

Incontinencia de Orina

AUTORES: DRA. CLAUDIA B. MARTÍNEZ Y DR. RICARDO E. BARCIA.

DEFINICIÓN

Es la pérdida de orina involuntaria y demostrable que ocasiona problemas higiénicos y sociales.

CLÍNICA

- Permite orientar al diagnóstico de incontinencia de orina (IO) **de esfuerzo (IOE)** o **de urgencia (IOU)** (ver cuadro) o **una superposición de ambas (IO mixta)**:

Característica	IO de esfuerzo (IOE)	IO de urgencia (IOU)
Aparición	Con Valsalva	Con urgencia
Micciones diarias	≤7	>7
Nocturia	Poco frecuente	Frecuente
Enuresis	Ausente	Frecuente
Disuria	Poco frecuente	Frecuente si hay infección
Hematuria	Ausente	Descartar tumor vesical
Prolapso genital	Frecuente	Poco frecuente
Dolor pelviano	Ausente	Frecuente por contracciones no inhibidas (CNI) del detrusor

IO por rebosamiento: micciones frecuentes y de poco volumen, con orina residual (OR) ↑ (>600 mL) y con detrusor con contractilidad ↓. Frecuente en diabéticos.

• Estudios complementarios

Laboratorio: Urocultivo, urea, creatinina, glucemia.

Estudios por Imágenes: Ecografía renal y vesical con medición OR. Detecta lesiones endoluminales. Indicarla en especial en IOU con hematuria.

Estudio Urodinámico (EUD): detecta contracciones no inhibidas (CNI) del detrusor y tipifica la IOE.

• Consulta con especialista: urólogo, ginecólogo o uroginecólogo:

Prolapso genital, sospecha de tumor, requerimiento de tratamiento hormonal, IO por rebosamiento, necesidad de tratamiento quirúrgico, requerimiento de EUD.

• Manejo

- Medidas Higiénico-dietéticas: reducción de peso, evitar los grandes esfuerzos, tabaco e irritantes vesicales (café, alcohol).

- Tratamiento de infección urinaria.
- Tratamientos fisioterápicos: ejercicios de Kegel, electroestimulación: en casos de IO leve o como alternativa en quienes quieran evitar la cirugía.

IO DE URGENCIA

Anticolinérgicos que relajen el detrusor:

- Darifenacina: 7,5-15 mg/día.
- Solifenacina: 5-10 mg/día.
- Tolterodina: 2 mg c/12 H.
- Trospium: 15 mg c/8-12 H.
- Oxibutinina: 2,5-5 mg c/8 H.

Contraindicaciones: glaucoma ángulo cerrado, uropatía obstructiva infravesical, cardiopatía severa, miastenia gravis, megacolon, hipertensión arterial severa, infección urinaria, hipersensibilidad, embarazo y lactancia.

Descartar enfermedad neurológica: considerar interconsulta con neurólogo.

IO DE ESFUERZO

Con presión vesical de fuga >60-80 cm de agua (hipermotilidad uretral):

manejo quirúrgico.

Con presión vesical de fuga <60-80 cm de agua (déficit esfinteriano intrínseco):

manejo quirúrgico o médico.

Hormonoterapia (mejora el cierre uretral): si hay déficit de estrógenos:

Estriol local en óvulos 0,5 mg: 1 óvulo/noche o noche por medio.

Agonistas α -Adrenérgicos (Cierre de uretra proximal y de cuello vesical):

- Efedrina 25-60 mg c/6 H.
- Pseudoefedrina 120 mg c/12 H.
- Fenilpropanolamina 50-75 mg c/8 H.

IO MIXTA (IOE ASOCIADA A IOU)

Antidepresivos tricíclicos: ↑ la presión de cierre uretral e inhiben las cni:

- Imipramina: 25-75 mg/día.
- Doxepina: 25-75 mg/día.

Se pueden usar solos o asociados a los otros fármacos indicados en IOE e IOU.

IO POR REBOSAMIENTO

Colinérgicos

Cloruro de betanecol: 25-50 mg/día para mejorar el vaciado vesical.

Bibliografía:

Textbook Of Female Urology And Urogynecology. Cardozo L. y Staskin, DR. Edición 2010.
Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Moore K. Fármacos anticolinérgicos versus placebo para el síndrome de vejiga hiperactiva en adultos (Revisión Cochrane traducida). Nº 2, 2006. Oxford.