

La incontinencia de orina de la mujer

# Un verdadero problema de salud



Dr. Gustavo Luis Malfatto  
Jefe Departamento de Urología  
CASMU-IAMPP  
Jefe Urólogo de la Policlínica de  
Piso Pélvico

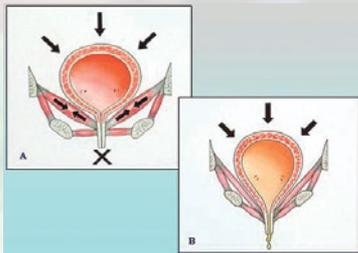
El CASMU-IAMPP ofrece a sus abonadas una policlínica de piso pélvico que funciona en el policlínico de 8 de Octubre y atiende a las pacientes que son derivadas por ginecólogos, urólogos, geriatras, neurólogos, etc., a los efectos de una asistencia especializada y buscando los mejores resultados para mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes y permitir su total integración a sus actividades normales en la medida de lo posible.



**E**l aparato urinario está formado por dos sectores: el sector alto (riñones y uréteres) que se encarga del filtrado de la sangre, la producción y transporte de la orina hasta el sector bajo constituido por la vejiga, esfínteres y uretra.

En condiciones normales el aparato urinario bajo almacena la orina durante una lenta fase de llenado donde el músculo de la vejiga o detrusor se relaja a medida que se hace necesario y el mecanismo del esfínter vesical se cierra firmemente para evitar la salida de orina. Al llegar a una capacidad adecuada se invierte el mecanismo abriéndose el esfínter para que una fuerte y breve contracción del detrusor expulse completamente la orina de la vejiga hasta que quede vacía. Todo este ciclo se cumple varias veces al día, en general sin necesidad de mayor control voluntario salvo el necesario para vaciar en el lugar y circunstancias adecuadas.

Se denomina incontinencia urinaria a la pérdida involuntaria de orina, la cual provoca una repercusión social o higiénica en la paciente. Puede ser tan discreta que la persona afectada la tolere sin consultar al médico siquiera, o lo suficientemente intensa como para requerir el uso de protección en forma más o menos permanente.



La repercusión en la vida social de la paciente es notoria, ya que puede llegar a evitar cualquier relación social por el temor a ser descubierta por el olor de la orina, algo que le provoca desde estrés o ansiedad a depresión. Actualmente se considera que padecerá incontinencia el 30% de las mujeres adultas y la mitad de las mujeres ancianas. La Asociación Española de Urología calcula que, solo en España, la incontinencia urinaria afecta a unos tres millones de mujeres.

No hay cifras en nuestro país, pero sin duda han de mantenerse las proporciones que se observan en otras partes del mundo. Cuando se considera la inversión personal e institucional derivada de esta condición, se comprende fácilmente porqué constituye un significativo problema económico y de salud pública.

Los diagnósticos con los que se cuenta ahora para detectar la causa de la incontinencia urinaria son más precisos y las opciones de tratamiento más efectivas, por lo que hay que romper la barrera de la vergüenza y acudir al médico o al urólogo en busca de una solución que repercutirá indudablemente en una clara mejoría de la calidad de vida.

## Síntomas y factores de riesgo de la incontinencia de orina

El síntoma principal de la incontinencia urinaria, y el que define a este problema, es la pérdida involuntaria de orina, la que puede acontecer al toser, estornudar, realizar algún esfuerzo físico o al mantener relaciones sexuales (con los trastornos que ello acarrea!) Dependiendo del tipo de incontinencia, la pérdida de orina será de mayor o menor volumen. En algunos casos puede acompañarse de dolor o infecciones de orina o lesiones en la piel de los genitales que se repiten con asiduidad.

Los factores que implican riesgo de sufrir una incontinencia de orina son múltiples, como haber tenido parto vaginal, la menopausia o haber sufrido una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero, total o parcial). Otros factores de riesgo de incontinencia urinaria, son la edad avanzada, la obesidad, el estreñimiento, presentar una movilidad reducida, padecer ciertas enfermedades como la diabetes o el Alzheimer, o ingerir fármacos diuréticos.

## Tipos de incontinencia de orina

a) *Por disminución de la presión intrauretral originada por un fallo del mecanismo esfinteriano*

Esta es la forma más frecuente. Se denomina **incontinencia de esfuerzo o de estrés**, y consiste en la pérdida de orina involuntaria que se produce al practicar esfuerzos (tos, risa...). Se puede corregir mediante cirugía. En este caso la pérdida de orina es pequeña e inmediata al esfuerzo. La micción o las pérdidas son prácticamente nulas durante la noche salvo alguna circunstancia de esfuerzo.

b) *Aumento en la actividad de los músculos de la vejiga*

Inestabilidad del detrusor (**micción imperiosa**). Esta es la segunda causa en el orden de frecuencia de la incontinencia urinaria. Se produce por inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga. En ocasiones se relaciona con el esfuerzo, aunque también puede aparecer sin causa evidente. Entre la realización del esfuerzo y la pérdida de orina hay un pequeño intervalo de tiempo; la paciente es capaz de llegar a un lavabo cercano, y gracias a ello los episodios de depresión son menores que en otros tipos de incontinencia. Durante la noche,

la micción obliga a la paciente a levantarse unas tres o cuatro veces. En otros casos puede deberse a una infección urinaria. Es la inflamación del epitelio interno de la vejiga la que ocasiona la hiperactividad muscular. La imperiosidad también puede ser provocada por un estímulo psicósomático, por estímulos sociales y/o ambientales. Este tipo suele resultar indoloro, es frecuente y aquí se puede establecer un tratamiento médico con medicamentos muy efectivos.

**Incontinencia psicógena:** es poco frecuente. Se produce por un esfuerzo inconsciente y muchas veces detrás de esta condición hay problemas psicológicos importantes que el médico debe valorar adecuadamente.

### Diagnóstico de la incontinencia urinaria

Lo más importante para diagnosticar la incontinencia urinaria es realizar una historia clínica completa. La exploración física debe prestar especial atención a la sensibilidad anal y perianal, para lo cual debe llevarse a cabo un tacto rectal. Una prueba sencilla, pero de gran interés clínico, consiste en hacer toser enérgicamente al paciente cuando éste tiene llena la vejiga. Esta prueba debe hacerse en varias posiciones: de pie, tumbado boca arriba y tumbado lateralmente. En todos los tipos de incontinencia hay escape de orina, pero en el caso de la micción imperiosa es mucho más intensa cuando el paciente se encuentra de pie. Se recomienda un análisis de orina y un estudio urológico o gineco-lógico a todo paciente con incontinencia urinaria. En la ma-

yoría de los casos debe realizarse una ecografía, una prueba muy sencilla y poco invasiva, que proporciona mucha información sobre el estado de la vía urinaria y las posibles malformaciones de la misma.

La visión endoscópica de la uretra y la vejiga (cistoscopia) descartará la asociación de la incontinencia urinaria a otras lesiones.

La uretrocistografía es una prueba que también suele realizarse con cierta frecuencia. Consiste en colocar una sonda de muy fino calibre y sin dolor en la uretra de la paciente y administrar contraste y realizar varias radiografías (el contraste se ve de color blanco intenso en ellas). En contados casos realizamos una urografía intravenosa que es una prueba sencilla que permite ver los riñones y la vía urinaria para detectar posibles lesiones como fistulas, malformaciones o tumores, que podrían ser los responsables de la incontinencia urinaria.

También puede requerirse la realización de un estudio dinámico del aparato urinario bajo que es denominado estudio urodinámico; en él se colocan finas sondas en la uretra de la paciente y se procede a llenar la vejiga con suero fisiológico y se va monitoreando en forma constante la presión y el comportamiento de la vejiga y el esfínter, así como las sensaciones miccionales durante el llenado de la vejiga y el vaciado de la misma; este estudio puede brindarnos información muy valiosa en el momento de decidir cuál es el mejor tratamiento para cada situación particular ya que cada tipo de incontinencia es susceptible de un tratamiento diferente.

### Tratamiento de la incontinencia urinaria

Para el tratamiento de la incontinencia urinaria, en primer lugar deben realizarse técnicas de comportamiento, como son la reeducación vesical y el entrenamiento de la continencia. Para ello se requiere que la paciente tenga sus funciones cerebrales plenamente conservadas y que esté motivada.

**La incontinencia de esfuerzo** tiene un tratamiento fundamentalmente quirúrgico, la incontinencia de urgencia, en cambio, suele tratarse con distintos fármacos. En el caso de que ambos tipos se presenten asociados en el mismo paciente, deberá realizarse en primer lugar la cirugía, aunque persistirá una pequeña pérdida de orina que será necesario tratar con medicamentos. La tasa de éxito de la cirugía de corrección para la incontinencia urinaria es de aproximadamente 90%.

Para la **incontinencia de urgencia** se emplean fármacos anticolinérgicos que favorecen la retención urinaria como son la oxibutina, y el flavoxato. Estos medicamentos pueden presentar algunos efectos adversos como confusión, agitación, sequedad de boca e hipotensión. La estimulación eléctrica es otra opción con resultados cada vez mejores.

