



Servicio de Obstetricia y Ginecología

Hospital Universitario

Virgen de las Nieves

Granada

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

Antonio Galán Contreras

11 de Enero de 2018

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria, es decir, la pérdida involuntaria de orina, es un problema común de salud que frecuentemente no se diagnostica y consecuentemente, no es tratado adecuadamente.

El objetivo de esta clase es explicar de manera somera cómo abordar la incontinencia urinaria desde que la paciente acude refiriendo dicha sintomatología, bien a Atención Primaria, bien a Urgencias de Ginecología, bien a una consulta general de Ginecología o a una de Urología.

El fin último es detectar aquellos casos que mejorarían con un cambio de vida o tratamiento conservador, y distinguirlos de aquellos casos que precisarían de una derivación a una Unidad Especializada.

Para ello, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha elaborado una serie de algoritmos escalonados de valoración para distinguir con claridad qué paciente ha de ser valorada por una Unidad Especializada y cuál no.

1.- DEFINICIÓN

1. Definición del problema

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria y objetivable de orina. Si la mujer presenta pérdidas y problemas que afectan a su calidad de vida, se ha de poner en marcha el proceso diagnóstico de incontinencia urinaria.

Es un problema de alta prevalencia, pues se estima que hasta el 50% de las mujeres adultas padecen incontinencia urinaria, pero solo del 25 al 61% de las afectadas buscan ayuda para su problema, debido a la vergüenza, falta de conocimiento sobre las opciones terapéuticas o miedo a la cirugía. En un estudio de cohortes sobre 4127 mujeres de edad media, la incidencia anual de incontinencia era del 3.3% y la tasa de remisión anual era del 6.2%.

El impacto en la calidad de vida es manifiesto, asociándose la incontinencia urinaria a depresión, ansiedad, disfunción sexual, infecciones perineales (como cándida), así como un agravante más para aquellas personas que necesitan cuidados.

Los factores de riesgo que clásicamente se han asociado a la incontinencia urinaria son:

- Edad: Tanto la prevalencia como la severidad de la incontinencia aumentan con la edad, observándose en estudios epidemiológicos como afecta al 3% de las mujeres menores de 35 años y casi al 38% de las mayores de 60.
- Obesidad: Es un factor de riesgo muy importante, estando clara la asociación entre la pérdida de peso y la mejora e incluso la resolución de la incontinencia
- Paridad: La multiparidad es un factor de riesgo tanto para incontinencia como para el prolapso de órganos pélvicos. Así mismo, la vía vaginal del parto también es un factor de riesgo para incontinencia de esfuerzo, aunque la cesárea per se no protege frente a la incontinencia.
- Historia familiar: Se ha visto en estudios de gemelos que existe de un 35 a un 55 % de contribución genética a la incontinencia de urgencia, pero sólo un 1.5% para la de esfuerzo.
- Enfermedades sistémicas: Esclerosis múltiple, demencia, ACV, cardiopatías o colon irritable.
- Prolapso de órganos pélvicos
- Otros factores que contribuyen a la incontinencia: El tabaco, la ingesta de cafeína, la diabetes, la atrofia urogenital asociada con la menopausia, el tratamiento con diuréticos etc.

2. Fisiopatología de la micción

El tracto urinario inferior está constituido por la vejiga y la uretra, recubiertos ambos de urotelio. La vejiga es un órgano hueco formado por un músculo liso, el músculo detrusor, que en condiciones fisiológicas sólo se contrae voluntariamente. La uretra femenina mide unos 4-5 cm, formada por músculo liso, tejido elástico y un componente esfinteriano intrínseco, de fibras musculares estriadas de contracción lenta, capaces de contraerse durante largos periodos de tiempo.

Además, el músculo elevador del ano, al contraerse, produce un desplazamiento anterior de la uretra y su compresión contra la cara posterior de la sínfisis púbica que cierra el lumen y mantiene la continencia en reposo y en los esfuerzos.

El tracto urinario inferior está controlado por el Sistema Nervioso Central. Los plexos sacros detectan la distensión a través de las fibras sensitivas y transmiten el impulso que permite la contracción del músculo detrusor a través de fibras motoras parasimpáticas. La inervación simpática a través de los nervios hipogástricos permiten el almacenamiento de orina, relajando el detrusor y contrayendo la uretra. La contracción del detrusor se produce por la acción de la acetilcolina sobre los receptores muscarínicos en la vejiga. La relajación del detrusor durante el llenado se debe a la activación de los receptores beta-adrenérgicos de la pared vesical por la noradrenalina. Los receptores alfa-adrenérgicos en la uretra proximal permiten que ésta permanezca cerrada durante el llenado evitando la incontinencia.

La evacuación de orina requiere de una vejiga sana, estable anatómicamente, situada correctamente en la pelvis y con una adecuada sincronía nerviosa. El llenado vesical se produce cuando al llegar la orina a la vejiga, el músculo detrusor se relaja e inhibe. A su vez, el esfínter externo uretral voluntario se mantiene firme y el esfínter interno, a la altura del cuello vesical, se cierra. En condiciones normales, las presiones abdominales se transmiten a la uretra, favoreciendo su cierre, junto con la presión intrauretral, superior a la existente en la vejiga.

El llenado pasivo es continuo hasta los 300-400 ml de orina dentro de la vejiga. El vaciado vesical se produce por la relajación voluntaria del esfínter externo, la relajación involuntaria del esfínter interno y la contracción del músculo detrusor. El sistema parasimpático es el encargado de la contracción del músculo detrusor a través de la liberación de Acetil-colina, haciendo la presión intravesical mayor que la presión de cierre uretral. De nuevo, la presión intravesical cae por debajo de la presión de cierre uretral una vez conseguido el vaciado vesical.

2.- CLASIFICACIÓN

1. IU de esfuerzo (IUE)

Las mujeres con IU presentan pérdidas de orina con aumentos de la presión intraabdominal (tos, estornudos...) sin contracción vesical. Es la más común en las mujeres entre los 45 y los 49 años.

Puede ocurrir por dos mecanismos fundamentales. Uno de ellos es la *hipermovilidad uretral*, debido al soporte insuficiente de la musculatura del suelo pélvico y del tejido conectivo a la uretra y cuello vesical. Este desplazamiento anómalo fuera de su posición anatómica provoca la pérdida del ángulo uretrovesical y la imposibilidad del cierre adecuado de la uretra al no transmitirse adecuadamente las presiones intraabdominales, viendo la uretra sobrepasada su presión de cierre por la presión intravesical.

El otro es la *deficiencia intrínseca del esfínter*, resultado de la pérdida de la mucosa y tono de la muscular de la mucosa, que generalmente mantienen la uretra cerrada. Se observa en mujeres con daño neuromuscular o con varias cirugías pélvicas. Dicha deficiencia puede ocurrir en la presencia o ausencia de hipermovilidad uretral.

2. IU de Urgencia (IUU)

Las mujeres con IUU presentan un imperioso e inminente deseo miccional, debido a contracciones no controladas del músculo detrusor. Se produce una falta de relajación del músculo detrusor de forma involuntaria, estando en constante contracción e impidiendo que la vejiga se distienda y capacite adecuadamente. Clínicamente se asocia a aumento de frecuencia diurna y nocturna (nocturia, diferente de nicturia, que consiste en una micción involuntaria por la noche debido a la movilización de los edemas en el contexto de problemas cardíacos). Si estas contracciones se objetivan en estudio urodinámico, se denomina hiperactividad del detrusor, que puede ser

- a. Vejiga hiperactiva. Es de origen idiopático, la más frecuente. La vejiga hiperactiva es la que más interesa al ginecólogo puesto que se asocia con frecuencia a la incontinencia de esfuerzo y por su frecuencia en la clínica.
- b. Vejiga hiperrefléxica. Si la hiperactividad del detrusor se produce por una lesión neurológica. Los síntomas dependen de la afectación de las

estructuras nerviosas que controlan la función del suelo de la pelvis y los órganos pélvicos. Estas han de ser tratadas por equipos especializados en Neurología.

- c. Vejiga dolorosa (antes denominada Urgencia sensorial). Dentro de la IUU podemos englobar a este tipo de incontinencia en el cual existe una patología vesical que determina una menor capacidad vesical, con lo cual la paciente se ve obligada a orinar con más frecuencia, sin existir contracciones espontáneas del músculo detrusor. Se puede deber a tuberculosis, cistitis intersticiales o procesos neoplásicos.

3. IU Mixta

En este tipo de incontinencia, se asocian pérdidas involuntarias de orina con los esfuerzos y con síntomas de vejiga hiperactiva.

4. IU por rebosamiento

Se produce una pérdida de orina continua en el contexto de un vaciado vesical inadecuado, en forma de goteo. Puede acompañarse de debilidad en la micción, alteraciones de la frecuencia miccional y nocturia. Cuando la vejiga está muy llena, puede ocurrir incontinencia por esfuerzo u ocurrir pequeñas contracciones del detrusor, similares a la IUU.

Esta pérdida se produce por una obstrucción mecánica o funcional, cuando la vejiga es incapaz de vaciarse y la orina se acumula en su interior, aumentando la presión intravesical hasta que llega un momento que se vence la resistencia uretral y se produce la pérdida de orina. La etiopatogenia de este tipo de incontinencia es diversa:

- Causas infravesicales
 - o Extrínsecas
 - Obstrucciones uretrales adquiridas
 - Obstrucciones secundarias a la cirugía de la IUE
 - o Intrínsecas
 - Síndrome de micción no coordinada
 - Disfunción vesico-uretral neurógena

- Causas vesicales
 - o Retención psicógena

- Infección aguda del tracto urinario inferior
- Disfunción vesico-uretral neurógena
- Trastorno neurológico

5. Incontinencia por fístulas

Se refiere a la pérdida involuntaria y continua de orina, en ausencia de deseo miccional. Se puede deber a una fístula, bien yatrogéna o de otra etiología, una malformación urogenital, como un uréter ectópico o a un déficit intrínseco de cierre uretral muy severo.

Síntomas	IUE	IUU	IU rebosamiento
Tipo de escape	Con los esfuerzos	Sensación urgencia	Continua, sin causa
Factores precipitantes	Tos, ejercicio físico, andar...	Vejiga llena, ruido, agua fría	Ninguno
Frecuencia miccional	Normal	Aumentada	Dificultad/imposibilidad miccional
Volumen escape	Pequeño	Grande	Goteo continuo

3.- ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de la incontinencia se puede estratificar en cuatro niveles de atención. Estos niveles de atención pretenden establecer hasta dónde ha de llegar cada profesional antes de derivar a la paciente al siguiente nivel, con la eventual valoración de una Unidad Especializada. Con los algoritmos presentados podemos llegar a estratificar en estos escalones, pudiendo pues, detectar cuándo es el momento de derivar a la Unidad de Suelo Pélvico.

1. **Primer nivel:** Mediante preguntas sencillas, detectar la existencia de incontinencia (¿se le escapa alguna vez la orina? ¿tiene problemas en su vida diaria?).
2. **Segundo nivel:** Afrontar el problema del diagnóstico inicial de la IU, sin derivar a Unidades especializadas. Se ha de identificar aquellas pacientes con factores reversibles, como la medicación o enfermedades (diabetes, HTA, exceso de

ingesta de líquido, obesidad, deporte, etc.) así como aquellas que precisan atención especializada, es decir, aquellas que presentan una incontinencia complicada (dolor, hematuria, infecciones recurrentes, prolapso importante de órganos pélvicos, fracaso de cirugía previa para incontinencia, radioterapia pélvica previa, cirugía pélvica previa o sospecha de fístulas)

3. **Tercer nivel.** Establecer el diagnóstico diferencial entre los tipos de incontinencia mediante cuestionarios de síntomas y de calidad de vida, el diario miccional, la exploración y pruebas complementarias. En este escalón se ha de prescribir un tratamiento según el tipo de incontinencia de la paciente y reevaluar la respuesta al mismo en un tiempo prudencial.
4. **Cuarto nivel** (Atención Especializada). En las Unidades de Suelo Pélvico se pueden realizar pruebas complementarias, como el estudio urodinámico, la ecografía, la cistografía o la videouretrografía.

La evaluación de la incontinencia, paso a paso

La evaluación inicial de la incontinencia urinaria incluye la clasificación del tipo de incontinencia, identificando las enfermedades subyacentes (afecciones neurológicas o malignas) así como los posibles factores que predispongan a incontinencia.

La **anamnesis** de la paciente es fundamental en el diagnóstico. Es necesario revisar los antecedentes familiares, personales, obstétricos y ginecológicos. Es importante identificar los factores de riesgo para la IU, algunos de ellos modificables, como la ingesta excesiva de bebidas y estimulantes (café, té, etc.) o de tratamientos farmacológicos, especialmente los diuréticos

A continuación, valorar los síntomas indicativos de cada tipo de IU, con preguntas que pueden hacernos presumir un diagnóstico orientativo como

- *IU de esfuerzo:* ¿se le escapa la orina al toser, reír, estornudar, levantar peso?
- *IU de Urgencia:* ¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina, e incontrolable de ganas de orinar?
- *Disfunción de vaciado:* ¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente?
- *Orientativos de gravedad* ¿Se le escapan gotas o se moja mucho? ¿Lleva sistema de protección? ¿cuántas veces se cambia diariamente?

Resulta fundamental evaluar el impacto en la calidad de vida de la paciente mediante **cuestionarios estandarizados** de síntomas, como el “*King’s Health Questionnaire*”, el *Cuestionario Corto de Calidad de Vida*, o el “*Three Incontinence Questionnaire*”, éste último presentando una sensibilidad del 75% y una especificidad del 77% en la identificación de la IUU y un 86% de sensibilidad y un 60% de especificidad para la IUE. Existen multitud de cuestionarios, ninguno de ellos más válido que otro, por lo cual cada Unidad Especializada adapta uno a sus pacientes y a los síntomas que más importancia da cada unidad.

En la evaluación básica de una paciente incontinente se ha de incluir un **análisis de orina**, que por una parte detecta una infección de orina, que puede provocar sintomatología de incontinencia, y por otra parte, hematuria, habiendo de descartar que la mujer esté menstruando, que no tenga una infección urinaria, o considerarlo un signo de patología renal o de vías urinarias que deberá ser estudiado con una exploración especial.

Otra herramienta en la que nos basamos es el **diario miccional**, que sirve para el diagnóstico y seguimiento de la incontinencia, en la cual la mujer apunta la frecuencia miccional y los episodios de IU, tanto de urgencia como de esfuerzo. El diario nos permite valorar si el aumento se debe a una disfunción miccional o bien a una ingesta excesiva de líquidos. Además, es una medida de la severidad del problema (intervalo entre micciones que la paciente puede soportar) y una forma de seguimiento de los tratamientos que prescribamos.

La **exploración física** de una mujer con incontinencia comprende una exploración general, una neurológica y otra ginecológica, seguida de una exploración dirigida a la incontinencia de orina.

La *exploración general* nos informa sobre el estado de salud de la mujer y aspectos antropométricos, así como enfermedades asociadas, enfermedades cardíacas que precisen diuréticos, presencia de edemas maleolares, globo vesical...

La *exploración neurológica* nos informa de la función sensorial y motora, de la fuerza de miembros inferiores, reflejos y sensibilidad perineal, reflejos bulbo cavernoso y perineal, con hisopo para valorar el bulbo-cavernoso, provocando la contracción anal con la estimulación de la región clitoroidea. Por ejemplo, la debilidad con hiperreflexia del miembro inferior puede sugerir lesión de primera motoneurona o la ausencia de sensibilidad perineal con tono rectal disminuido nos orienta hacia síndrome de cola de

caballo. No es necesaria una evaluación neurológica detallada a no ser que exista un inicio brusco de la sintomatología, especialmente en incontinencia de urgencia.

La *evaluación ginecológica*, que no es motivo de esta clase, es crucial. Debería seguir una sistemática muy precisa en la cual examináramos en primer lugar de forma general la vulva y el periné, detectando cicatrices, asimetrías o grandes prolapsos. Hemos de objetivar la pérdida de orina con el esfuerzo, pidiendo a la paciente que realice maniobra de Valsalva evaluando la existencia de escapes. Se ha de evaluar la pérdida tanto en bipedestación con las piernas ligeramente separadas y tras la reducción del prolapso si existe, en posición de litotomía.

La exploración de la cavidad vaginal nos permite valorar la presencia de prolapsos y el grado de los mismos, así como el trofismo de la mucosa vaginal, cicatrices, fístulas...

La existencia de hipermovilidad uretral se puede objetivar mediante dos pruebas. La prueba de *Marshall-Bonney*, en la cual la reposición digital de la cara anterior de la vagina y la elevación del cuello vesical elimina la incontinencia de esfuerzo, lo cual refleja IU por hipermovilidad uretral. La segunda prueba es *el Q-T-Test*, en la cual se introduce un hisopo por la uretra hasta superar la presión del esfínter uretral interno, pidiendo a la paciente que tosa, observando un movimiento del hisopo menor a 30° si no existe hipermovilidad uretral.

Finalmente no podemos dejar pasar en la exploración física la valoración muscular del suelo pélvico mediante la palpación a través del tacto vaginal mientras la mujer realiza una contracción voluntaria del elevador del ano, cerrando así la vagina. Para la valoración contráctil se utiliza la escala Oxford, que valora del 1 al 5, siendo 0 la ausencia de contracción y 5 un mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia.

Tras esta evaluación, fácilmente realizable bien desde la Consulta de Atención Primaria o de la Consulta de Ginecología, podemos hacer dos grandes clasificaciones, que ayudarán en el manejo posterior del cuadro de la paciente: Incontinencia urinaria compleja y no compleja.

Las ***incontinencias no complejas*** pueden recibir a priori tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias de la paciente, el tipo de vida que realiza, sus deseos

genésicos, en caso de ser pacientes jóvenes, o el riesgo que supone en algunos casos el tratamiento si son pacientes ancianas pluripatológicas, teniendo en cuenta que quizás no se produce una continencia total, sino una disminución de la sintomatología.

La IU de esfuerzo es candidata en primer lugar a medidas conservadoras y a rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico. La IU de Urgencia es susceptible de medidas de reeducación vesical (realizando, por ejemplo, micciones programadas, y aumentando paulatinamente los tiempos entre micciones) y de tratamiento farmacológico, bien con anticolinérgicos, bien con agonistas de los receptores adrenérgicos.

Todas aquellas incontinencias que no entren dentro de los estándares de IU no complejas se considerarán **incontinencias complejas** y son candidatas a una exploración especial, tal y como:

- Dolor
- Hematuria
- Infección recurrente
- Síntomas miccionales significativos
- Prolapso importante de órganos pélvicos
- Cirugía pélvica radical
- Irradiación pélvica previa
- Masa pélvica
- Sospecha de fístulas.

4.- EXPLORACIONES ESPECIALES

1. Urodinamia

El diagnóstico de la incontinencia basado en síntomas, exploración física y diario miccional presenta sus limitaciones. La urodinamia es considerada la prueba más fiable para establecer un diagnóstico exacto del tipo de incontinencia, así como para valorar las disfunciones de vaciado, como la obstrucción uretral y la hipotonía del detrusor.

El estudio urodinámico permite la valoración del tracto urinario inferior, valorando la presión, el flujo y el volumen. La urodinamia está indicada ante

- Previa a Cirugía Pélvica

- En pacientes con una enfermedad neurológica
- En pacientes con clínica confusa
- Incontinencias refractarias a tratamiento
- Incontinencia por disfunción de vaciado
- Ante recidivas después de tratamiento.

La **flujometría** valora la relación volumen/tiempo (ml/s). Al paciente se le solicita que orine en un recipiente que convierte electrónicamente el peso de la orina al caer en tasa de flujo. Estos parámetros son comparados por sexo, y permiten, conociendo la cantidad inicial y final, valorar la cuantía del residuo postmiccional. Su utilidad radica en la detección de las disfunciones del vaciado, procediendo a un estudio urodinámico completo si existe un flujo miccional anormal.

La **cistomanometría** valora la relación volumen/presión vesical durante la fase de lleno y de vaciado. Se coloca una sonda por vía transuretral, tras una micción espontánea, midiendo la presión intravesical. También se mide la presión intraabdominal puesto que la vejiga, al ser un órgano pélvico, también está expuesta a estas presiones, restándola de la presión intravesical ($P_{\text{vesical}} - P_{\text{abdominal}} = P_{\text{detrusor}}$).

La **cistomanometría de llenado** valora la sensibilidad, la capacidad y la acomodación de la vejiga, siendo la prueba más fiable para el diagnóstico diferencial entre IU de Esfuerzo y la IU de urgencia, ya que identifica los incrementos de presión intravesical por una contracción del detrusor, o bien incontinencia por aumento de la presión abdominal. La cistomanometría de llenado, a su vez, nos permite conocer si la capacidad vesical está disminuida, aumentada o es normal. Aquí también podemos ver la presión de pérdida con Valsalva, el mínimo valor de incremento de la presión abdominal o vesical que condiciona una pérdida de orina (IUE). En la IU de Urgencia encontramos una vejiga con acomodación normal, con súbitos aumentos de presión intravesical por las contracciones involuntarias del detrusor.

La **cistomanometría de vaciado** estudia al detrusor durante la fase de micción, y el flujo durante el vaciado. Nos permite identificar una disfunción de vaciado vesical, que puede ser debida a una anomalía en la contracción del detrusor, a una falta de relajación de la musculatura estriada o a la ausencia de coordinación entre la contracción vesical y la relajación del suelo pélvico (disfunción besico-esfinteriana)

La urodinamia también permite evaluar la **función uretral**, con el objetivo de identificar la IU de esfuerzo por disfunción uretral intrínseca. Nos puede dar dos

valores, el perfil de presión uretral, la medida de la presión intrauretral a lo largo de su trayecto. Una presión menor de 20 cc de H₂O sugiere IUE por disfunción uretral intrínseca. A su vez puede medir la presión de pérdida con Valsalva, la presión intravesical a la que se produce escape por incremento de la presión abdominal en ausencia de contracción del detrusor.

2. Ecografía

La ecografía del suelo pélvico para el diagnóstico de incontinencia urinaria se está convirtiendo cada vez más en una herramienta fundamental para la evaluación de diversos ítems. Se puede utilizar la vía abdominal y especialmente la transvaginal. La ecografía es un método no invasivo, recomendado por su precisión y su economía.

La ecografía permite distinguir entre la disfunción uretral intrínseca de aquella que se asocia a un descenso del cuello vesical y la uretra proximal. Por ecografía podemos estudiar diversos parámetros.

El deslizamiento uretral se mide desde el cuello vesical hasta eje central del pubis en reposo y en Valsalva. Se considera que un descenso del cuello vesical > de 8 mm con Valsalva es indicativo de IUE, siendo el valor promedio para mujeres con incontinencia unos 30 mm

El aumento de la movilidad uretral puede utilizarse como un marcador de seguimiento después de la realización de la cirugía en casos de incontinencia de esfuerzo.

La embudización del meato uretral interno es un signo de fugas de orina con el Valsalva o en reposo. Un funneling marcado se asocia con baja presión de cierre uretral. En la disfunción intrínseca, la uretra se encuentra fija y el cuello es incompetente. A mayor embudización, mayor incontinencia y mayor apertura de ángulo retrovesical.

La ecografía también permite cuantificar el volumen de orina residual midiendo la altura, la anchura y la profundidad vesical en cm. Estos valores se combinan en la fórmula de Haylen /Orina residual = [(DAx DB) x 5.6] – 14.9 /, siendo A el valor sagital y B la transversa. La medición del volumen residual puede ser de ayuda ante diagnósticos inciertos o cuando la terapia inicial no es efectiva. Un volumen residual menor al 30% de la capacidad vesical máxima se considera un vaciamiento adecuado. En general se utilizan los siguientes valores para considerar una disfunción del vaciado: > 30% de residuo o >150 ml.

El ángulo retrovesical es el ángulo entre la pared vesical posterior y el eje longitudinal de la uretra, siendo normal entre 90° y 120°. Finalmente, la medición del grosor del detrusor en zona anterior, en trígono y en la cúpula, es otro parámetro que podemos objetivar para el diagnóstico de hiperactividad del detrusor (>6 mm).

3. Videourodinámica

Se realiza simultáneamente un estudio radiológico y del estudio de presión-flujo. Se visualiza la unidad vesico-uretral en la cistometría de llenado o de la fase miccional. Se utiliza para demostrar el escape involuntario de orina por la uretra para el diagnóstico de la obstrucción mecánica del tracto urinario inferior.

4. Cistoscopia

La cistoscopia permite visualizar la vejiga y la uretra. Esta prueba está indicada ante una historia de hematuria, dolor a la micción o al terminar la misma, infecciones de repetición, ante una aparición repentina de frecuencia y urgencia, o en pacientes que no respondan a tratamiento farmacológico con clínica de vejiga hiperactiva.

Se pueden identificar tumores y litiasis, inflamaciones epiteliales y cistopatías intersticiales. Así mismo, la cistoscopia permite tomar muestras para biopsia, descartando patología orgánica. Se puede utilizar durante el tratamiento quirúrgico para algunas técnicas y como control postoperatorio de la integridad de la vejiga.

5. Estudios electrofisiológicos

Este tipo de estudios permiten evaluar el tipo y cantidad de actividad eléctrica de las fibras del esfínter anal. La electromiografía permite cuantificar la cantidad de fibras que se activan en el esfínter, los reflejos de la musculatura del suelo pélvico, etc. Con este tipo de estudios se pueden evidenciar lesiones del sistema nervioso central, lesiones de los nervios pudendos, o de las neuronas sacras.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Incontinencia urinaria: Diagnóstico. 2012
- [2] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratamiento de la incontinencia de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva. 2015
- [3] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. 2017
- [4] Lukacz ES, Brubaker L, Schmader KE. Evaluation of women with urinary incontinence. UpToDate; 13 Nov 2017.
- [5] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Otros tipos de incontinencia urinaria y disfunciones vesico-uretrales en la mujer. 2006
- [6] Espuña M, Puig-Clota M, Iglesias X. Bases de la uroginecología. Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina. Fundamentos de Ginecología. SEGO: Madrid, 2009. p303-317.
- [7] Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women. A Review. JAMA 2017; Vol 318 (16): 1592-1604.
- [8] Schroder A, Abrams P, Anderson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. Asociación Española de Urología. 2009.
- [9] Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. American Family Physician Web site [www.aafp.org/afp]. 2013.
- [10] Santalla A, Carmona M. Incontinencia Urinaria. Clases de Residentes. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2007
- [11] Benitez A, Carmona M. Valoración ecográfica del Suelo Pélvico. Clases de Residentes. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2015.