

ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

INCONTINENCIA URINARIA

(Última revisión: 02/03/2016)



Incontinencia: es la pérdida involuntaria de orina.

Tipos más frecuentes:

1. **Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE):** pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física.
2. **Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):** pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna (Nicturia/Nocturia).
3. **Incontinencia urinaria Mixta (IUM):** es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de vejiga hiperactiva.

Vejiga hiperactiva: Síndrome que engloba a pacientes con síntomas de aumento de la frecuencia miccional y urgencia, con o sin incontinencia.

MANEJO INICIAL

1. Anamnesis.

1. **Identificar factores de riesgo de Incontinencia Urinaria (IU):** IMC (Índice de Masa Corporal - obesidad), embarazo y parto, factores ocupacionales (trabajos con esfuerzo físico imp, prolapso, histerectomía, cardiopatía en tratamiento con diuréticos, E. sist nervioso central, E. musculoesqueléticas que disminuyan la movilidad, demencia, DM).
2. Tto farmacológicos: antidepresivos (retención), diuréticos(IUU), sedantes e hipnóticos(IUU), antipsicóticos (retención), alcohol y cafeína (IUU).
3. Valorar los síntomas indicativos de cada tipo de incontinencia.
4. Etiquetar la gravedad de la incontinencia: Test de Sandvick.
5. Valorar repercusión sobre la Calidad de vida (ICIQ-IU-SF).

ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

6. Identificar los síntomas asociados al resto de las disfunciones de suelo pélvico: prolapso, incontinencia fecal, dolor pélvico y disfunción sexual.
1. Exploración física
 1. General: P (Peso), T (Talla), TA (Tensión Arterial).
 2. Ginecológica.
 3. Dirigida a IU: evidenciar la IUE y la movilidad de la uretra.
 1. Prueba de esfuerzo.
 2. Movilidad de la uretra: prueba del hisopo (Q tip test).
 4. Capacidad contráctil de la musculatura del suelo pélvico (escala Oxford).
1. Cuestionarios . (Sandvick, King's Health Questionnaire, ICIQ-IU-SF).
2. Diario miccional: Útil para el diagnóstico y seguimiento.
3. Estudios básicos: analítica, sistemático de orina y cultivo, valoración del residuo postmiccional (>100 ml).
4. Estudios especializados: estudio urodinámico, uretrocistoscopia, ecografía de suelo pélvico, RM suelo pélvico.

TRATAMIENTO INICIAL.

Aplicación entre 6 y 12 semanas.

1. Modificar factores contribuyentes (condiciones médicas), como diabetes, HTA..
 2. Modificar estilos de vida: pérdida de peso, disminuir cafeína, evitar bebidas alcohólicas y carbonatadas, disminuir ingesta de líquidos. Evitar estreñimiento. Dejar de fumar.
- Ejercicios de suelo pélvico (EMSP). **Evidencia 2A**
 1. Instrucciones iniciales: series de 8 a 12 contracciones de 8-10 segundos de duración, 3 veces al día. Todos los días.
 2. En pacientes con dificultad para el control de la musculatura:
 1. Terapia de suelo pélvico supervisada
 2. Conos vaginales
 3. Biofeedback.
 3. Entrenamiento vesical (urgencia miccional).
 1. Diario miccional: identificar el intervalo entre micciones más corto. 2-3 días micciones en ese intervalo y evitar micción antes. Ir aumentando los intervalos hasta lograr 3-4 h entre micciones.
 4. Estrógenos tópicos en peri-postmenopáusicas con atrofia vaginal. Grado 2C.

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE). (Si tratamiento inicial insuficiente).

- Pesarios. Éxito del 50%. Especialmente si IU asociada a actividades específicas.
- Tratamiento farmacológico: Duloxetina valorable en pacientes con depresión (cymbalta o xeristar). Por su efecto analgésico y relajante del m.detrusor.
- Cirugía: Láser / TOT (TransObturador Vaginal Tape).

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)/vejiga hiperactiva.

- Tratamiento farmacológico. Inicio de la eficacia al mes. Eficacia completa 3 meses. Grado de recomendación 2B.
 - Antimuscarínicos: Aumentan la capacidad vesical y disminuyen la urgencia. Bloquean la liberación de acetilcolina durante la fase de llenado vesical. Efectos secundarios anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento...)
 - Fesoterodina (toviaz 4 y 8 mg),

ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

- Solifenacina (vesicare 5 y 10 mg) antagonista competitivo específico de los receptores colinérgicos M3. Actúa en la fase de llenado de la vejiga. Relajación del detrusor y aumenta el tono del esfínter uretra.
- Tolterodina (detrusitol o urotrol 2 y 4 mg)
- Mirabegron (Betmiga 50 mg). Agonista de los receptores adrenérgicos B3. Actúa en la fase de vaciado. Efectos secundarios: taquicardia. Infección urinaria.
- Tercera línea de tratamiento para la IUU(VHA – Vejiga Hiperactiva).
 - Toxina botulínica.
 - Acupuntura.
 - Estimulación percutánea del n.tibial posterior (PTNS). 71% mejoría.
 - Neuromodulación sacra (S3). 2 fases: ensayo y definitivo). Mejoría en el 86%.
 - Cirugía: cistoplastia de aumento, catéter suprapúbico o derivación urinaria.

Incontinencia urinaria Mixta (IUM)

- Primer paso: modificar estilo de vida, EMSP y entrenamiento vesical.
- Si no mejoría: tto en función de la sintomatología predominante.

Incontinencia por Rebosamiento.

- Por obstrucción vesical externa: por cirugía uretral o vesical previa, o por un gran cistocele o prolapso uterino.
- Detrusor hipoactivo: Si es por alguna medicación que aumenta la retención urinaria o aumenta el tono uretral, retirar la medicación.

En pacientes con hipoactividad nerógena o idiopática, la neuroestimulación sacra puede ser beneficiosa.

Sondaje vesical intermitente.

- En la retención urinaria crónica, por daño neurológico, sondaje vesical intermitente.

*Artículo escrito por la Dra. Alicia Guntiñas Castillo
Coordinadora de la Unidad de Suelo Pélvico de Namunvida*