INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER

Dra. Alicia Martín Martínez
Jefa de Ginecología y Obstetricia.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).
Las Palmas de Gran Canaria.

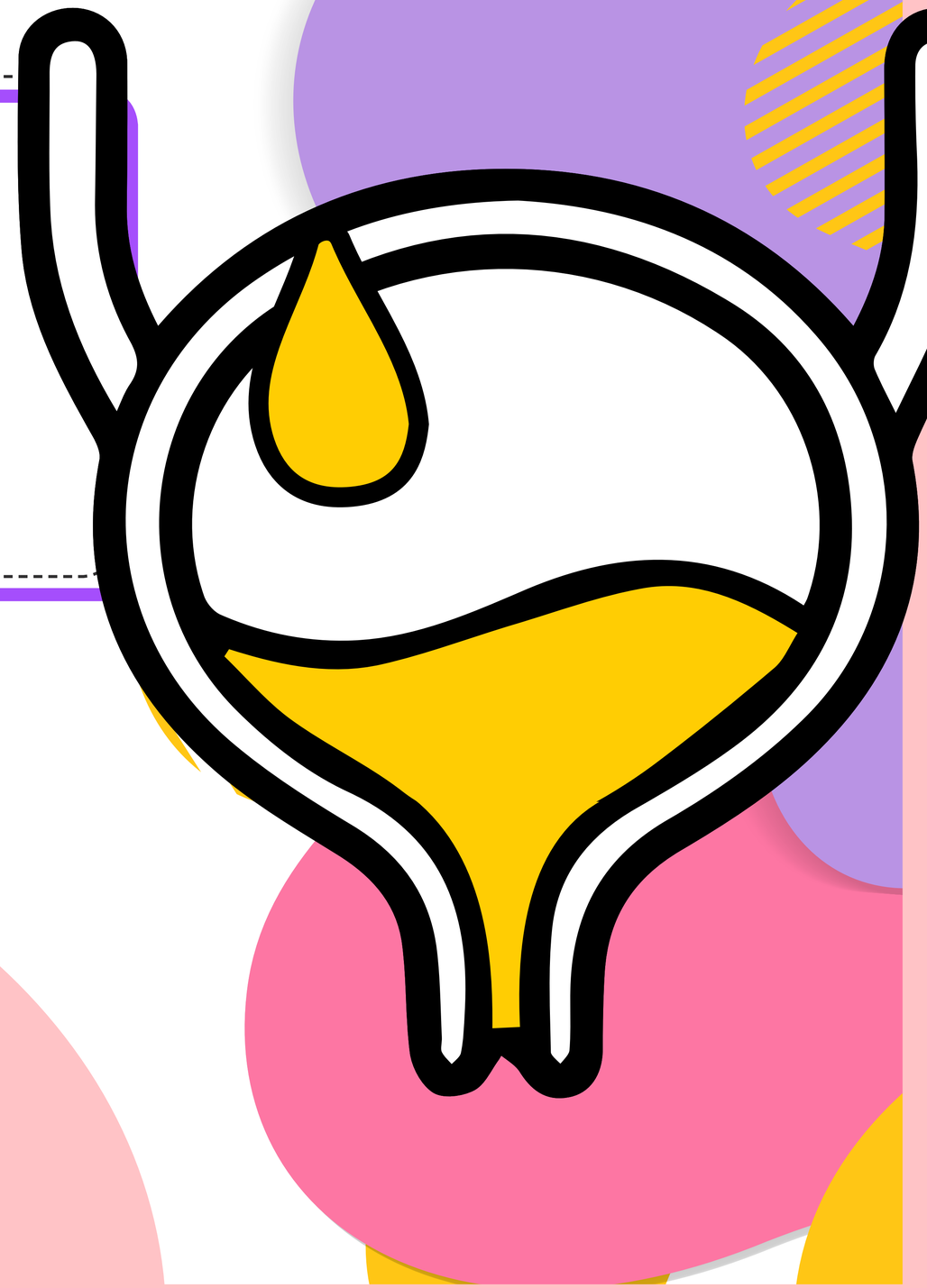
SINUG Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uro Ginecología

Sociedad afiliada ICS

Lacer

DEFINICIÓN

La **incontinencia urinaria de esfuerzo** (**IUE**) es la pérdida involuntaria de orina **asociada a un esfuerzo físico** (toser, reír, correr e incluso andar) que provoca un aumento de la presión intraabdominal.



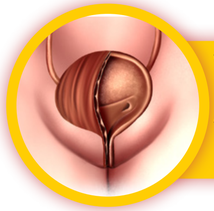
Es el tipo de **incontinencia urinaria** más frecuente, pues aparece en el

40-50 %

de las mujeres.

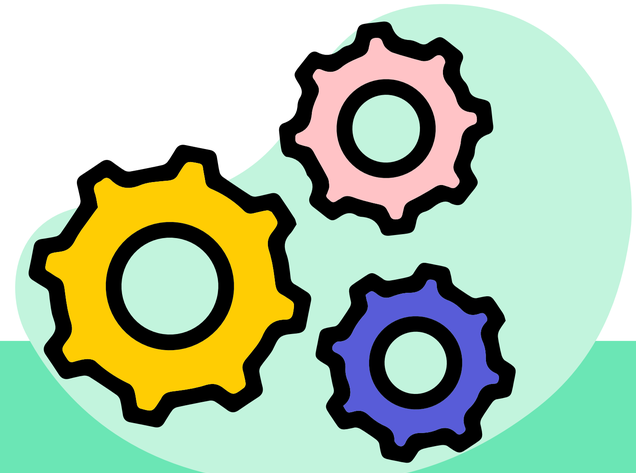
TIPOS

La **IUE** puede deberse a uno de los siguientes mecanismos o a una combinación de ambos:



VER IMAGEN
ANATÓMICA
MUJER

Debilidad de las estructuras que forman el suelo de la pelvis y que sostienen la uretra. En este caso, el funcionamiento de la uretra es normal, pero la musculatura que la sostiene es débil y la uretra se mueve demasiado cuando se hace un esfuerzo. Es habitual que se pierda orina tan solo con los golpes de tos o haciendo un esfuerzo físico.



Fallo del esfínter uretral El mecanismo de cierre de la uretra falla y esta permanece todo el tiempo abierta. En estos casos, es típico que la paciente esté continuamente goteando. Es una forma de IUE grave.

ORIGEN

La **IUE** tiene como **factores de riesgo** las siguientes situaciones:

Embarazo y parto

Son el origen más frecuente de este tipo de incontinencia.

Obesidad

El exceso de peso sobrecarga la masa muscular del suelo pélvico.

Procesos respiratorios crónicos

Como la tos crónica o la rinitis alérgica (provoca estornudos, habitualmente más frecuentes y potentes). Ambas patologías pueden agravar la incontinencia.

Estreñimiento

Produce sobrecarga del suelo pélvico.

Cirugía previa sobre el suelo pélvico

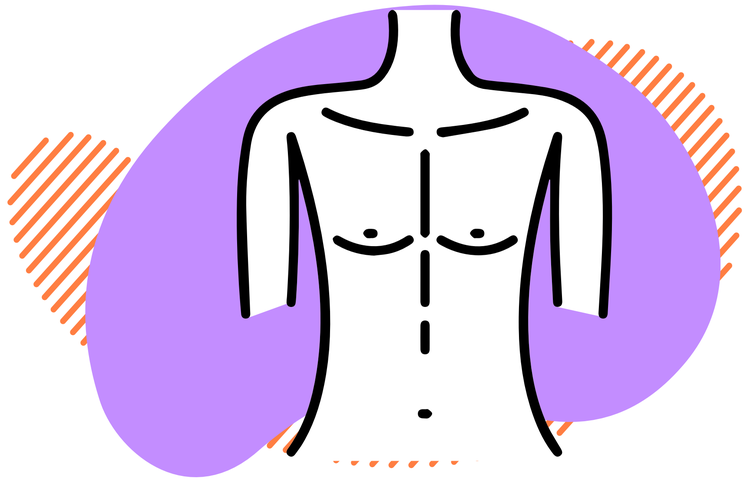
Puede alterar la elasticidad de la uretra o provocar la aparición de cicatrices que aumenten la posibilidad de padecer incontinencia. Un ejemplo son las operaciones en el útero, ya que su extirpación favorece la presencia de la incontinencia.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en **dos puntos claves**:

La historia clínica

Es un documento donde se recoge toda la información que procede de la práctica clínica y de los procesos a los que ha sido sometido un paciente.



La exploración física

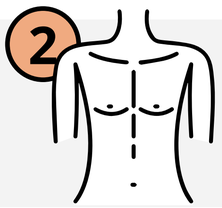
Es el conjunto de maniobras que realiza un facultativo para obtener información sobre el estado de salud de una persona.

En ocasiones es necesario profundizar en el examen del paciente, realizando estudios urodinámicos o ecografía de suelo pélvico.

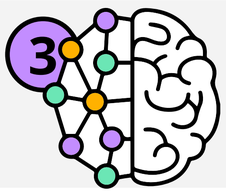
VER INFOGRAFÍA 6

EVALUACIÓN BÁSICA

Historia clínica: saber desde cuándo y cómo se le escapa la orina, la historia previa de embarazos o cirugías, la afectación que le provoca, etc.



Exploración general: valorar el estado de salud de la mujer (peso, talla, índice de masa corporal).

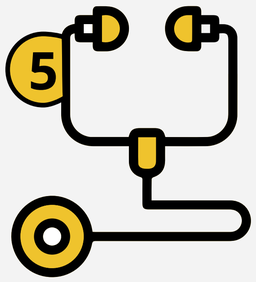


Exploración neurológica: explorar el reflejo anal y bulbocavernoso, así como la sensibilidad perineal.

Evaluar la **capacidad contráctil** de la musculatura del suelo pélvico y la calidad de los tejidos. Se deben descartar cicatrices, malformaciones y la presencia de masas (bultos) en la pelvis.

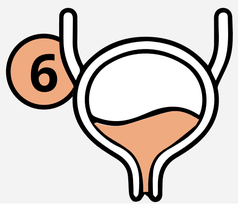
MÁS

EVALUACIÓN BÁSICA



En la IUE se persiguen dos objetivos: demostrar la aparición de incontinencia con el esfuerzo y la movilidad de la uretra.

- **<u>Prueba de esfuerzo</u>: se realiza cuando la paciente tiene la vejiga llena. Se solicita a la mujer que tosa en decúbito y de pie. Si evidenciamos la pérdida de orina por la uretra, nos orienta hacia una IUE.**
- **<u>Movilidad de la uretra</u>: se realiza mediante inspección o con ecografía.**



Orina residual: una vez diagnosticada la incontinencia, es importante saber si la vejiga se vacía de forma adecuada.

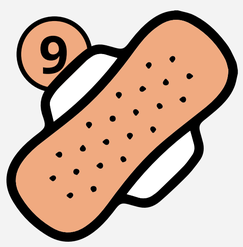
Análisis de orina: sirve para descartar la infección de orina y la hematuria, en cuyo caso debemos realizar un estudio más profundo.

MÁS

EVALUACIÓN BÁSICA

Diario miccional: durante tres días, la paciente completa un diario en el que recoge la cantidad de líquido que bebe y cuándo lo hace, las veces que va al baño a orinar de día y de noche, cuánto orina cada vez que va y a lo largo de todo el día, los episodios de urgencia miccional, etc. Aporta muchos datos para conocer el tipo de incontinencia de la paciente cuando las cosas no están claras.

DESCARGAR DIARIO MICCIONAL



Test de la compresa (opcional): este tipo de test mide el peso de las compresas empapadas de orina a lo largo de un tiempo determinado, habitualmente 24 horas. Nos da una idea de la gravedad de la incontinencia.

El uso de cuestionarios nos permitirá conocer el impacto que la incontinencia tiene en la calidad de vida de la paciente.

MÁS

EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA

En determinados casos será necesario hacer un **examen más profundo** del tipo de incontinencia que padece la paciente. Para eso disponemos de **dos tipos de pruebas**:

Estudio urodinámico: nos permite evaluar la función de la uretra y la vejiga.

VER INFOGRAFÍA 6

Ecografía de suelo pélvico: permite valorar la movilidad de la uretra y es especialmente útil en pacientes en las que la incontinencia ha vuelto a aparecer después de ser intervenidas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDADES ESPECIALIZADAS

En determinadas ocasiones es necesario que la paciente sea atendida por una **unidad especializada** en uroginecología funcional.
Debe hacerse en caso de:

Diagnóstico poco claro.

Historia previa de cirugía de la incontinencia o de cirugía pélvica radical.

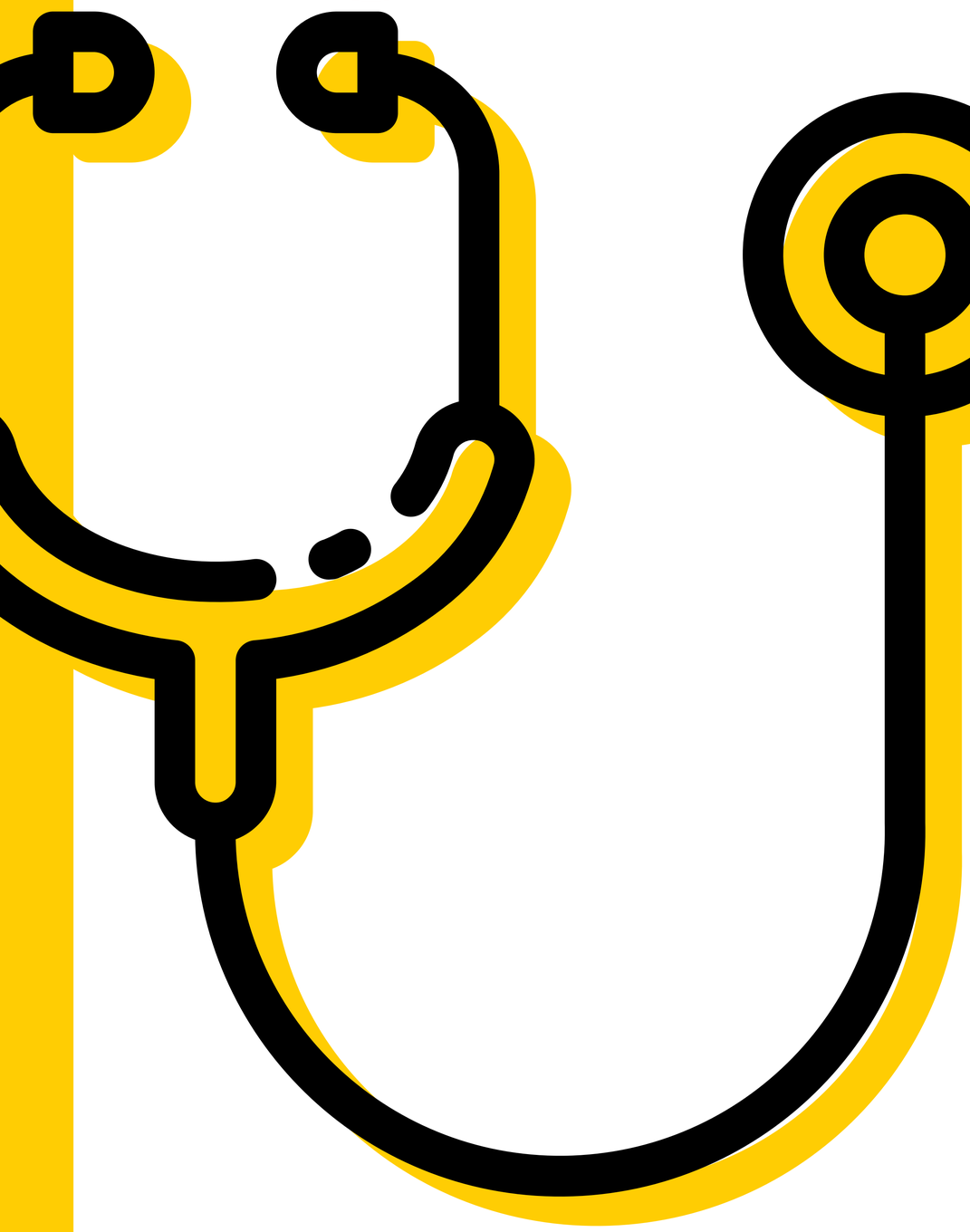
Presencia de problemas neurológicos (esclerosis múltiple, lesiones medulares, etc.).

Incontinencia asociada a hematuria sin infección.

Persistencia de los síntomas, dificultad para vaciar la vejiga o volumen posmiccional residual anormal (superior a 200 ml).

Prolapso del órgano pélvico.

TRATAMIENTO



El **objetivo fundamental** del tratamiento siempre debe ser **mejorar la calidad de vida de las pacientes**, por lo que es prioritario conocer sus preferencias, el tipo de vida que llevan y sus circunstancias personales. En todos los casos se debe analizar con las pacientes las ventajas y los inconvenientes que conlleva cada una de las opciones de tratamiento.

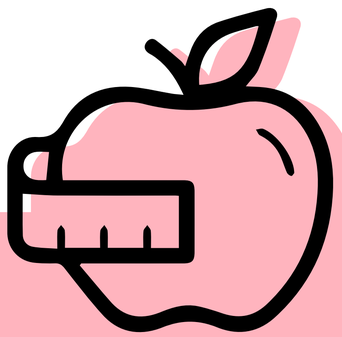
TRATAMIENTO

TRATAMIENTO CONSERVADOR

El tratamiento conservador siempre debe ser el primero en realizarse.

Se basa en tres puntos fundamentales :

1

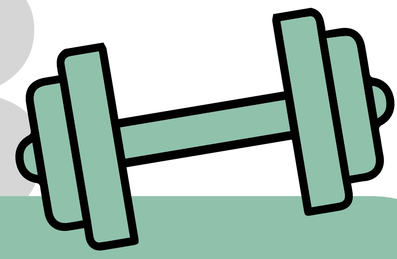


Cambios de estilo de vida de la paciente.

2

Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico.

3



Utilización de dispositivos intravaginales (bolas chinas/conos).

MÁS

TRATAMIENTO

1 CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Reducir del peso: la pérdida de peso disminuye la IUE en pacientes con obesidad y puede llegar a curarla en algunos casos. Además, ayudará a que, si se tiene que operar, los resultados de la cirugía mejoren.

Realizar ejercicio físico.

Reducir un 25 % el **volumen del líquido** que la paciente bebe en 24 horas, mejora la continencia.

Evitar el estreñimiento crónico.

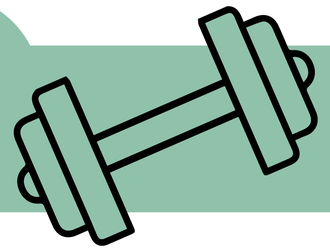
MÁS

TRATAMIENTO

2 REHABILITACIÓN DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO

La rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico debe ofrecerse **como primera línea de tratamiento** conservador a mujeres con IUE de cualquier edad, porque mejora la continencia y ayuda a que el resultado de la cirugía, de ser necesaria, también mejore.

3 DISPOSITIVOS INTRAVAGINALES



En mujeres con IUE, la **utilización de conos vaginales** bajo supervisión parece que tiene los mismos resultados que la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico.

MÁS

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Mallas

Cuando el **tratamiento conservador no es suficiente** para corregir/mejorar la IUE, se puede indicar un tratamiento quirúrgico en caso de ser demandado por la paciente.

La cirugía de la incontinencia ha cambiado con el transcurso del tiempo. En la actualidad, el tipo de cirugía que más habitualmente se realiza es la **colocación de una malla** debajo de la uretra (bandas libres de tensión).

Existen distintos tipos de malla, y la mayor parte de ellas tienen buenos resultados a corto y largo plazo y pocas complicaciones. Es importante que su médico le explique qué tipo de malla va a usar y cómo la va a colocar.

Inyectables

En **casos más graves**, tambien pueden usarse **sustancias inyectables** que cierran parcialmente la uretra (inyectables periuretrales). Este tipo de tratamiento puede tener que repetirse en el tiempo.

MÁS

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Esfínter artificial

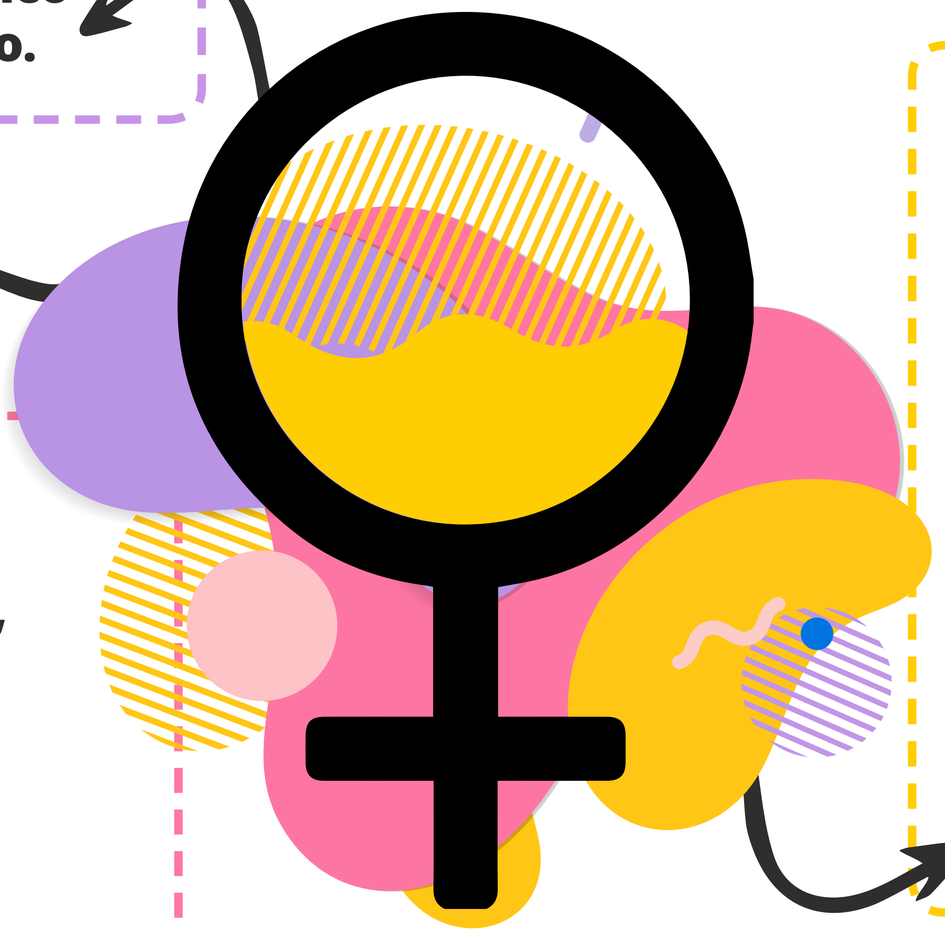
El esfínter es un dispositivo que se **coloca alrededor de la uretra de la mujer** con una válvula que lo abre para poder orinar. Hay pocos datos evaluando la utilidad del esfínter artificial en mujeres.

Otras técnicas

- **Inyección de células** madre. No debe ofrecerse a las pacientes, excepto en ensayos clínicos.
- Tampoco hay suficiente evidencia para recomendar procedimientos como la desnaturalización del colágeno por radiofrecuencia transuretral o el láser vaginal.

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

Si padece IUE, es importante que consulte con su médico porque tiene tratamiento.



Lo primero que debe hacer es mejorar sus hábitos de vida. Además, como primera opción de tratamiento siempre se recomendará la rehabilitación muscular del suelo pélvico.

La cirugía se ofrecerá como un tratamiento de segunda línea si el tratamiento conservador no ha sido suficiente para corregir/ mejorar lo suficiente la incontinencia que padece. Existen diversas técnicas dependiendo de la gravedad de la incontinencia.

DIARIO MICCIONAL

Nombre: _____ **Apellidos:** _____

DÍA 1

Fecha: ___/___/_____ **Hora a la que se levanta de la cama:** _____ **Hora a la que se acuesta:** _____

N.º DE VECES QUE ORINA/HORA	GRADO DE URGENCIA (0: no urgente / 4: muy urgente)	ESCAPE DE ORINA Tipo: por urgencia o por esfuerzo	MUDA/CAMBIO de ropa, pañal, compresa, protector, etc.	BEBIDA INGERIDA	OBSERVACIONES

DÍA 2

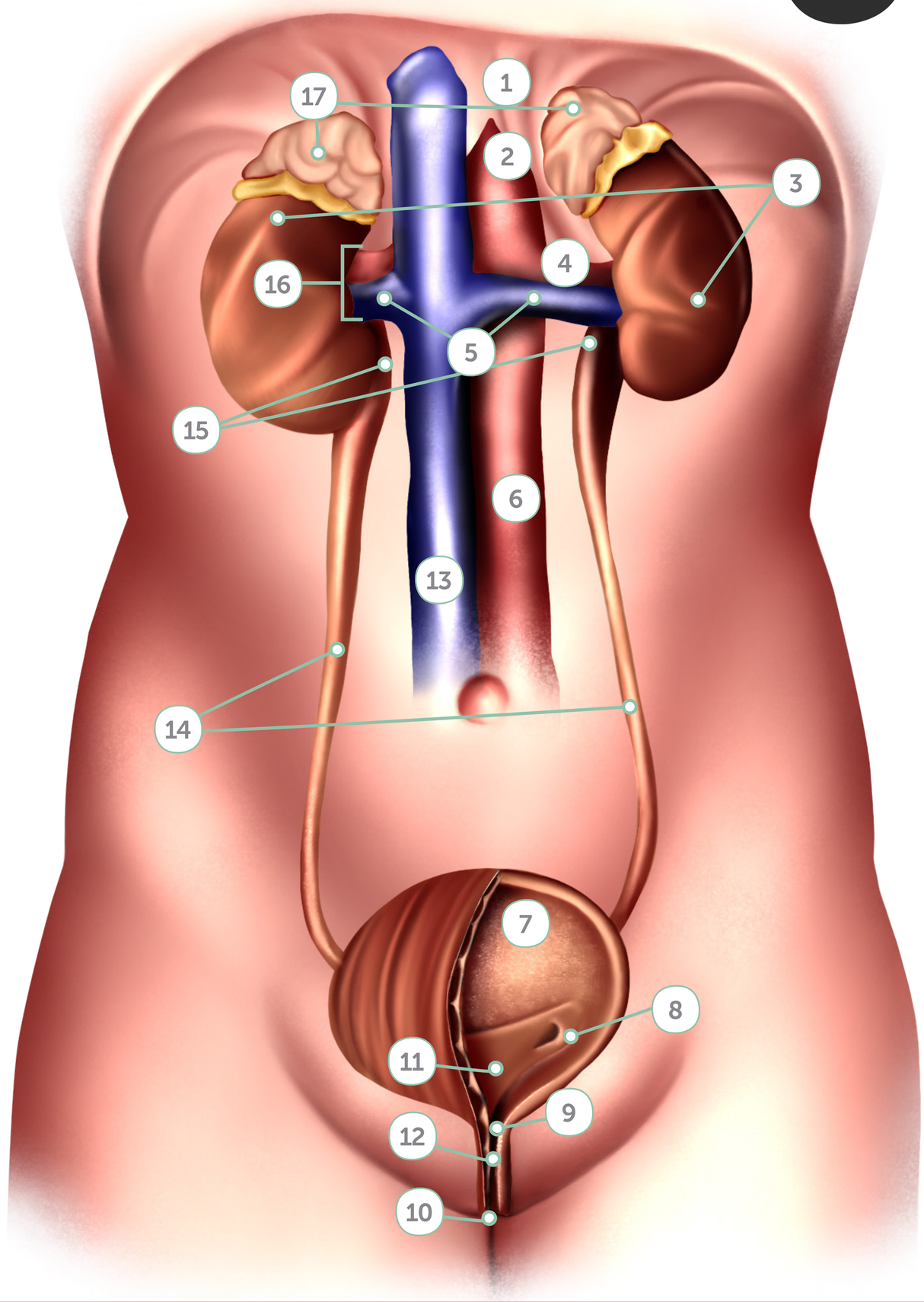
Fecha: ___/___/_____ **Hora a la que se levanta de la cama:** _____ **Hora a la que se acuesta:** _____

N.º DE VECES QUE ORINA/HORA	GRADO DE URGENCIA (0: no urgente / 4: muy urgente)	ESCAPE DE ORINA Tipo: por urgencia o por esfuerzo	MUDA/CAMBIO de ropa, pañal, compresa, protector, etc.	BEBIDA INGERIDA	OBSERVACIONES

DÍA 3

Fecha: ___/___/_____ **Hora a la que se levanta de la cama:** _____ **Hora a la que se acuesta:** _____

N.º DE VECES QUE ORINA/HORA	GRADO DE URGENCIA (0: no urgente / 4: muy urgente)	ESCAPE DE ORINA Tipo: por urgencia o por esfuerzo	MUDA/CAMBIO de ropa, pañal, compresa, protector, etc.	BEBIDA INGERIDA	OBSERVACIONES

APARATO URINARIO FEMENINO

1. Diafragma
2. Hiato aórtico
3. Riñones
4. Arteria renal izquierda
5. Venas renales
6. Arteria aorta abdominal
7. Vejiga urinaria
8. Orificio ureteral
9. Cuello vesical
10. Meato uretral
11. Trígono vesical
12. Uretra
13. Vena cava inferior
14. Uréteres
15. Pelvis renal
16. Hilio renal
17. Glándulas suprarrenales