

Presentación de caso

Paciente femenina de la raza blanca, 67 años de edad, quien tiene como antecedentes personales el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 hace quince años, Hipertensión Arterial Sistólica Estadio I. Refiere ser una multípara (G₄, P₃, A₁), este último un aborto diferido. No hábitos tóxicos.

La hija la convence de acudir a consulta, pues la paciente se encuentra muy retraída, ya no quiere salir a la calle, ni a las actividades de comprar en el mercado. Esto es llamativo, pues siempre ha sido una persona muy afable, comunicativa, activa en todas las actividades del hogar, incluso la hija la encontró llorando en el cuarto de baño, y no quiere dar explicación acerca de los motivos de su cambio.

Durante el interrogatorio se precisa que la paciente comenzó hace cerca de una año con salidas involuntarias de orina, cuando lleva muchas horas sin ir al servicio sanitario, en otras oportunidades ante el simple acto de toser o reír. Ella siente cierta vergüenza ante esta situación, pues nota que tiene mal olor, y teme ser rechazada por las demás personas.

Al examen físico y completando la evaluación con la ayuda del resto del equipo (Psicóloga y Trabajadora Social), precisamos los siguientes datos de la Valoración Geriátrica:

Evaluación Biomédica:

Examen Físico (datos positivos):

Genitales Externos: Vulva con discreta atrofia de los labios mayores, al tacto vaginal encontramos una vagina con disminución de la elasticidad y la humedad. No tumor palpable.

Cuando se le indica a la paciente toser y pujar, se observa la salida del hocico de tenca hasta el orificio vaginal. No secreción o ulceración.

Se realiza además la "Prueba del apósito", donde se le indica a la paciente nuevamente pujar, y se constata la salida de orina con el esfuerzo, y la humedad que provoca en el apósito colocado en la región urogenital.

En la evaluación Psicoafectiva, la paciente cuantifica un MMSE en 30 puntos, sí el Yesavage demuestra una depresión ligera, que impresiona una Depresión secundaria al problema de salud actual.

Socialmente la paciente cuenta con buen apoyo y comprensión familiar. No aparecen elementos sociofamiliares que puedan justificar el estado afectivo de nuestra paciente.

Complementarios indicados positivos:

Glicemia: 10,2 mmol

Cituria:

Leucocitos: 30 000

Hematíes: 20 000

Cilindros: 0

El cuadro clínico descrito sugiere como principal diagnóstico:

- ☐ A. Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- ☐ B. Sepsis urinaria baja.
- ☐ C. Incontinencia urinaria mixta.



D. Incontinencia Urinaria por rebosamiento.

La respuesta correcta es C: Incontinencia Urinaria Mixta.

Juicio clínico

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria (I.U.) como la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable y que ocasiona problema social o higiénico. La prevalencia es difícil de definir y la literatura da cifras que convergen alrededor de un 30 al 50 %. En Gran Bretaña se señala un 8.5 % entre mujeres de 15 a 69 años y 11.6 % más allá de los 60 años; E.U.A. reporta del 15 a 30 % más allá de los 60 años. Asimismo se reporta hasta 33 % de remisión espontánea la cual es más común en la mujer anciana ya que en ésta puede ser debida a causas transitorias como infección urinaria, medicamentos, depresión, exceso de ingesta de líquido, inmovilidad o impacto fecal.

Como se señala en la definición la I.U. afecta a la persona desde el punto de vista social, higiénico y en sus relaciones cotidianas ya que frecuentemente se aíslan por el temor de causar problemas por el olor desagradable, el uso necesario de toalla sanitaria e inclusive puede afectar su vida sexual.

Envejecimiento e Incontinencia Urinaria:

Es necesario aclarar que el envejecimiento per sé no es causa de IU, aunque determina una serie de cambios anatómicos y funcionales que influyen o contribuyen, junto con la existencia de otras patologías a la afectación de la continencia normal.

Cambios durante el envejecimiento: Ocurren principalmente a nivel del sistema nervioso central, tracto urinario inferior, próstata y vagina.

Con frecuencia el inicio de la IU en el adulto mayor obedece a factores que no están relacionados directamente con las vías urinarias, y que son tributarias de tratamiento.

Sistema nervioso central:

- Atrofia progresiva de la corteza cerebral.
- Disminución del número de neuronas

Tracto Urinario Inferior:

- Disminución de nervios autonómicos.
- Mayor trabeculación.
- Disminución del número de células uretrales y su reemplazamiento por tejido conectivo fibroso.
- Disminución de la capacidad vesical.
- Disminución de la habilidad para postponer la micción.

- Aumento del residuo postmiccional.
- Disminución de la presión de cierre uretral y del flujo urinario.
- Presencia de contracciones no inhibidas del detrusor.

Próstata:

- Crecimiento de la glándula prostática.

Vagina:

- Déficit estrogénico con disminución de la celularidad y atrofia del epitelio.

En el caso de la paciente mostrada se trata de una adulta mayor multípara, con posible debilidad del suelo pélvico, aunado a esto el hipoestrinismo postmenopásico, que también favorecer la aparición del cistocele, aunque este último no es la causa única.

Sin embargo debemos añadir que existe en los resultados de la cituria de esta paciente una leucocitaria que aunque la expresión clínica, puede ser la presencia de la IU, se inició tratamiento con antibiótico como las Sulfas, independientemente del resto del estudio que incluye la pesquisa microbiológica.

Clasificación:

Existen varias clasificaciones dentro de ellas las que incluyen a la etiología: Intra y Extrauretrales:

Intrauretral

TIPO	CONCEPTO	FISIOPATOLOGÍA	CAUSAS
Incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.G.).	Pérdida involuntaria de de orina que se genuina presenta con esfuerzo físico en ausencia de contracción del detrusor.	Frecuentemente ocasionada por la pérdida de soporte anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical lo cual hace que la porción proximal de la uretra se desplace abajo del plano de los músculos pubococcígeos quedando así fuera de la zona de presión intraabdominal; de esta manera un aumento súbito de la presión vesical debido al esfuerzo no es transmitido a la uretra; se invierte así el gradiente normal y la presión intravesical es mayor que la intrauretral lo que ocasiona la pérdida involuntaria de orina.	Trauma obstétrico (95%). Atrofia de los tejidos por edad avanzada (hipoestrogenismo: por disminución de la vascularidad uretral, atrofia de la mucosa y componentes musculares de la uretra así como del tejido conectivo lo que ocasiona baja de la presión máxima uretral y en consecuencia la pérdida de orina con el aumento súbito de presión intravesical por el esfuerzo.). Resultado de cirugías efectuadas para corregir defectos de piso pélvico.

Incontinencia urgencia.	de Pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo intenso y súbito de orinar (urgencia).	Se subdivide en motora, la cual se asocia a contracciones no inhibidas del detrusor, o inestabilidad sensorial en la que no se presentan éstas sino sólo el deseo imperioso de la micción.	A.V.C., Parkinson, esclerosis múltiple: se denomina hiperreflexia del detrusor.
Incontinencia rebosamiento.	por Pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima debido a una elevación de la primera asociada a sobredistensión vesical con o sin actividad del detrusor.		Hiperplasia Benigna Prostática. Obstrucciones a nivel de la uretra.
Incontinencia mixta	Cuando se asocian dos tipos de incontinencia.	La más frecuente es la I.U.E.G. y la de urgencia motora, la cual puede presentarse hasta en un 70 % de los casos, lo que hay que tener en cuenta para el tratamiento de estas pacientes.	

Extrauretral

Dentro de las causas que la ocasionan: fístulas genitourinarias generalmente traumáticas postquirúrgicas o postra-radioterapia (ureterovaginal, vesicovaginal y uretrovaginal), uréter ectópico, y en casos de divertículo uretral.

Existe una forma sencilla de clasificar la Incontinencia Urinaria de acuerdo a la intensidad de la dificultad o intensidad de la incontinencia:

GRADO	CARACTERÍSTICA
I	Ocurre salida involuntaria de orina ocasionado por grandes esfuerzos o incremento súbito de la presión abdominal; no existe fuga durante la noche, por lo que no es necesario utilizar protectores para no mojar la ropa.
II	Ocurre salida de orina durante los esfuerzos habituales, al caminar, estando en bipedestación; etc. Puede aparecer durante la noche, por lo que los pacientes se ven obligados a utilizar medios de protección para no humedecer la ropa constantemente.
III	Se presenta incontinencia urinaria total, hay fuga de orina sin ninguna relación con la actividad física; existe pérdida nocturna y necesita protección constante.

Se debe realizar a todos los pacientes:

- Anamnesis.

-Características de la fuga de orina

- Patrón y tipo
- Síntomas asociados
- Características del chorro y la micción
- APP y APF
- Hábitos tóxicos
- Historia ginecológica y sexual.
- Alteraciones del hábito intestinal.
- Medicación utilizada
- Capacidad de deambulación
- Estatus mental.
- Esfera psicoafectiva.
- Factores sociales y ambientales
- Percepción de la incontinencia
- Examen físico.
- Movilidad y destreza
- Trastornos de la marcha
- Examen del estado mental y motivación
- Edema en miembros inferiores y signos de ICC
- Signos de focalización neurológica
- Reflectividad y sensibilidad
- Vejiga crónicamente distendida
- Masas abdominales
- Sensibilidad perianal y tono del esfínter anal
- Prueba de esfuerzo
- Q-tip o Prueba del hisopo
- Impactación fecal y masas
- Tamaño, características y contornos de la próstata

- Sensibilidad perineal y condiciones de la piel perineal
- Vaginitis o uretritis atrófica, prolapso uterino.
- Aplicar escalas o instrumentos diagnósticos. (ver Clínica de Incontinencia en nuestro sitio Web).
- Diario Miccional.
- Cuestionario de Calidad de Vida.
- Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria.
- Evaluación del estado Cognitivo.
- Evaluación del estado afectivo.
- Evaluación del Equilibrio y la Marcha.
- Baremo.
- Estudios de orina: Parcial de orina y urocultivo.
- Hemoquímica: Creatinina, Glucemia Calcio, Albúmina, Electrolitos.
- Ultrasonografía: Residuo postmiccional, abdominal, vesicoprostático, transvaginal, transrectal.

En casos específicos se indican:

- Citología urinaria.
- Estudios imagenológicos.
- Uretrocistoscopia.
- Urodinamia multicanal.

Indicaciones estudios imagenologicos:

- Indicaciones en pacientes con Incontinencia Urinaria
- Determinación del volumen de orina residual.
- Valoración renal.
- Estimar tamaño, volumen, contorno de la próstata.
- Investigar cambios de posición de la base vesical.
- Evaluar espesor de la pared vesical.
- Detección de divertículos uretrales, cánceres vesicales.

Estudios endoscópicos aparato urinario inferior:

El estudio endoscópico del aparato urinario inferior es en la actualidad básico para el estudio de las alteraciones urológicas en los pacientes con Incontinencia Urinaria y por medio de este estudio es posible observar las lesiones morfológicas así como las funcionales (sensibilidad, movilidad del cuello vesical, capacidad vesical y vaciado).

Estudios urodinámicos:

En la actualidad existe un acuerdo general en cuanto a la urodinamia como método diagnóstico confiable para los diferentes tipos de IU, incluso la International Continence Society (I.C.C) incluye en sus definiciones de casi todas las variedades de Incontinencia Urinaria términos o características que pueden obtenerse sólo a través de estudios urodinámicos multicanal.

Bibliografía:

1. PAC GO-1 Ginecología. Libro 2 Incontinencia Urinaria. Disponible en:
<http://www.drscope.com/pac/gineobs/g2/index.htm>
2. PAC Urología-1 A-2. Libro 2 Incontinencia Urinaria en la mujer. Disponible en:
<http://www.drscope.com/pac/urologia/a2/index.htm>
3. Liliams Rodríguez Rivera. Clínica de Incontinencia Urinaria. Disponible en:
<http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas>