

ESTUDILLO GONZÁLEZ F.**; GARRIDO INSUA S.*; SÁNCHEZ-FERRAGUT C.**; NIETO BAREA M.**; RODRÍGUEZ-RUBIO CORTADELLAS F.*
Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz).

* Urólogos ** Enfermeros

Incontinencia Urinaria en la mujer ¿Qué debemos saber?

RESUMEN

En el presente artículo tratamos de dar una panorámica del problema de la incontinencia femenina en la actualidad. Para ello hacemos un repaso por los distintos tipos, los mecanismos que la producen, sus síntomas, así como las posibles soluciones tanto a través de medidas higiénicas como terapéuticas. Todo ello encaminado a que podamos tener una visión de conjunto de esta patología cada vez más frecuente, sepamos distinguir los distintos tipos y que soluciones ofrecer a nuestras pacientes.

Palabras clave: Incontinencia urinaria esfuerzo, vejiga hiperactiva, plan de cuidados

INTRODUCCIÓN

Anatomofisiología del aparato urinario

La incontinencia urinaria en la mujer, supone hoy en día un importante problema social y es motivo de consulta de muchos pacientes afectados de esta patología y que por culpa de ella, ven limitada su actividad normal. Con el presente trabajo, trataremos de aclarar ideas a los profesionales relacionados con el tema así mismo reforzar los conocimientos sobre los distintos tipos de incontinencia.

En primer lugar, podemos afirmar que un mismo problema, en este caso la incontinencia, no es asumido de la misma forma por todas las sociedades y que hay una serie de condicionantes de tipo cultural, moral, etc. que van a condicionar en parte la forma de sobrellevar esta patología, no es lo mismo este problema en una paciente de culturas poco desarrolladas y que en su modo de pensar tratan de ocultar estos trastornos, que para pacientes de países desarrollados y liberales que no tiene por que sufrir en silencio.

De igual modo también es un factor muy importante, la edad y la actividad a desarrollar, no es lo mismo para una anciana que viste ropa amplia y hace vida sedentaria el llevar un absorbente, que para una persona joven, activa y que utiliza ropa ajustada.

Recuerdo anatómico

Una vez hechas estas consideraciones pasamos a recordar la estructura anatómica de la pelvis femenina de la cual destacamos principalmente por un lado la íntima relación de la vejiga, cuello vesical y uretra con el recto y la vagina. Esto es importante por la aparición de prolapsos de estos órganos que provocan una modificación en el posicionamiento de la uretra y favorecen la aparición de incon-

tinencia urinaria. También es importante el conocimiento de la musculatura del suelo pélvico ya que este va a jugar un papel importante en algunas medidas físicas que podemos utilizar para corregir la incontinencia como veremos posteriormente.

Dinámica de la micción

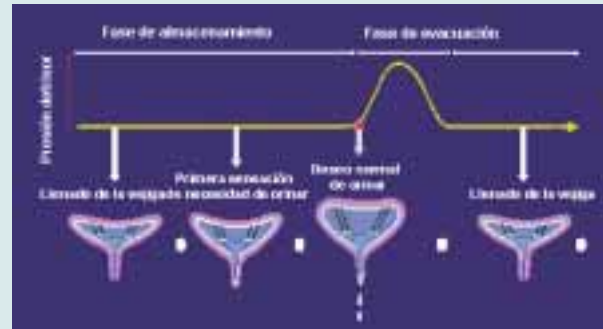
Por otra parte también es importante que recordemos la dinámica de la micción:

Recordemos que hay una primera fase que sería el llenado de la vejiga, de control predominantemente simpático durante la cual el esfínter de la uretra permanece contraído, así como la musculatura del suelo pélvico, manteniéndose relajado el músculo detrusor.

Conforme va aumentando el volumen de orina aparece la 1ª sensación de necesidad de orinar aproximadamente a los (100-200 ml) manteniéndose la contracción tanto del esfínter como de los músculos pélvicos y continuando relajado el músculo detrusor hasta alcanzar la máxima capacidad vesical, apareciendo entonces un fuerte deseo de orinar, entre (400- 600 ml en la mujer) momento en el cual se relaja el esfínter uretral de control voluntario, se relajan los músculos del suelo pélvico y se contrae el detrusor, produciéndose la micción.

Expresado de otra manera, el control normal de la micción lo podemos definir como señales de sensación que llegan hasta el cerebro y señales de inhibición que son devueltas por este a la vejiga, este circuito se mantiene durante la fase de llenado hasta que se alcanza la máxima capacidad de la vejiga, (sobre 500 cc en la mujer) y dichas sensaciones llegan a su nivel máximo, momento en el cual se produce la sustitución de las señales de inhibición por señales de activación produciéndose la micción y disminuyendo la sensación de forma paulatina.

Por todo esto podemos afirmar que la función vesical

Figura 1 Anatomía del tracto urinario inferior femenino**Figura 2 El ciclo de micción**

se circunscribe a un círculo cerrado constituido por dos tareas: almacenar y evacuar, almacenar y evacuar...

Y definimos la incontinencia de orina, como: la pérdida involuntaria de orina, que condiciona un problema social e higiénico y que será condición indispensable para que se produzca el escape, que la presión vesical supere a la uretral pudiéndose dar esta circunstancia por varios motivos como veremos a continuación.

Tipos de incontinencia

Tenemos 3 tipos de incontinencia: Incontinencia de esfuerzo, vejiga hiperactiva e Incontinencia por rebosamiento que a diferencia de las dos primeras se da casi siempre en el varón por obstrucción infravesical, por lo que nos centraremos en las dos primeras.

Incontinencia de esfuerzo:

En la mujer continente cuando hay un aumento súbito de la presión intraabdominal (expresado con flechas verdes en la figura 3) dicha presión no es capaz de superar la presión de cierre del esfínter externo uretral y no se produce escape, en cambio en la mujer con Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) cuando aparece este aumento súbito de la presión el esfínter no es capaz de soportarla y se produce el escape, cumpliéndose la premisa que enunciamos anteriormente de que la presión vesical supera la del esfínter y se produce el escape. Por ello podemos afirmar

que en la IUE la causa esta siempre en la uretra no sufriendo la vejiga ninguna alteración.

Este tipo de incontinencia es la mas frecuente. Si hacemos un estudio urodinamico veremos como no aparecen contracciones involuntarias del detrusor. Se relaciona íntimamente con el movimiento y el esfuerzo y no coincide con las ganas de orinar aunque si aumenta cuanto mas llena esta la vejiga.

En cuanto a las causas que la originan estas van a ser o bien por fallo en el cierre del cuello vesical o bien por hallarse la uretra desplazada por debajo del diafragma urogenital y por ello los músculos pélvicos no actúan de forma adecuada sobre ella. La incontinencia de esfuerzo se da casi exclusivamente en mujeres siendo sus causas principales: la cirugía sobre la región genital (histerectomías etc.) partos distócicos, elevado nº de partos etc.

Otra de las causas mas frecuentes de IUE es el aumento de debilidad y la perdida de elasticidad y tono de toda la musculatura del suelo pélvico. En la historia de la paciente encontraremos que refiere escapes de orina siempre relacionados con los esfuerzos y habremos de cuantificar:

- La intensidad de dicho escape de orina (nº de compresas que utiliza)
- Descartar que halla síntomas imitativos.
- Qué grado de tolerancia tiene la paciente ante este problema, como decíamos al principio no es lo mismo el padecer esta patología en una persona joven y activa que en una persona mayor con movilidad escasa.

En cuanto a la exploración física de la paciente esta se realiza colocándola en posición ginecológica y con vejiga llena comprobándose el escape con la tos (haciéndola toser hasta 6 veces) Posteriormente se realiza la maniobra de Boney, consistente en elevar el cuello vesical – uretra, introduciendo los dedos índice y corazón en la vagina y elevando su cara anterior debiendo corregirse con esta maniobra el escape. Se comprueba la movilidad de la uretra y por ultimo si hay prolapsos asociados (cisto, recto o colpocele).

En cuanto a las alternativas terapéuticas para la IUE se puede optar por la cirugía en los casos en que este indicada, o bien podemos empezar por utilizar medidas conservadoras como son el Biofeed-back y los ejercicios del suelo pélvico. Se ha demostrado que estos van mejor cuanto más joven es la paciente.

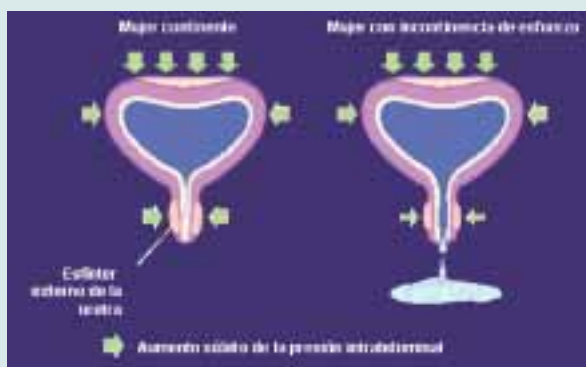
Figura 3 Incontinencia de esfuerzo

Figura 4



Los ejercicios del suelo pélvico: comentamos de manera muy resumida que para realizarlos en primer lugar se localizan los músculos del suelo de la pelvis, (del mismo modo que si tratáramos de contraer el esfínter anal) para luego apretarlos con toda fuerza durante unos segundos, 10 como máximo y posteriormente relajarse por completo al menos durante 20 segundos. Repetir el ejercicio varias veces.

En cuanto a la cirugía saber que hay varias técnicas quirúrgicas, las más usadas las de Bursh, Marshall-Marchetti, cabrestillos uretrales y la que quizás hoy día sea la más utilizada por su sencillez y buenos resultados esta es la TVT (tensión-free vaginal tape) fig. 4. Se trata de una cinta que se coloca combinando la técnica percutánea con la endoscópica. Todas ellas buscan el modificar el ángulo uretral favoreciendo la continencia.

Vejiga hiperactiva:

Sería el otro tipo de incontinencia más frecuente en la mujer, esta se fundamenta en que cuando hay un aumento de la presión intravesical, el músculo detrusor (músculo responsable de la contracción vesical) y que en esta patología se encuentra inestable, es decir hay una hiperactividad del detrusor, este se contrae bruscamente provocando un aumento de la presión vesical venciendo esta la presión de cierre del esfínter uretral y produciéndose el escape antes de que la paciente llegue al baño. Por ello también es llamada incontinencia por urgencia. Las causas de esta hiperactividad pueden ser muy variadas, desde mecanismos psíquicos a infecciones, irritaciones e incluso asociadas a IUE. Al contrario que la IUE la causa de esta en el músculo vesical, siendo la uretra y su esfínter normal.

Para una mejor comprensión de esta patología repasamos la inervación del tracto urinario inferior, en ella inter-

Figura 5 Vejiga hiperactiva



Figura 6 Inervación del tracto urinario inferior



LAS CAUSAS DE ESTA HIPERACTIVIDAD PUEDEN SER MUY VARIADAS, DESDE MECANISMOS PSÍQUICOS A INFECCIONES, IRRITACIONES E INCLUSO ASOCIADAS A IUE

vienen: los centros simpáticos, responsables del cierre del cuello vesical y la inervación del trigono y la uretra. Los centros parasimpáticos que intervienen a nivel del detrusor (ambos de control involuntario) y los centros somáticos que son los responsables del control del esfínter uretral externo y de los músculos del suelo pélvico y son de carácter voluntario.

En cuanto a la distribución de los receptores: en el músculo detrusor predominan los receptores beta, en el cuello vesical hay receptores alfa y beta y en el suelo pélvico predominan los receptores beta.

En cuanto a la etiología de la vejiga hiperactiva esta puede ser diversa, bien de causa neurológica por:

- Aumento de la actividad aferente o lo que es lo mismo impulsos sensitivos muy potentes desde los receptores de presión/tensión situados en la pared vesical se le llama incontinencia de urgencia sensitiva.
- Pérdida de la inhibición del SNC o lo que es lo mismo fallo en la inhibición motora del reflejo de la micción.
- Mayor sensibilidad a la actividad eferente de causa miogénica por miopatías del músculo detrusor,
- o bien por combinación de diversos factores
- y a veces por causas desconocidas.
- y entre los síntomas que caracterizan a este tipo de patología nos encontramos principalmente con la frecuencia miccional, la urgencia para realizar dicha micción, ya que de otra manera se produce la incontinencia por urgencia al no darle tiempo a la paciente a llegar al baño una vez que aparece la contracción vesical.

En el siguiente cuadro se compara la sintomatología de ambas patologías apreciándose palpables diferencias entre ambas.

Cuadro comparativo

SÍNTOMA	VEJIGA HIPERACTIVA	INCONTINENCIA ESFUERZO
■ Urgencia	Si	No
■ Frecuencia	Si	No
■ Pérdidas con actividad	No	Si
■ Cantidad pérdidas en cada episodio	Grande	Pequeña-grande
■ Capacidad de llegar al baño sin escape	No	Si
■ Se despierta por la noche para orinar	Si	Rara

El diagnóstico de certeza se hará por medio del estudio urodinámico (cistomanometría) en la cual apreciamos un incremento sostenido de la presión del detrusor por contracción del mismo y sin que se modifique la presión abdominal y que puede llegar a provocar escape de orina durante el estudio.

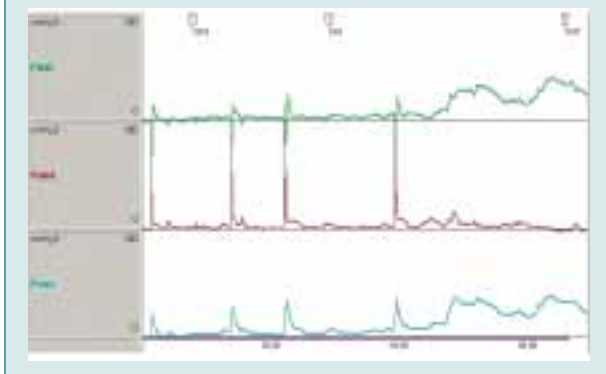
El tratamiento de la vejiga hiperactiva puede ir encaminado hacia el control de los síntomas o hacia

el tratamiento de los mismos. Para controlar los síntomas podemos utilizar medidas paliativas como serían el uso de absorbentes, empapaderas y toda clase de dispositivos que en una palabra hagan mas llevadera esta enfermedad. Por otra parte otro modo de controlar estos síntomas sería tomar una serie de medidas higiénicas como estas:

- Controlar la ingesta de líquidos,
- Aumentar la frecuencia de la micción, para no llegar al umbral en el que la presión vesical desencadene la contracción del detrusor,
- Entrenamiento de la vejiga para poco a poco intentar conseguir aumentar el tiempo entre cada micción, (para lo cual se necesitan meses de entrenamiento), siendo en estos casos la propia paciente la que ha de curarse así mismo, siendo nosotros meros educadores que le damos instrucciones sobre técnicas de relajación, enseñarle a rellenar el diario miccional etc.
- Rehabilitación del suelo pélvico mediante ejercicios de la musculatura perineal, bien sea de forma manual o con técnicas instrumentales como el biofeed-back y la electroestimulación

La electroestimulación consiste a grosso modo en la estimulación de los nervios sacros somáticos y autónomos y su finalidad es activar los circuitos neuronales que inhiben la contractibilidad vesical. También se le llama neuromodulación.

Se pueden colocar los electrodos para la estimulación de

Figura 7

forma permanente mediante cirugía, de forma percutánea mediante punción, o de forma ambulatoria con electrodos de superficie o de electroacupuntura.

El biofeed-back es considerado el tratamiento estrella de la reeducación de las patologías del suelo pélvico. Nos ofrece la posibilidad de captar una respuesta de la musculatura de la región y presentarla al paciente de diversas formas gráficas para que este pueda modificar estas formas aumentando o disminuyendo la actividad muscular. Se puede realizar de modo hospitalario y actualmente existen aparatos que los pacientes pueden usar en su domicilio siendo las mediciones y el diario de entrenamiento registrados en su memoria (Femiscan).

En cuanto al tratamiento farmacológico este ira encaminado a reducir e incluso inhibir los mecanismos que se hallan implicados en la contracción del músculo vesical, de ellos los mas usados hoy en día son los anticolinérgicos y de entre ellos la tolteridina.

Por ultimo comentar que existe otra entidad patológica que es la incontinencia mixta:

Podríamos definirla como aquella perdida de orina producida por un doble mecanismo, la hiperactividad del detrusor, acompañada de la incompetencia de los mecanismos esfinterianos siendo uno de los síntomas el predominante y que mas preocupa. Se da con mas frecuencia en pacientes ancianas.

Según autores esta presenta entre el 30 y el 50% de las incontinencias. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Cerril B. Gartley. Como tratar la incontinencia urinaria. Ancora S.A. 1990
- Marion Moody. Incontinencia: Problemas del paciente y cuidados de enfermería. Ancora S.A. 1993
- E. Martínez Agullo. R. Albert Torne. B. Bernabé Corral. Incontinencia Urinaria: Conceptos útiles para atención primaria. Indas S.A. 1998
- M. Rapariz, J Salinas. El método en Urodinámica. Editorial Siglo. 2002
- M. España y M. Puig. Elaboración de protocolos para el diagnóstico de las disfunciones del suelo pélvico. I Congreso Nacional sobre disfunciones del suelo pélvico. Barcelona 2002.
- Patología urogenital. M. Garcia Pérez. E. Camacho Martínez. Ed. Mayo 2003.