

Estado actual de la valoración clínica de la incontinencia urinaria femenina

I. FUENTES, A. SILMI, F. CRESPI, J. MORENO, L. RESEL

Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos
Madrid

INTRODUCCIÓN

Como en cualquier otro campo de la medicina el estudio de la incontinencia urinaria debe comenzar por la realización de una historia clínica y exploración física, en las que se incluyan aspectos generales y otros más dirigidos a la patología que nos ocupa. Los métodos diagnósticos están sufriendo avances continuos, lo que puede llevarnos al error de infravalorar este primer contacto con la paciente e incluso a realizar falsas interpretaciones posteriores de las pruebas complementarias.

En la actualidad, con la realización de una correcta anamnesis junto a los estudios disponibles se puede llegar a filiar y clasificar la mayoría de las incontinencias. Inicialmente se debe caracterizar el síntoma principal para luego demostrar su existencia como signo clínico o condición urodinámica.

Como objetivos en el estudio de una incontinencia debemos incluir:

- Demostración de la pérdida de orina por uretra.
- Cuantificar su intensidad.
- Establecer el tipo de incontinencia.
- Perfilar las posibilidades terapéuticas.

ANAMNESIS

La historia clínica del paciente incontinente incluye el interrogatorio sobre antecedentes personales, tanto patológicos como quirúrgicos,

sobre patologías asociadas y la historia de la incontinencia. Dicha historia debe basarse en una buena relación médico-paciente, en la que éste último sienta asegurada la confidencialidad y exprese su «problema» con sus propias palabras, siendo «guiado» a su vez por el urólogo para evitar que olvide algún síntoma.

1. HISTORIA CLÍNICA

El interrogatorio se inicia pues, con la investigación de los antecedentes familiares y personales. Se debe descartar la existencia de enfermedades genéticas y conocer la causa de los fallecimientos de familiares de primer grado.

Respecto a los antecedentes personales se interrogará sobre las enfermedades padecidas, sobre todo en el ámbito urológico, obstétrico, ginecológico, neurológico y psiquiátrico, registrando además si sigue algún tratamiento habitual y la existencia de cualquier otra patología (cardiopatía severa, bronconeumopatía crónica, diabetes mellitus...) que puedan influir en el manejo terapéutico final.

En la siguiente tabla se recogen los principales antecedentes personales que se han de recoger:

ANTECEDENTES PERSONALES

- **PATOLÓGICOS**
 1. Urológicos: hematuria, RAO, CRU, infecciones de repetición, manipulaciones previas.
 2. Obstétricos: n.º embarazos, características de los partos (uso de forceps, desgarros perineales), cesáreas.
 3. Ginecológicos: dismenorrea, menopausia, tratamiento hormonal.
 4. Neurológicos: enfermedades degenerativas, traumatismos medulares.
 5. Psiquiátricos: trastornos mentales y medicación pautada.

- **QUIRÚRGICOS:**
 1. Cirugías previas por patología abdominal o pelviana.
 2. Tratamientos previos de la incontinencia (estableciendo el momento de la cirugía, técnica usada, vía de abordaje y resultado de la misma).
 3. Antecedentes de manipulación urológica en el varón (sondajes, dilataciones, cirugía de próstata).

2. HISTORIA DE LA INCONTINENCIA

El interrogatorio al paciente con una incontinencia urinaria se basa en los siguientes aspectos:

- a) Caracterización del síntoma principal.
- b) Reconocimiento de los síntomas secundarios.
- c) Cuantificación de los síntomas.
- d) Variación de los mismos con el tiempo y su asociación temporal con otros antecedentes personales.

A) *Caracterización del síntoma principal*

Se debe intentar conseguir una descripción detallada del síntoma principal por el que el paciente consulta. Este primer dato nos proporciona una orientación diagnóstica y terapéutica muy valiosa.

Las principales formas de incontinencia son:

- *Incontinencia no consciente*. El paciente aprecia el escape de orina al sentirse mojado o por la aparición de otros síntomas. Se produce una pérdida involuntaria de orina no asociada a urgencia ni a esfuerzos.
- *Incontinencia de esfuerzo*. Pérdida involuntaria de orina provocada por el aumento de la presión abdominal.
- *Urgencia-incontinencia*. Escape de orina asociado a un deseo repentino e intenso de ganas de orinar.
- *Incontinencia total*. Pérdida constante de orina relacionada generalmente con anomalías congénitas o yatrogénicas, traumáticas o fistulas.
- *Enuresis nocturna*. Fallo del control voluntario y consciente de la micción durante la noche.
- *Fuga tras la micción*.

Una vez conocido el síntoma fundamental se intentará reconocer la existencia de factores desencadenantes de la clínica, así como la forma, frecuencia y patrón de presentación.

B) *Síntomas asociados*

El interrogatorio se dirige ahora al descubrimiento de otros síntomas acompañantes que puedan completar el diagnóstico. Es importante

valorar la posible asociación de síntomas obstructivos (disminución del calibre del chorro, entrecortamiento, dificultad miccional, sensación de micción incompleta...) o irritativos (polaquiuria, nicturia, disuria, dolor miccional...).

Hay que preguntar sobre la existencia de una masa vaginal, la sensación de pesadez genital, incontinencia de heces y dolores pelvianos que varíen con la micción.

C) *Cuantificación de los síntomas*

Es importante valorar la severidad de la incontinencia, cuantificando de forma más objetiva su intensidad, ya que es muy diferente la interpretación y orientación terapéutica de una incontinencia de 1-2 compresas/día que otra que precise de 6-8. Para esto es fundamental la creación de un *diario miccional* en el que el paciente registre el volumen y momento de cada micción, y de cada episodio de incontinencia, incluyendo además la aparición de otra sintomatología como urgencia, dolor..., y la existencia de algún factor desencadenante.

D) *Evolución de los síntomas*

El conocimiento de los cambios clínicos producidos con el tiempo nos permite valorar la evolución de la enfermedad así como la respuesta al tratamiento instaurado.

En el interrogatorio se debe descartar la asociación temporal entre la aparición del síntoma y los antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración de un paciente con incontinencia urinaria es una combinación de las exploraciones urológica, ginecológica y neurológica, que no sólo pongan en evidencia el síntoma principal, sino que nos permita además conocer el estado del suelo pélvico.

El *exámen urológico* debe objetivar la incontinencia y su relación directa con la tos. La paciente, que debe tener deseo miccional, se explora en decúbito supino, posición ginecológica y bipedestación. Se le indica que tosa, valorando si la pérdida de orina se produce sincrónica-

mente o unos segundos después, hecho éste que apunta hacia una contracción involuntaria.

En los varones es obligada la realización de un tacto rectal para la valoración de los síntomas prostáticos.

La *exploración neurológica* tiene como objeto descartar cualquier alteración neurológica del tracto urinario inferior.

Incluye las siguientes exploraciones:

- *Sensibilidad perineal y perianal*, dependiente del sector aferencial del cono medular (S3-S4), pudiéndose encontrar conservada o disminuida, homo o bilateralmente.
- *Evaluación del esfínter anal*, que incluye el tono anal en reposo y el control voluntario del mismo, investigándose ambos mediante tacto rectal.
- *Reflejo bulbocavernoso*. Mediante tacto rectal se comprueba la contracción del esfínter anal tras la compresión del glande o del clítoris. Su presencia evidencia la integridad del arco reflejo sacro de la micción. Su ausencia justifica la realización de una electromiografía esfinteriana con agujas.

La *exploración ginecológica* debe incluir la evaluación de los genitales externos, la integridad del suelo pélvico (laxitud perineal), evaluación de la movilidad uretral y la relación con los órganos pélvicos.

Es obligada la exploración vaginal descartando la presencia de atrofia vaginal, fístulas uretrales o vesico-vaginales, hipospadias femenino..., con definición del grado de cistocele. Los prolapsos genitales deben evaluarse con detenimiento, valorando el nivel máximo de protusión con Valsalva en posición de litotomía.

Se definen cuatro grados de prolapso:

- Grado 1: No protruye a través de la vagina.
- Grado 2: Asoma por el introito vaginal.
- Grado 3: Sobrepasa el introito.
- Grado 4: Asoma claramente al exterior.

Como ya se ha comentado previamente el objetivo fundamental de la exploración es poner de manifiesto la incontinencia, para lo que existen diversas pruebas:

- *Test de la compresa*. Actualmente sustituido por otras pruebas de más fácil manejo, cuantifica la diferencia de peso de una compresa después de usarse en condiciones uniformes.

- *Prueba de esfuerzo*. Tras demostrar la existencia de incontinencia con la tos se realizan maniobras para corregir ésta. Con la maniobra de Bonney se eleva el cuello vesical mediante tacto vaginal, incluyendo el cuello entre los dedos índice y medio sin ocluir la uretra. Con la maniobra de Marshall-Marchetti se levanta la pared anterior vaginal con unas pinzas de Allis. Con ambas se reproduce el efecto potencial de una suspensión quirúrgica del cuello y se valora la movilidad de los tejidos periuretrales. En caso de cistocele se deben realizar previa reducción del mismo para no enmascarar la presencia de incontinencia de esfuerzo.
- *Prueba del bastoncito («Q-tip»)*. Descrito en 1971 por Crystle intenta definir el grado de hipermovilidad uretral. Tras introducir en vejiga un bastoncito lubricado, se va retirando hasta localizarlo en la unión uretrovesical. Se solicita a la paciente que tosa y se evalúa la modificación del ángulo. Si es mayor de 35.º indica un soporte deficiente de la vejiga.

BIBLIOGRAFÍA

1. LUDVIKSSON K. «The value of clinical examination of the female incontinent patient». Acta Obstet Gynecol Scand 1997; (Suppl. 166): 19-23.
2. DUPONT M, ALBO M, RAZ, S: «Diagnosis of stress urinary incontinence. An overview». Urol Clin North Am 407, 1996.
3. BLAIVAS JG: «Diagnostic evaluation». Semin Urol 1989; 7: 65-77.
4. MCGUIRE EJ, FITZPATRICK C, WAM J, BLOOM D, SANVORDENKER J, RITCHEY M, GORMLEY E: «Clinical assesment of urethral sphinter function». J Urol 150: 1452. 1993.
5. ESPEJO E, TALLADA M, CÓZAR JM, MORENO J: «Incontinencia urinaria femenina: fisiopatología, etiología, diagnóstico y clasificación». En «Urodinámica aplicada». Editada por Salinas, J y Romero, J., pp. 329, Madrid, 1995.
6. JACKSON S: «Female urinary incontinence symptom evaluation and diagnosis». Eur Urol 1997; 32 (Supp 12).
7. KNAPP PM JR.: «Identifying and treating urinary incontinence. The crucial role of the primary care physician». Postgrad Med 1998; Apr 103 (4): 279-80, 283, 287-90 passim.
8. BLAIVAS JG: «Sphincteric incontinence in the female. Pathophysiology, classification and choice of corrective surgical prodecure». AUA Update Series 1987; 25: 1-7.
9. MCGUIRE EJ: «Bladder inestability and stress incontinence». Neurol Urodyn 1988; 7: 563-67.

10. GALMES I, ALLONA A, FERNÁNDEZ E. Cirugía uroginecológica. Tema monográfico del LXIV Congreso Nacional de Urología. Mayo; 1999.
11. SIRLS LT, CHOE LM. «The incontinence history and physical examination». *Urinary incontinence*. Mosby; 1997.
12. ROMANZI L, BLAIVAS JC. «Office evaluation of incontinence». *Urinary incontinence*. Mosby; 1997.
13. HUNSKAAR S, ARNOLD EP, BURGIO K, DIOKNO AC, HERZOG AR, MALLET VT: «Epidemiology and natural history of urinary incontinence». *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000; 11 (5): 301-19.
14. KELLEHER C: *Quality of life and urinary incontinence*. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000 Apr; 14 (2): 363-79.
15. KEANE DP, O'SULLIVAN S: «Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology». *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000 Apr 14 (2): 207-26.
16. CHEATER FM, CASTLEDEN CM: «Epidemiology and classification of urinary incontinence». *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000 Apr 14 (2): 183-205.
17. PARAZZINI F, COLLI E, ORIGGI G, SURACE M, BIANCHI M, BENZI G, ARTIBANI W: «Risk factor of urinary incontinencia in women». *Eur Urol*. 2000 Jun; 37 (6): 637-43.
18. COLIN J, NOURI M, CIOFU C, SANANES S, HAAB F: «New data of diagnosis and treatment of urinary stress incontinence». *Gynecol Obstet Fertil*. 2000 Feb; 28 («): 102-7.
19. HARRIS A: «Impact of urinary incontinence on the quality of life of women». *Br J Nurs* 1999 Mar 25-Apr 7; 8 (6): 375-80.
20. SAMPSELLE CM, BURNS PA, DOUGHERTY MC, NEWMAN DK, THOMAS KK, WYMAN JF: «Continence of women: evidence-based practice». *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999; 28 (6 Suppl): 25-33.