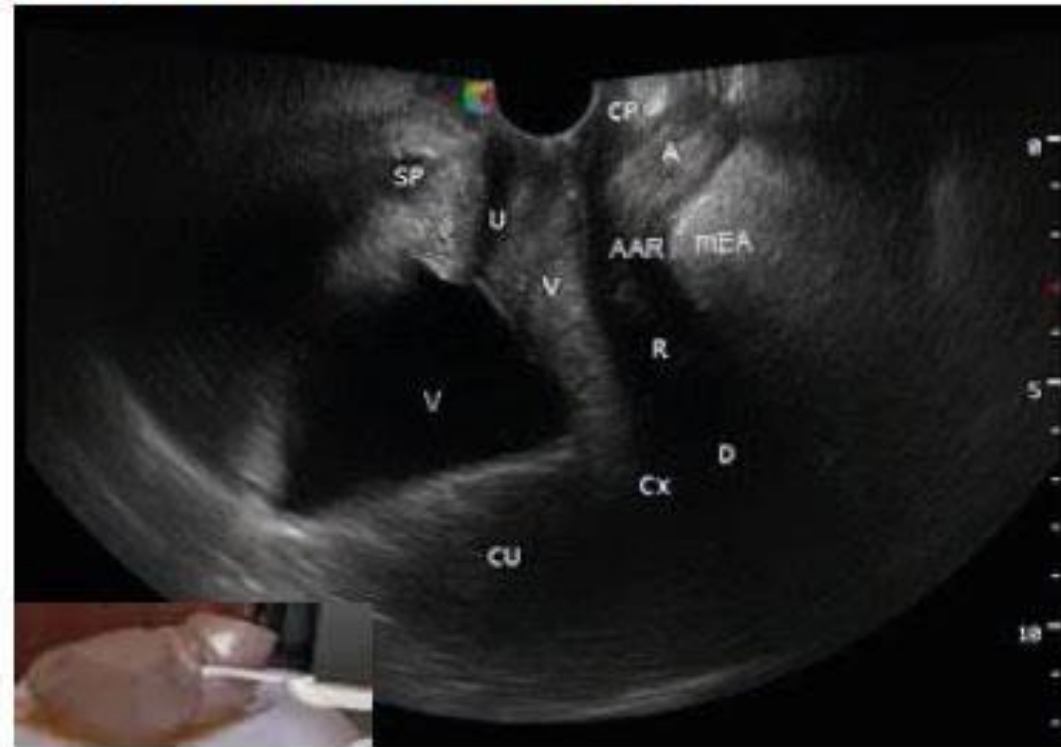
Indicada en hematuria y síntomas de irritación durante la evacuación, cuando existe cirugía previa para continencia, obstrucción de la micción, sospecha de divertículos o fístula o incontinencia persistente.



Imagenología

- Estudios radiológicos para la disfunción y las anomalías de las vías urinarias bajas.
- Ecografía → Trastornos del piso pélvico.
- Resonancia magnética → Prolapso.

FIGURA 7. VISTA DE LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS IDENTIFICABLES EN UN CORTE SAGITAL MEDIO. URETRA (U), VEJIGA (V), SÍNFISIS DEL PUBIS (SP), CUERPO UTERINO (CU), CÉRVIX (Cx), VAGINA (V), FONDO DE SACO DE DOUGLAS (D), RECTO (R), ANO (A), ÁNGULO ANO-RECTAL (AAR) Y MÚSCULO ELEVADOR DEL ANO (MEA)



Clasificación

Clasificación					
Evolución en el tiempo		Mecanismo Etiopatogénico			
Aguda o transitoria	Crónica o establecida	Urgencia	Rebosamiento	Esfuerzo	Funcional
Casos de incontinencia de corta evolución que se resuelven en menos de 4 semanas.	Incontinencia > 4 semanas.	“Inestabilidad del detrusor” + frecuente. Urgencia súbita de orinar y un residuo postmiccional < 50 ml.	Etapa final de la obstrucción del tracto inferior y se caracteriza por un residuo postmiccional >100 ml. + hombres.	Pequeñas pérdidas de orina después de la tos o de un acceso de la risa. + mujeres.	La función del tracto inferior se encuentra conservada pero existen situaciones que precipitan la incontinencia.

Incontinencia de Esfuerzo



Incontinencia de Esfuerzo

- Síntoma de salida involuntaria de orina cuando se realiza un esfuerzo físico al toser o estornudar.
- Por lo común, la presión intrauterina es mayor que la presión intravesical. La diferencia de presión entre la vejiga y la uretra se conoce como presión de cierre uretral. Si aumenta la presión intraabdominal, como al hacer un esfuerzo, y si esta presión no se transmite por igual a la uretra, no se mantiene la continencia y sale la orina.



Tratamiento

Medidas no quirúrgicas

Haz los ejercicios de Kegel



Cuadro 42-6. Tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria.

Tratamiento conductual

Control de líquidos

Entrenamiento de la vejiga

Fortalecimiento del músculo del piso pélvico

- Biorretroalimentación
- Conos vaginales

Estimulación eléctrica funcional

Pesario antiincontinencia

Farmacoterapia

Neuromodulación sacra

Tratamiento quirúrgico

Cuadro 42-7. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria por esfuerzo.

Uretropexia retropúbica
Burch (abierta o laparoscópica)
Marshall-Marchetti-Krantz

Cabestrillo suburetral

Cabestrillo mesouretral
Retropúbico
Transobturador
De incisión única

Sustancias aumentadoras de volumen

Inyección periuretral y transuretral

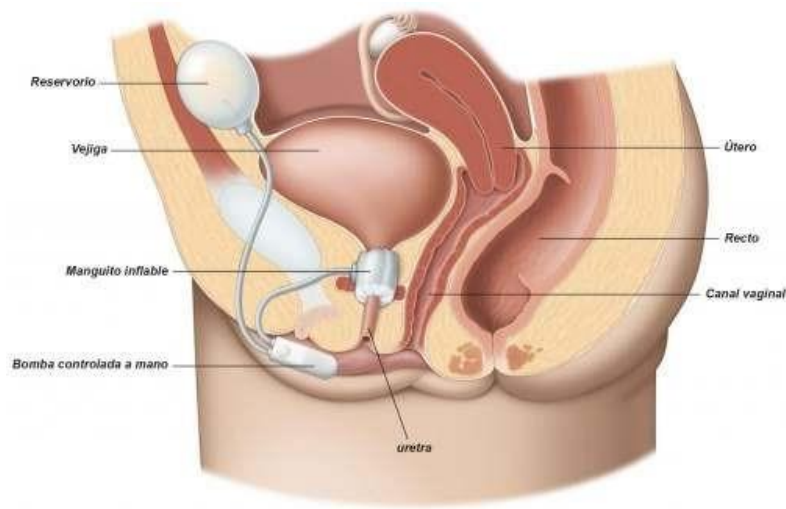
Se reserva para la SUI genuina provocada por deficiencia intrínseca del esfínter.



FIGURA 6B. Inserción de agujas en mucosa uretral.

Esfínteres artificiales

Pacientes que no son susceptibles al tratamiento quirúrgico estándar debido a cicatrización o atonía uretral. Es mejor emplear el esfínter urinario artificial en pacientes con incontinencia debida a funcionamiento deficiente del esfínter uretral.



© 2017 Corbetta Lippincott. ALL RIGHTS RESERVED

Incontinencia de Urgencia



Manifestaciones Clínicas



- Urgencia imperiosa o con una sensación de salida inminente de la orina.
- Es frecuente la incontinencia antes de llegar al baño.
- Los estímulos físicos o ambientales, como el agua que corre, el clima frío o lavarse las manos, pueden inducir la urgencia.
- “La llave en la puerta” → Se caracteriza de manera típica por una necesidad incontrolable de orinar cuando se abre la puerta después de llegar a casa.

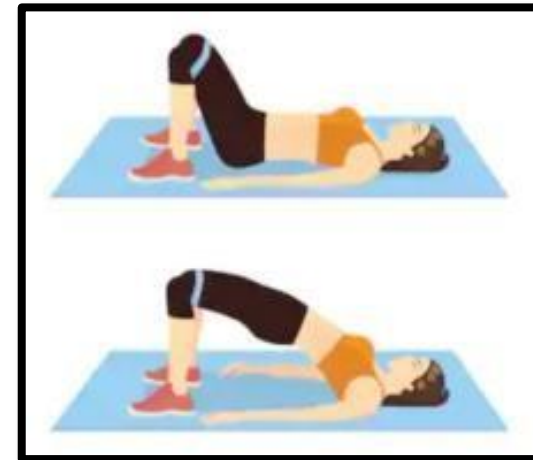
Tratamiento

Terapia conductual

Entrenamiento vesical

Micción programada

Ejercicios de piso pélvico



Tratamiento Farmacológico

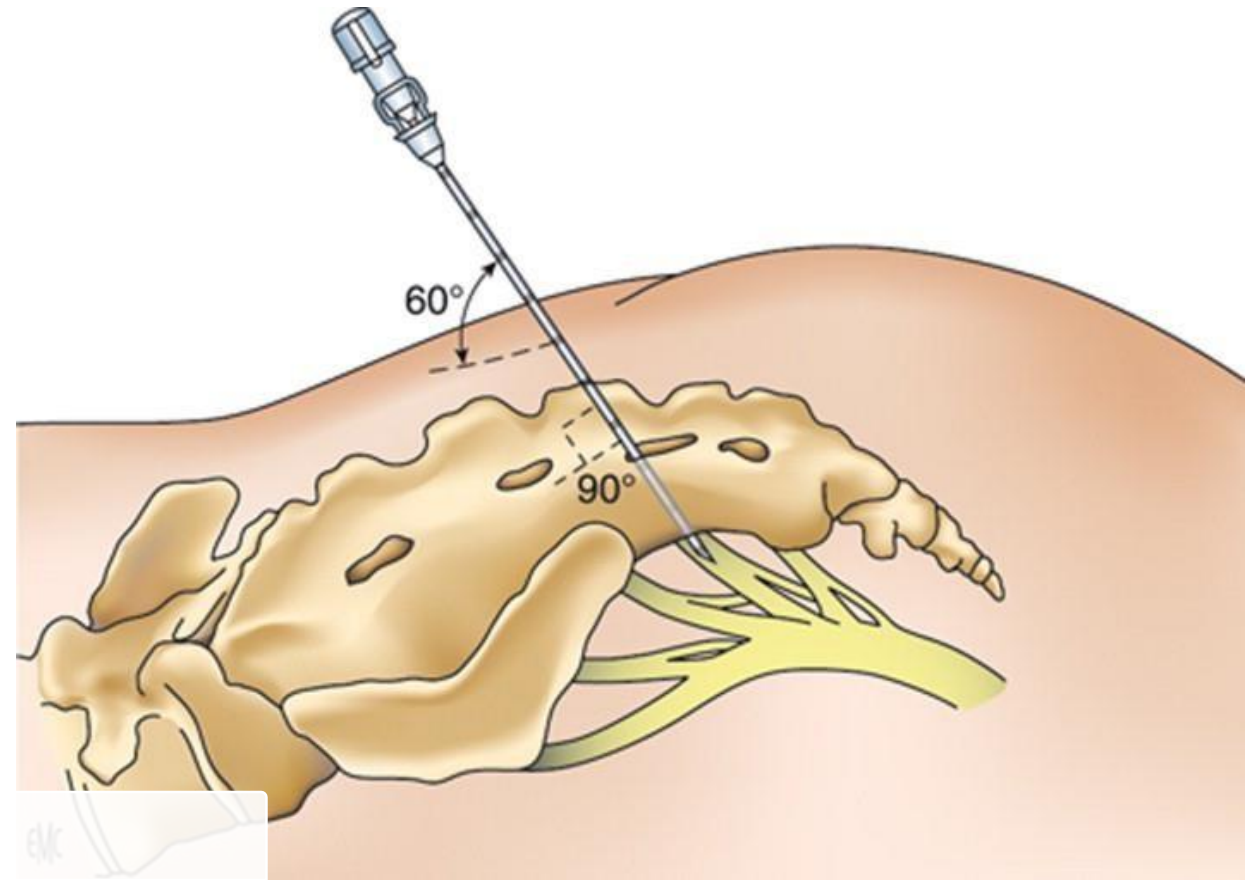
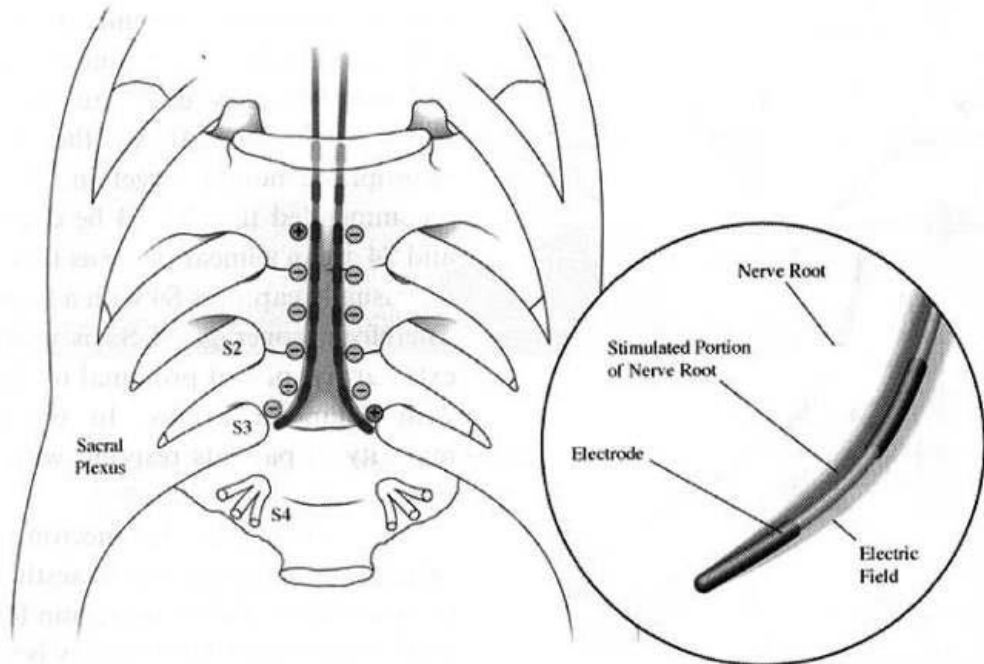
Cuadro 42-8. Tratamiento farmacológico de la incontinencia de urgencia.

Nombre del fármaco	Nombre comercial	Tipo de fármaco	Dosis	Efectos secundarios potenciales
Cloruro de oxibutinina	Ditropan	Anticolinérgico (antimuscarínico)/relajante de la musculatura lisa; amina terciaria	15-30 mg diarios	Boca seca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia, sopor, mareo
Cloruro de oxibutinina (OROS)	Ditropan XL	Véase antes	5-30 mg diarios	Véase antes, menos efectos secundarios del CNS
Oxibutinina transdérmica	Oxytrol	Véase antes	3.9 mg/parche diario	Véase antes
Tolterodina	Detrol	Antimuscarínico/relajante de la musculatura lisa	1-2 mg BID	Véase antes
Tolterodina (acción prolongada)	Detrol LA	Consulte arriba	2-4 mg QD	Véase antes
Cloruro de trospio	Sanctura	Antimuscarínico; amina cuaternaria	20 mg BID	Boca seca, estreñimiento, cefalea
Darifenacino	Enablex	Antimuscarínico selectivo; amina terciaria	7.5 mg QD	Boca seca, estreñimiento, visión borrosa, menos efectos del CNS
Solifenacino	Vesicare	Antimuscarínico selectivo	5-10 mg diarios	Boca seca, estreñimiento, visión borrosa
Fesoterodina	Toviaz	Antimuscarínico	4-8 mg diarios	Boca seca, estreñimiento, visión borrosa

BID, dos veces por día; CNS, sistema nervioso central; QD, una vez al día.

Neuromodulación Sacra

- Parece actuar principalmente mediante activación de las fibras aferentes no musculares del nervio sacro que inhiben a las neuronas motoras parasimpáticas en la medula a través de interneuronas.



Incontinencia Mixta



Incontinencia Mixta

- Presentación simultánea de incontinencia de esfuerzo y de urgencia.
- Se revelará síntomas de salida de orina asociada con tos, estornudos u otros aumentos relacionados con la maniobra de Valsalva, al igual que urgencia y frecuencia urinaria, junto con incontinencia concomitante.
- Es frecuente que orinen de manera preventiva, para evitar tener la vejiga llena y la pérdida posterior de orina por lo que hay una baja capacidad funcional.

Tratamiento

- Atender los peores síntomas de la paciente.
- Primero intentar las medidas conservadoras y si los síntomas no mejoran, considerar las medidas quirúrgicas para un alivio dirigido al componente de esfuerzo.



Incontinencia por Rebosamiento



Incontinencia por Rebosamiento

- Salida involuntaria de orina que se asocia con distensión excesiva de la vejiga en ausencia de contracción del músculo detrusor.
- Prolapso vaginal avanzado o pro cirugía de incontinencia.

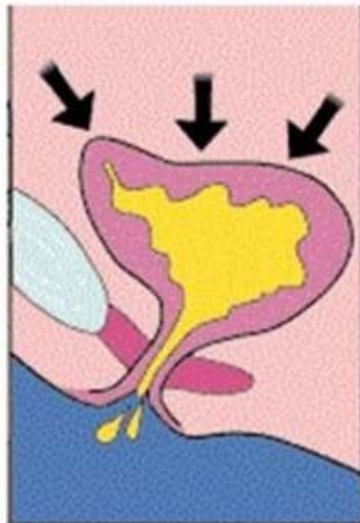
Cuadro 42-9. Causas de incontinencia por rebosamiento.

Neurológicas	Anatómicas	Iatrogénicas
Traumatismo de la médula espinal	Compresión extrínseca (prolapso en las mujeres)	Quirúrgicas
Lesiones corticales cerebrales	Masa en la uretra	Obstétricas
Diabetes mellitus		Anestésicas
Esclerosis múltiple		
Infeciosas	Farmacológicas	
Cistitis	Anticolinérgicos	
Uretritis	α -adrenérgicos	

Manifestaciones Clínicas

- Salida de orina sin conciencia de la persona o goteo intermitente y humedad constante. Es posible que se asocien con presión o dolor en el área suprapúbica.
- Riesgo de sufrir IVU.
- Chorro limitado de orina y la sensación de vaciamiento incompleto, en combinación con la necesidad de hacer un esfuerzo o aplicar presión con la mano para poder orinar.

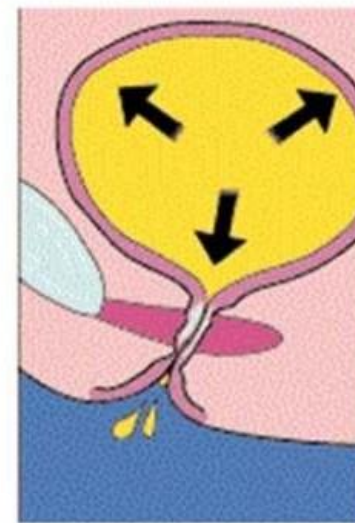
ESFUERZO



URGENCIA



REBOSAMIENTO



Tratamiento

1. Drenar la vejiga para aliviar la retención. Se requiere sondeo intermitente o prolongado que depende de la resolución de la causa.
2. Cuando ocurre retención urinaria en casos de enfermedad neurológica, la meta es prevenir la lesión o daño de las vías urinarias altas.
3. Tratamiento farmacológico: Agonistas de acetilcolina → Estimulan las contracciones del músculo detrusor en pacientes que tienen arreflexia vesical. Bloqueadores α -adrenérgicos → Pueden facilitar la micción al relajar el tono del cuello de la vejiga.
4. Arreflexia vesical → Presión con la mano o la contracción de los músculos del abdomen pueden facilitar el vaciamiento.

