

Incontinencia urinaria

LAURA GONZÁLEZ BOSQUET

Farmacéutica.



Más de 2 millones de personas presentan incontinencia urinaria. Los grupos de población más afectados son las mujeres, las personas mayores y los niños. Aunque esta dolencia está directamente relacionada con el paso de los años, suele empezar a partir de los 40 y su incidencia se incrementa sensiblemente a partir de esta edad, de forma que a partir de los 55 años el 15% de las mujeres han tenido algún episodio de incontinencia.

La incontinencia urinaria es un trastorno con importantes repercusiones en la actividad social, laboral y las relaciones personales y sexuales. Pero, a pesar de ello, se trata de una dolencia que se encuentra infradiagnosticada, es decir, sólo uno de cada 10 pacientes consulta a su médico sobre este problema. No deberemos infravalorar minúsculas pérdidas de orina ya que, en muchos casos, estas fugas pueden ser el comienzo

de incontinencias graves que en un primer estadio pueden ser reversibles —o al menos controlables por el paciente— y que en grados más avanzados resultan difíciles de resolver con éxito sin emplear medidas agresivas.

Fisiología de la micción

Los riñones producen orina de forma constante y se acumula en la

vejiga, que tiene la capacidad de distenderse para recibir la orina procedente de los uréteres. Por tanto, la vejiga es un órgano elástico de forma esférica situado en la parte inferior del abdomen, detrás del pubis. La evacuación al exterior a través de la uretra exige la capacidad de contracción de la vejiga. Cuando la orina almacenada en la vejiga alcanza un cierto nivel, se sienten deseos de orinar.

Habitualmente, la acción de vaciar la vejiga es perfectamente controlable y está sujeta a nuestra voluntad o conveniencia. Sin embargo, la incontinencia se produce cuando el vaciado de la vejiga escapa a este control y se produce de forma involuntaria. Esta contracción involuntaria de la vejiga puede tener su origen en diferentes alteraciones que explicamos a continuación.

Tipos de incontinencia

No todos los tipos de incontinencia urinaria son iguales o tienen causas semejantes. Existe una gran variabilidad e incluso en algunos casos pueden ir asociados a otros tipos de patología o a la ingestión de ciertos fármacos.

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Se manifiesta como un escape involuntario de orina al efectuar un esfuerzo abdominal (tosar, estornudar, reír) o a cualquier actividad o ejercicio físico. Se caracteriza por no estar asociada al deseo de orinar ya que la persona no percibe ninguna sensación o aviso previo. El escape de orina que se produce puede ser desde unas gotas a un chorro, dependiendo de la evolución o del tipo de esfuerzo realizado. En ocasiones, el solo hecho de ponerse de pie, agacharse a coger algo o cargar peso son situaciones desencadenantes. Las causas de esta incontinencia no se atribuyen a la vejiga ya que ésta no sufre ningún trastorno y se adapta al llenado sin problemas. Sin embargo, la incontinencia está siempre relacionada con un funcionamiento anómalo de la uretra, que es incapaz de asegurar el mecanismo de cierre completo y seguro. El debilitamiento del suelo pélvico es una causa de este tipo de incontinencia.

El piso pélvico es una estructura formada por un conjunto de músculos y tendones que cierran la cavidad abdominal por su parte inferior y, a la vez, sujetan y mantienen la vejiga, el útero y el recto.

Existen varios motivos por los que la musculatura del suelo pélvico sufre una importante agresión y pierde su tensión característica produciendo al distenderse una caí-

da de los órganos que soporta, como la vejiga y la uretra. Los principales son el embarazo, el parto y las cirugías ginecológicas, pero esta pérdida de elasticidad y tensión se incrementa también con los años y el déficit estrogénico que tiene lugar en la menopausia. De esta forma, cualquier actividad produce un aumento de la presión en el abdomen que es transmitido a la vejiga y ante este aumento la uretra es incapaz de evitar la incontinencia. En las personas que presentan incontinencia la uretra suele descender debido al aumento de presión abdominal tras repetidos esfuerzos y, por ello es habitual que presenten también descensos de la vejiga, útero y recto.

No se sabe
con exactitud qué
causa la incontinencia
infantil y, en la mayoría
de casos, no existe
ningún trastorno
fisiológico que
la explique

Incontinencia de urgencia o emergencia

Se caracteriza por un deseo irrefrenable, intenso y repentino de orinar que no permite llegar a tiempo al baño. En este caso la persona siente un fuerte deseo miccional sin poder evitarlo, y el intento de retener la orina le produce dolor.

Este tipo de incontinencia se produce por la contracción involuntaria de la vejiga y se desencadena fácilmente a partir de ciertos estímulos externos como el sonido del agua al caer, el contacto con ésta, el movimiento del ascensor, la proximidad a la vivienda o la lluvia, produciendo de forma inesperada un deseo de orinar incontrolable y la persona se orina. También es el caso de personas de edad que tienen limitada su agilidad y sus capacidades físicas y a los que mu-

chas veces no les da tiempo a desvestirse o llegar al servicio.

Este comportamiento recibe el nombre de «vejiga inestable», y se desencadena con facilidad a partir de un cierto volumen de líquido. La vejiga inestable es una de las causas más frecuentes de incontinencia y entre los varones suele acompañar al síndrome prostático.

Enuresis

A la incontinencia durante el sueño se la conoce con el nombre de enuresis. Es especialmente habitual en la población infantil. Hasta los 7 años de edad se da con una mayor frecuencia en las niñas que en los niños, pero a partir de esta edad la frecuencia se iguala en los dos sexos.

Existe un amplio margen de diferencia a la hora de establecer a qué edad se debe controlar voluntariamente la micción. De hecho, algunos niños son continentes durante el sueño antes de los dos años, mientras otros precisan de un mayor tiempo para conseguirlo. Se trata de algo que el niño debe ir aprendiendo y que los padres tienen que ir enseñándole a hacer.

No se sabe con exactitud qué causa la incontinencia infantil y, en la mayoría de casos, no existe ningún trastorno fisiológico que la explique. Aunque ante cualquier caso de enuresis debe descartarse una enfermedad o un posible problema psicológico, a veces se ha relacionado con el grado de ansiedad, el estilo de vida familiar o la profundidad del sueño.

Incontinencia en la tercera edad

Se trata de una incontinencia producida por un deterioro del sistema urinario que puede obedecer a causas como la relajación o debilitamiento del suelo pélvico (algo que favorece en la mujer la incontinencia de esfuerzo) o por la pérdida del control voluntario sobre la micción debido a la alteración del sistema nervioso.

En los hombres también puede producirse una obstaculización de la micción debido al crecimiento y aumento de volumen de la próstata que produce que la vejiga no tenga fuerza suficiente para vaciarse debido a una uretra que se encuentra comprimida.

ALGUNOS CONSEJOS PRÁCTICOS

Existen unos consejos prácticos que pueden aplicarse en todos los tipos de incontinencia y que hacen más cómoda la vida del paciente:

- Evitar tomar bebidas que posean un marcado efecto diurético como es el caso de ciertas infusiones y bebidas excitantes que contienen cafeína (refrescos de cola, té, café) o alcohol. Asimismo, existen algunos alimentos que aumentan la producción de orina como los espárragos, el melón y las frutas muy acuosas. No hace falta eliminarlos de la dieta, pero sí conviene no abusar de ellos, especialmente antes de acostarse.
- No es necesario disminuir la ingesta de agua y líquidos en general, pues contrariamente a lo deseado, una toma inadecuada y pobre de líquidos puede ser causa de estreñimiento, empeorando la situación. Pero sí es conveniente distribuir correctamente el horario de ingesta. Así, es mejor tomar más líquidos por la mañana, adelantar la hora de la cena y no ingerirlos masivamente antes de acostarse.
- Aquellas personas presentan incontinencia de urgencia deben adaptarse a su horario de trabajo, salir de casa con la vejiga vacía y evitar un consumo excesivo de líquidos si se prevé que ello puede ocasionar problemas.
- En el caso de que la incontinencia afecte a personas mayores, hay que tener en cuenta que este hecho no debe perturbar el mantenimiento de la actividad física habitual.
- Practicar ejercicio físico moderado de forma regular (pasear media hora al día, ir en bicicleta) en función del estado general en el que se encuentre el paciente es una buena ayuda para prevenir la aparición de problemas óseos, la obesidad, favorecer el tránsito intestinal y evitar el estreñimiento, todas ellas dolencias propias de las personas de vida sedentaria.
- Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra, ya que previenen y mejoran el estreñimiento, uno de los factores causales de incontinencia.
- Utilizar ropa cómoda y fácil de abrochar.
- Evitar todo aquello (situaciones, barreras arquitectónicas) que dificulte la visita al lavabo.
- Fomentar la motivación del paciente, ya que caer en un estado depresivo o de abandono a causa de la pérdida involuntaria de orina puede favorecer la incontinencia. □

Incontinencia inconsciente

En este caso se escapa la orina sin que el individuo se dé cuenta. Este tipo de incontinencia suele estar asociada a un daño neurológico o a circunstancias especiales.

Para determinar el tipo de incontinencia que afecta a un determinado paciente es importante la información que éste proporcione al médico. Un consejo que puede resultar muy útil es hacer un diario en el que se anote la frecuencia, situaciones o intensidad de las fugas de orina, así como cualquier medicamento que se esté utilizando, posibles lesiones o antecedentes familiares.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento de la incontinencia está encaminado a eludir la causa

que la produce, siempre que sea posible, y minimizar sus síntomas. Para ello, se dispone de varios frentes de actuación, desde el tratamiento farmacológico y quirúrgico al paliativo con dispositivos específicos, sin olvidar el tratamiento psicológico del enfermo y el fisioterapéutico para los casos de incontinencia del esfuerzo.

Fortalecimiento del suelo pélvico

Los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo o de estrés en los cuales el problema se genera al toser, reír, caminar o al efectuar cualquier clase de ejercicio deportivo, requieren fortalecer el suelo pélvico. La primera medida que hay que adoptar es la realización de una gimnasia especial destinada a tonificar esta musculatura, que por causa de embarazos, partos, menopausia, estreñimiento crónico, obesidad o

desequilibrios hormonales se ha visto resentida de forma considerable. Los resultados positivos de esta primera medida, siempre y cuando sea instaurada en las fases iniciales de la patología, están sobre el 80%.

Para intentar solucionar el problema con éxito el paciente debe aprender una serie de habilidades con el fin de impedir la pérdida accidental de orina. Las más comunes consisten en unas pautas de rehabilitación de los músculos del suelo pélvico en las que deben practicarse una serie de ejercicios destinados a reforzar la musculatura pélvica y vaginal, así como a estimular y mejorar la circulación. Es necesario que el paciente localice correctamente esta musculatura para que pueda realizar las contracciones de forma correcta, lo cual implica un movimiento de estos músculos con una mínima actividad de los músculos abdominales y de los glúteos. Posicionando la mano sobre el vientre el paciente debe ser capaz de detectar la respuesta abdominal a las contracciones que realiza y corregirla si fuera necesario.

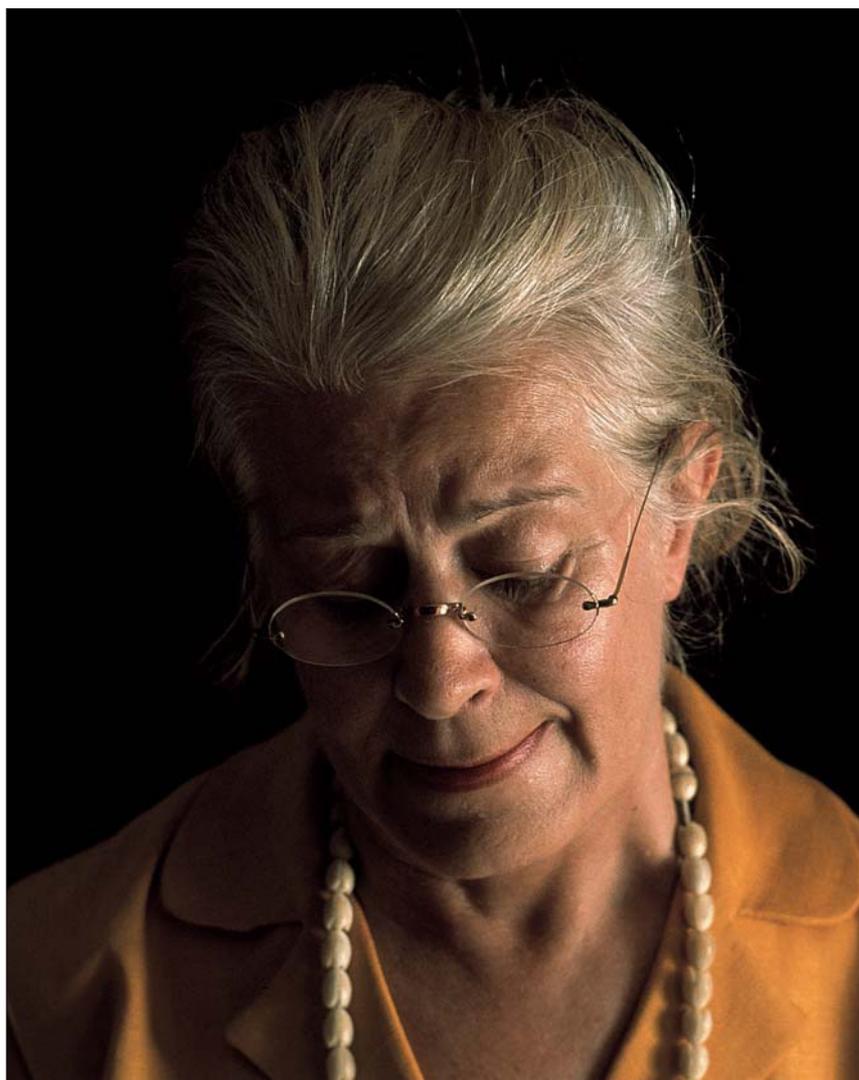
Existen diversas modalidades de ejercicios que pueden efectuarse sin ningún problema en casa, sin que necesitemos la ayuda de ningún profesional. La técnica más extendida consiste en la realización de los ejercicios de Kegel, que se basan en la interrupción del chorro de la orina mediante la contracción de los músculos que permiten su eliminación. Este ejercicio también es posible realizarlo sin relación con la micción por lo que su realización podrá llevarse a cabo en cualquier momento del día. Se recomienda realizar secuencias de 20 contracciones tres veces al día. Cada contracción debe tener una duración de unos 10 segundos y debe seguirse de un período de 10 segundos de relajación del perineo. Durante el proceso se aconseja llevar una respiración normal y relajar los músculos abdominales. Una vez que el paciente hay realizado este ejercicio sin problemas, debe efectuar contracciones rápidas y fuertes, con una duración de 1 a 2 segundos alternadas con contracciones prolongadas (10 segundos) y aumentar el número total de

contracciones hasta alcanzar un número de 120 diarias. Para que sea realmente efectivo, este programa deberemos realizarlo diariamente durante un mínimo de 8 a 12 semanas; será partir de entonces cuando empecemos a notar los resultados, pero sin ser el momento de abandonarlo.

Existen variaciones del método como la utilización de conos vaginales que permiten que el ejercicio sea más cómodo, facilitando así su cumplimiento. Consiste en un sistema de pesas vaginales de peso creciente (de 20 a 100 g) que se insertan en la vagina y se mantienen allí sin esfuerzo debido a la acción refleja de la musculatura del suelo pélvico que ve de esta forma incrementada su actividad. La duración del ejercicio es de 15 minutos y debe realizarse tres veces al día mientras se realizan las actividades normales de la vida diaria. A medida que se va viendo reforzada la musculatura pélvica se incrementa el peso del cono; así, debido a las contracciones de la musculatura del suelo pélvico para mantener el cono en la vagina, se ve incrementada la potencia de esta musculatura. Además, la técnica de conos vaginales como complemento a la cirugía puede ayudar a mejorar mucho los resultados y evitar las recaídas.

Control de la vejiga

El control de la vejiga, así como la modificación de los hábitos miccionales, suele dar excelentes resultados en los casos de incontinencia de urgencia, llegando a ser los resultados positivos del orden del 85%. El paciente debe controlar la vejiga a diario para que le sea posible determinar el intervalo de tiempo existente entre micción y micción con el que se siente cómodo y seguro. Una vez determinado este tiempo, intentar suprimir cualquier urgencia y esperar a que el intervalo concluya para vaciar la vejiga, igualmente una vez tras transcurrido el mismo, aunque no experimente ganas de orinar deber acudir al aseo y eliminar la orina que exista en la vejiga. Una vez el paciente haya conseguido efectuar esta pauta de forma relativamente cómoda al menos durante tres días,



deber ir aumentando el tiempo del intervalo de forma gradual hasta conseguir una frecuencia normal, que se estima que oscila entre las tres y cuatro horas. Otro de los hábitos que debe adoptar es vaciar la vejiga por la mañana, nada más levantarse de la cama y por la noche, justo antes de acostarse. Frente a los casos de urgencia que aparezcan cuando se esté realizando esta terapia, el paciente debe permanecer quieto e intentar relajarse, contraer los músculos pélvicos de 4 a 6 veces y esperar a que la urgencia disminuya o desaparezca, entonces valorar si debe vaciar o no la vejiga. Acudir precipitadamente al lavabo al sentir la urgencia está totalmente desaconsejado, pues además de impedir una buena concentración para realizar correctamente las contracciones, la situación predispone a la incontinencia.

El paciente que lleva a cabo esta terapia debe ser consciente de que su participación es clave y que de ella depende casi el 100% del éxito, y también de que los logros ocurren lentamente por lo que no debe desmoralizarse con facilidad.

Terapia de biofeedback

Es otra de las opciones que la medicina ofrece a este problema y tiene como principales objetivos el reforzar las contracciones musculares perineales y del suelo pélvico con el fin de disminuir los episodios de incontinencia ya sea de urgencia o como resultado de la realización de un esfuerzo abdominal. Este sistema consta de una sonda vaginal que capta y valora el tono de las contracciones de la musculatura del suelo pélvico, permitiendo así la monitorización de las pruebas y facilitando su seguimiento.

Otro tratamiento de gran efectividad y que está teniendo una elevada aceptación es la estimulación funcional eléctrica. Esta técnica indolora y carente de efectos secundarios provoca una contracción muscular pélvica mediante la aplicación de impulsos eléctricos con el fin de incrementar el tono muscular del paciente sin que tenga que realizar esfuerzo alguno. Este tratamiento se realiza a través de electrodos intravaginales y/o intraurinales y está especialmente recomendado para tratar incontinencias de esfuerzo, de urgencia y cuadros mixtos de ambas.

Tratamiento farmacológico

La utilización de fármacos que a través de distintos mecanismos controlen la vejiga y alivien la sintomatología está indicada en casos de incontinencia de urgencia, siempre que el urólogo lo crea conveniente y raramente en la incontinencia de esfuerzo, salvo que existan contraindicaciones, rechazo o fracaso de la cirugía, y por supuesto siempre bajo prescripción médica. En la mayoría de los casos son medidas que para alcanzar una mayor eficacia se adoptan junto a otras terapias (electroestimulación, ejercicios de entrenamiento vesical, del suelo pélvico).

En función del tipo de incontinencia que se trate pueden utilizarse distintos tipos de fármacos:

- Fármacos destinados a incrementar la contracción vesical como el betanecol.
- Fármacos que actúan como relajantes vesicales utilizados en la incontinencia de urgencia como los anticolinérgicos (flavoxato, hiscina, emepronio y propantelina) o la tolterodina (más reciente y con mayor selectividad por la vejiga urinaria).
- Fármacos con el diazepam que producen relajación de la fibra estriada con acción sobre el esfínter.
- Fármacos con acción sobre el cuello y uretra que a su vez pueden tener una acción relajante como la prazosina y la nicergolina (que se emplean en la incontinencia por rebosamiento) o acción contráctil como la fenilpropanolamina, imipramina y propanolol, utilizados en la incontinencia de esfuerzo.

Productos paliativos

Existen productos destinados a disminuir los efectos que la incontinencia produce. Por un lado, están aquellos dispositivos destinados a recolectar orina antes de que haya fluido; es el caso de las sondas y catéteres que recogen la orina en la vesícula y la dirigen a un bolsa colectora de orina. Otros productos se utilizan una vez la orina ya ha salido al exterior; incluyen los colectores de pene, junto con la bolsa; empapadores de cama, y compresas y pañales.

Asimismo, existen otros productos sanitarios destinados a prevenir o retrasar el flujo de orina (pinza externa en el hombre y pesario en la mujer, esfínter artificial, balón implantable hinchable y prótesis de gel de silicona). □