

Evaluación diagnóstica de las mujeres con síntomas de vejiga hiperactiva

M. Muñoz Muñoz, R. Usandizaga Elio, J. Santisteban Padró

Unidad de Suelo Pélvico. Hospital Universitario La Paz. Madrid

RESUMEN

La urgencia miccional y la incontinencia urinaria son dos síntomas frecuentemente asociados a la disfunción del suelo pélvico y que están presentes en un importante porcentaje de mujeres en las consultas de ginecología. La evaluación inicial ha de incluir una anamnesis detallada sobre los síntomas de incontinencia, una exploración física, un análisis de orina y el diario miccional, así como la valoración mediante cuestionarios validados de cómo afectan estos síntomas a la calidad de vida. Otras pruebas complementarias, como el estudio urodinámico, la ecografía y la uretrocistoscopia, se reservan para casos complejos o en los que no se produce una mejoría suficiente con el tratamiento inicial establecido.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva, diagnóstico.

La urgencia miccional y la incontinencia de orina son dos síntomas asociados a menudo a la disfunción del suelo pélvico y que deterioran notablemente el funcionamiento físico, el bienestar emocional y la calidad de vida de las mujeres que los padecen.

La prevalencia de la incontinencia urinaria puede variar en función de la población evaluada y la metodología utilizada, pero en la mayoría de los trabajos publicados puede afectar hasta a un tercio de la población¹. Por ello, investigar si la mujer tiene pérdidas involuntarias de orina y problemas miccionales debería ser una práctica habitual en la consulta de ginecología para efectuar una evaluación básica en caso de que los haya.

La evaluación inicial incluirá una anamnesis detallada sobre los síntomas de incontinencia, una exploración física, un análisis de orina y el diario miccional; otras pruebas complementarias se reservarán para casos más complejos.

ABSTRACT

Diagnostic evaluation of women with overactive bladder

Urgency and urinary incontinence are two symptoms often associated with pelvic floor dysfunction that are present in an elevate percentage of women in gynecological consultation. The initial evaluation included a detailed history of incontinence symptoms, physical examination, urinalysis and voiding diary, not forgetting to assess how these symptoms affect the quality of life of women by validated questionnaires. Other test such as urodynamics, ultrasound and urethrocytostocopy will be reserved for complex cases or when there were not enough improvement with the initial treatment.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: urinary incontinence, overactive bladder, diagnosis.

Anamnesis

La anamnesis es, sin duda, el primer paso en la evaluación de la paciente, no sólo para valorar los síntomas urinarios, sino también para investigar los antecedentes familiares, personales, obstétricos y ginecológicos de la mujer. Entre esos antecedentes hay que prestar especial atención a los que constituyen factores de riesgo conocidos de incontinencia urinaria, como la paridad, el tipo de parto y la morbilidad asociada, la cirugía o radioterapia pélvica, etc., y tampoco hay que olvidar preguntar por la medicación habitual de la paciente porque, aunque raras veces es la causa de la incontinencia, sí puede influir en sus características.

Recabaremos información sobre la duración, la frecuencia, la gravedad y los factores agravantes de la incontinencia, así como sobre su asociación o no a otros síntomas miccionales. Si el escape va precedido de una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar (incontinencia de urgencia), si es consecuencia de un aumento de la presión abdominal

Dirección para correspondencia:

M. Muñoz Muñoz. Calle San Modesto, 44, 3.º D. 28034 Madrid. Correo electrónico: marmuno_iz@yahoo.es

producido por la tos, la risa, el estornudo o la realización de esfuerzos (incontinencia de esfuerzo) o si se produce durante el día o la noche, son características del tipo de incontinencia que, si bien no permiten establecer un diagnóstico definitivo, ofrecen una orientación clínica muy útil.

La anamnesis también permitirá identificar a las pacientes que necesitan una derivación a unidades especializadas por presentar síntomas asociados como dolor, hematuria, infecciones recurrentes del tracto inferior, pérdidas constantes que sugieran la presencia de una fístula o dificultad para la micción.

Exploración física

Incluirá una exploración general que valore el estado global de salud de la mujer, el cálculo del índice de masa corporal a partir del peso y la talla, la exploración ginecológica con evaluación del trofismo de los tejidos, tipo y grado de prolapso si existiera con exclusión de cicatrices, malformaciones o masas pélvicas, sin olvidar evaluar la capacidad contráctil de la musculatura del suelo pélvico (tabla 1)².

Aunque la exploración física suele aportar pocos datos para el diagnóstico de la vejiga hiperactiva y la incontinencia urinaria de urgencia, no por ello hay que desestimarla, ya que supone un pilar importante en la evaluación global de la paciente con disfunción del suelo pélvico, y además permite objetivar pérdidas relacionadas con el esfuerzo que orientarán hacia la incontinencia mixta.

Análisis de orina

El análisis del sedimento urinario debe realizarse en toda paciente con síntomas urinarios, con la finalidad de descartar la infección de orina y la hematuria. En caso de que exista infección, ha de tratarse antes de proseguir el estudio, ya que produce una sintomatología irritativa miccional, incluida la incontinencia de urgencia, que podría desaparecer nada más resolverse la infección.

Inicialmente puede ser suficiente un análisis con tira reactiva, y sólo en caso de un resultado alterado se solicitará el estudio microscópico para la confirmación diagnóstica. El análisis con tira reactiva es la prueba más económica y con mejor sensibilidad para el diagnóstico de una infección urinaria, además de ser muy útil por su accesibilidad y rapidez diagnóstica, ya que el resultado es inmediato. Cuando los nitritos y los leucocitos son positivos, la sensibilidad es del 75% y la especificidad del 82% para el diagnóstico de infección urinaria³.

Si se detecta hematuria de forma reiterada, se recomienda remitir a la paciente al urólogo para hacer pruebas complementarias como la ecografía renovesical y de vías urinarias

Tabla 1. Escala de Oxford para la valoración de la contractilidad de la musculatura del suelo pélvico

Grado	Descripción
0/5	Ausencia de contracción
1/5	Contracción muy débil
2/5	Contracción débil
3/5	Contracción moderada, con tensión y mantenida
4/5	Contracción buena; mantenimiento de la tensión con resistencia
5/5	Contracción fuerte; mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia

Fuente: Haslam y Laycock²

o la cistoscopia para descartar que sean consecuencia de lesiones vesicales.

Cuestionarios

Disponemos de cuestionarios estandarizados que permiten determinar el tipo de incontinencia a partir de los síntomas, la gravedad de la misma y el grado de afectación de la calidad de vida. Además, estos cuestionarios, cuando se usan en el seguimiento de la paciente, pueden tener utilidad para valorar cambios en los síntomas o su gravedad en relación con el tratamiento establecido.

Los más utilizados son:

- Cuestionario de la International Consultation on Incontinence (ICIQ-UI) (figura 1). Se trata de un test autocumplimentado que fue diseñado por un comité de expertos de la ICIQ y que incluye todos los aspectos de la incontinencia; también existe una versión corta (ICIQ-UI-SF), más útil para su uso en la práctica clínica diaria⁴. Está validado en español, con una consistencia interna muy elevada y cercana a la del cuestionario original, por lo que resulta un instrumento muy útil en el seguimiento de pacientes antes y después de la aplicación de tratamientos para la incontinencia⁵. Consta de 3 ítems: frecuencia, cantidad y afectación; también se incluye una serie de 8 preguntas relacionadas con el tipo de incontinencia y que, aunque no forman parte de la puntuación del cuestionario, orientan sobre el tipo de incontinencia de la paciente. La puntuación total se obtiene por la suma de los tres primeros ítems y varía entre 0 y 21 puntos.
- Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (CACV) (figura 2). Es un instrumento de uso sencillo en la práctica clínica para detectar a pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva. Fue diseñado por un grupo europeo de expertos y ha sido validado en español. Es un

de urgencia miccional y su grado, la existencia de nocturia... También es interesante registrar los volúmenes de orina evacuada, ya que eso nos orientará de manera práctica sobre la capacidad funcional vesical de la paciente en su vida diaria. Si además incluimos en la recogida de datos el volumen y el tipo de líquidos ingeridos a lo largo del día, obtendremos información valiosa para posibles intervenciones sobre los hábitos de vida de la paciente.

La duración del diario miccional puede variar (1-7 días), pero hay que tener en cuenta que prolongar los días de recogida de datos se asocia a un peor cumplimiento. Aunque desde el punto de vista estrictamente clínico puede ser suficiente con 1 día para valorar los síntomas, es preferible recoger datos durante 3 días¹¹.

El diario miccional no sólo es de utilidad en la evaluación inicial de las pacientes, sino también en el transcurso del tratamiento, ya que puede ser una herramienta más para observar la evolución de los síntomas y para comprobar la eficacia de las distintas intervenciones que se han puesto en marcha, con resultados comparables a los de los cuestionarios de síntomas¹².

Orina residual

La medición de la orina residual tras una micción espontánea permite valorar si existe o no una disfunción de vaciado que pueda asociarse a síntomas de urgencia y aumento de la frecuencia miccional. Puede realizarse mediante cateterismo o por ecografía; siendo preferible la valoración ecográfica, por tratarse de un método no invasivo.

Se puede cuantificar mediante ecografía abdominal, vaginal o perineal; existen diferentes fórmulas para calcular el volumen del residuo a partir de los diámetros obtenidos, con buena correlación entre las mismas, incluso en mujeres con prolapso genital marcado¹³⁻¹⁶ (tabla 3).

Test de la compresa

Esta prueba pretende evaluar objetivamente el escape de orina. Para ello, primero se pesa la compresa, luego la paciente se la pone y la lleva durante 1 hora, 24 horas o incluso 72 horas, realizando en ese tiempo una actividad predeterminada o bien su actividad habitual; luego se le resta a la compresa usada su peso en seco, y la diferencia corresponde a la pérdida (1 g equivale a 1 mL de orina)¹⁷.

Aunque es una prueba recomendada por diferentes sociedades científicas, sobre todo para la valoración de los resultados tras el tratamiento de una paciente incontinente, su utilidad en la práctica diaria es dudosa a causa de su complejidad.

Tabla 3. Cálculo del volumen vesical por ecografía

Haylen	Dicuió	Dietz
Volumen= $L \times AP \times 5,9 - 14,6$	Volumen= $L \times T \times AP \times 0,5$	Volumen= $L \times AP \times 5,6$
AP: diámetro anteroposterior; L: diámetro longitudinal; T: diámetro transversal.		

Urodinamia

El diagnóstico urodinámico se propone la valoración objetiva de la clínica que presenta la paciente con incontinencia con vistas a confirmar un juicio clínico emitido en función de los síntomas, apoyar la instauración de un tratamiento y establecer un pronóstico de respuesta al tratamiento.

En las pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria de urgencia, no se considera que la prueba deba hacerse de forma sistemática, ya que puede establecerse un tratamiento inicial basado en los cambios del estilo de vida, la reeducación vesical, el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y el tratamiento farmacológico a partir de un diagnóstico clínico¹⁸.

Sí se contemplará su realización cuando la clínica sea confusa, se asocien síntomas atípicos o no se obtenga una respuesta favorable al tratamiento inicial establecido antes de plantear otras alternativas terapéuticas.

En las pacientes con clínica de urgencia la evaluación básica es la cistomanometría, para la demostración de contracciones no inhibidas que definirían un detrusor hiperactivo, pero también podemos obtener información sobre el volumen con el que aparece la primera contracción, si éstas provocan escapes o no, la intensidad máxima que pueden llegar a alcanzar, la acomodación entre contracciones durante la fase de llenado y la capacidad cistomanométrica máxima. La flujometría tiene un valor limitado en el diagnóstico de la incontinencia de urgencia, si bien permite descartar la presencia de residuos posmiccionales significativos, una posible obstrucción infravesical o un patrón miccional patológico que estén relacionados con síntomas de urgencia y aumento de la frecuencia miccional.

Uretrocistoscopia

Esta técnica permite visualizar la uretra y la cavidad vesical y descartar la presencia de patología orgánica. No se trata de una prueba de uso habitual, pero sí está indicada en las pacientes con hematuria o clínica de urgencia-frecuencia sin respuesta al tratamiento¹⁹.

Pruebas de imagen

Mediante la radiología, la ecografía y la resonancia es posible visualizar el aparato urinario en su totalidad; sin embargo, no se recomiendan como estudio diagnóstico inicial de la paciente con vejiga hiperactiva sin complicaciones¹⁹.

De estas tres técnicas de imagen, probablemente la ecografía sea la más útil para evaluar a las pacientes con incontinencia que lo precisen, por ser una prueba de bajo coste, inmediata, no invasiva, que no irradia y de la que existe una amplia disponibilidad en las consultas de ginecología y urología. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol*. 2014; 65(1): 79-95.
- Haslam J, Laycock J. *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*, 2.ª ed. Londres: Springer-Verlag, 2008.
- Martín A, Luelmo E, García JA. Valor de la tira reactiva en el diagnóstico de la infección urinaria en la consulta de ginecología. *Suelo Pélvico*. 2013; 9(2): 43-46.
- Donavan JL. Symptom and quality of life assessment. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. *Incontinence. Second International Consultation on Incontinence*. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd, 2002.
- España M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del ICIQ-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122: 288-292.
- Basra R, Artibani W, Cardozo L, Castro-Díaz D, Chapple C, Cortés E, et al. Design and validation of a new screening instrument for lower urinary tract dysfunction: the bladder control self-assessment questionnaire (B-SAQ). *Eur Urol*. 2007; 52(1): 230-238.
- España M, Puig M, Rebollo P. Validación de la versión en español del Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV). Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp*. 2006; 30(10): 1.017-1.024.
- Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health*. 1993; 47(6): 497-499.
- Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104(12): 1.374-1.979.
- Badía X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health Questionnaire para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114: 647-652.
- Ku JH, Jeong IG, Lim DJ, Byun SS, Paick JS, Oh SJ. Voiding diary for the evaluation of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: prospective assessment of patient compliance and burden. *Neurourol Urodyn*. 2004; 23(4): 331-335.
- Homma Y, Kakizaki H, Yamaguchi O, Yamanishi T, Nishizawa O, Yokoyama O, et al. Assessment of overactive bladder symptoms: comparison of 3-day bladder diary and the overactive bladder symptoms score. *Urology*. 2011; 77(1): 60-64.
- Haylen BT. Verification of the accuracy and range of transvaginal ultrasound in measuring bladder volumes in women. *Br J Urol*. 1989; 64(4): 350-352.
- Dicuio M, Pomara G, Menchini F, Ales V, Dahlstrand C, Morelli G. Measurements of urinary bladder volume: comparison of five ultrasound calculation methods in volunteers. *Arch Ital Urol Androl*. 2005; 77(1): 60-62.
- Dietz HP, Velez D, Shek KL, Martin A. Determination of postvoid residual by translabial ultrasound. *Int Urogyn J*. 2012; 23(12): 1.749-1.752.
- Cassado J, España-Pons M, Díaz-Cuervo H, Rebollo P. How can we measure bladder volumes in women with advanced pelvic organ prolapse? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014. Doi: 10.1002/uog.14678.
- Groutz A, Blaivas JG, Chalkin DC, Resnick NM, Engleman K, Anzalone D, et al. Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad test. *J Urol*. 2000; 164(3 Pt 1): 698-701.
- Tratamiento de la incontinencia de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva. Protocolo de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014.
- Incontinencia urinaria: diagnóstico. Protocolo de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2012.