

C. Igual Camacho<sup>1</sup>  
D. Valverde Gil<sup>2</sup>  
L. López Bueno<sup>3</sup>  
J. Sánchez Frutos<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Profesora Titular Escuela  
Universitaria de Fisioterapia.  
Departamento de Fisioterapia.  
Universidad de Valencia.  
Directora de la Escuela  
Universitaria de Fisioterapia.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta Centro de Día

<sup>3</sup> Profesora Ayudante Escuela  
Universitaria de Fisioterapia.  
Departamento de Fisioterapia.  
Universidad de Valencia.

<sup>4</sup> Profesor Titular Escuela  
Universitaria de Fisioterapia.  
Departamento de Fisioterapia.  
Universidad de Valencia.

Correspondencia:  
C. Igual Camacho  
Maestro Sosa, 34, puerta 2  
46007 Valencia  
E-mail: celedonia.igual@uv.es

## Fisioterapia en la incontinencia urinaria en la mujer

### *Physiotherapy in urinary incontinence in the woman*

---

#### RESUMEN

La incontinencia urinaria afecta a millones de personas, principalmente a la mujer. Algunos estudios estiman que en nuestro país la incontinencia afecta a más de dos millones de personas, de los cuales el 75 % son mujeres y el 25 % son hombres. La prevalencia aumenta con la edad, de manera que si al principio de la vejez existe un predominio de la incontinencia femenina, a partir de los 80 años las cifras tienden a equipararse.

La mujer con incontinencia urinaria tiende a ocultar el problema al considerarlo como algo inevitable propio de la vejez. El resultado es que un gran porcentaje de incontinentes no consulta al especialista hasta que surgen complicaciones insalvables.

Se especula que un porcentaje elevado de casos tendría solución si se detectara precozmente el diagnóstico, lo cual facilitaría el establecimiento adecuado del tratamiento.

El objetivo de este trabajo es aportar más información acerca de este problema, tan frecuente y preocupante en la actualidad.

#### ABSTRACT

*The urinary incontinence keen on million persons, principally to the woman. Some studies think that in our country the incontinence affects more than two million persons, of which 75 % is women and 25 % is men. The prevalency increases with the age, so that if originally of the oldness there exists a predominance of the feminine incontinence, from the 80 years the numbers tend to compare.*

*The woman with urinary incontinence tends to conceal the problem on it having considered like something inevitably own of the oldness. The result is that a great percentage of incontinent does not consult the specialist until insurmountable complications arise*

*There is inspected that a high percentage of cases would have solution if there was detected with the diagnosis, which would facilitate the suitable establishment of the treatment.*

*The aim of this work is to contribute more information brings over of this problem, so frequently and worrying at present.*

Como aspectos fundamentales nos ocupamos en este trabajo de los factores que condicionan la incontinencia en la mujer, los tipos de incontinencia urinaria femenina y el tratamiento de la misma.

Entre las conclusiones más importantes destaca la necesidad imperiosa de que tanto el colectivo profesional fisioterápico, como las mujeres tengan conocimiento acerca de la incontinencia urinaria, debido a los importantes problemas que acarrea y a su gran prevalencia; el diagnóstico y tratamiento fisioterápico precoz de la sintomatología ayudará a tomar las medidas adecuadas y no a acrecentar más el problema; el tratamiento fisioterápico es un tratamiento de elección en la incontinencia urinaria, dando resultados excelentes si se aplica de manera precoz.

#### **PALABRAS CLAVE**

Fisioterapia; Incontinencia urinaria; Mujer.

*Since fundamental aspects we dealt in this work of the factors that determine the incontinence in the woman, the types of urinary feminine incontinence and the treatment of the same one.*

*Between the most important conclusions stands out the imperious need of which so much the professional group physiotherapy as the women they should have knowledge brings over of the urinary incontinence, due to the important problems that she transports and to his great one prevalency; the diagnosis and treatment physiotherapy precocious of the symptomatology will help to take the suitable measurements and not to increasing more the problem; the treatment physical is a treatment of election in the urinary incontinence, giving excellent results if it is applied of precocious way.*

#### **KEY WORDS**

*Physical therapy; Urinary incontinence; Woman.*

## **INTRODUCCIÓN**

Según la definición de incontinencia de la "International continence Society" (en Resel Estévez, 1987), la incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, que constituye un problema social e higiénico para el individuo que la padece.

La incontinencia urinaria afecta a millones de personas, principalmente a la mujer. Algunos estudios estiman que en nuestro país la incontinencia afecta a más de dos millones de personas, de los cuales el 75 % son mujeres y el 25 % son hombres. La prevalencia aumenta con la edad, de manera que si al principio de la vejez existe un predominio de la incontinencia femenina, a partir de los 80 años las cifras tienden a equipararse<sup>1,2</sup>.

Las principales repercusiones de la incontinencia urinaria en la mujer afectan negativamente a su aspecto físico, psíquico y social. Al principio la mujer sufre una pérdida progresiva de la autoestima, lo cual genera situaciones de ansiedad y vergüenza, que la llevan a un es-

tado relativo de depresión. El olor y el volumen de pérdida, cada vez mayor, hacen que el paciente reduzca considerablemente las relaciones sociales e incluso evite las relaciones sexuales.

La mujer con incontinencia urinaria tiende a ocultar el problema al considerarlo como algo inevitable propio de la vejez. El resultado es que un gran porcentaje de incontinentes no consulta al especialista hasta que surgen complicaciones insalvables. Esto lleva a la mujer a usar prematuramente todo tipo de materiales absorbentes, que lejos de resolver el problema, empeora la situación. Aumenta el riesgo de contraer infecciones urinarias, y favorece la aparición de alteraciones en la piel.

Sería más fácil si llegáramos a desmitificar la creencia de que la incontinencia es inevitable dentro del proceso normal de envejecer. La incontinencia se produce cuando existen diferentes circunstancias fisiológicas y patológicas propias de la edad que predisponen al individuo a sufrir la pérdida de la continencia urinaria. Se especula que un porcentaje elevado de casos tendría so-

**Tabla 1.** Los tipos de incontinencia femenina y sus correspondientes hallazgos urodinámicos

Tipos	Hallazgo
Incontinencia de esfuerzo	Uretra inestable
Incontinencia (Inc.) de urgencia	Vejiga inestable
Inc. origen vesical neurógeno	Vejiga hiperrefléxica
Incontinencia mixta	Inc. esfuerzo + inestabilidad vesical y/o uretral

lución si se detectara precozmente el diagnóstico, lo cual facilitaría el establecimiento adecuado del tratamiento<sup>3</sup>.

El principal objetivo de este trabajo es aportar más información acerca de este problema, tan frecuente y preocupante en la actualidad.

## FACTORES QUE CONDICIONAN LA INCONTINENCIA EN LA MUJER

### La sobredistensión vesical que se produce por el retraso voluntario del deseo miccional

Dado que el acto fisiológico en la mujer es más incómodo que en el hombre, la mujer hace caso omiso sobre la conveniencia del vaciado oportuno. Esto repercutirá negativamente sobre las terminaciones nerviosas del urotelio, produciendo microlesiones a ese nivel<sup>4</sup>.

### La importancia del suelo pélvico

El logro de la bipedestación en el hombre ha exigido que lo que realmente estaba estructurado para “contener” tenga que actuar para “sostener”. En la mujer, debido a la presencia del amplio hiato urogenital, esta realidad es aún más evidente. A este sobreesfuerzo exigido durante la bipedestación se le añade el impacto que recibe de las diferentes fuerzas que gravitan sobre él:

- Peso de las vísceras abdominales.
- Presión producida por faja, pantalones ceñidos etc.
- Deporte indiscriminado.

Los partos, embarazos y menopausia producirán cambios importantes en la estructura del aparato genitourinario femenino:

1. Se produce distensión a nivel del músculo, lo que provocará la pérdida de la competencia contráctil del mismo.
2. Se producirán desgarros a nivel de:
  - Fascias del diagrama pélvico.
  - Inserción de la fascia endopélvica a nivel del recto, vagina y uretra.
  - Ligamentos (puborectales).
  - Miofibrillas.
  - Filetes nerviosos.
3. Posible esclerosis cicatricial a nivel de las estructuras musculoponeuróticas.

Después del parto la mujer tiene prisa por recuperar su silueta. En su afán por reforzar la musculatura abdominal castigará al ya debilitado y maltrecho suelo pélvico.

## TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

Los tipos de incontinencia femenina y sus correspondientes hallazgos urodinámicos (tabla 1).

### Incontinencia de esfuerzo

Se caracteriza por la emisión de orina con el esfuerzo (tos, risas, bajar escaleras, estornudar, etc.). Su incidencia es especialmente importante en la mujer de mediana edad y suele responder a cambios conformacionales de la musculatura pélvica y su relación con la uretra y el cuello vesical. Las causas más importantes corresponden a cambios anatómicos de la pelvis por partos, algunas cirugías o deficiencias hormonales. La salida de orina se debe a un fallo en los mecanismos que mantienen la presión uretral, la presión intravesical excede a la presión uretral máxima, coincidiendo con situaciones de esfuerzo que aumentan la presión intraabdominal.

### Incontinencia de urgencia

Se caracteriza por la necesidad imperiosa de orinar, de manera que si no se evacua de forma inmediata al notar el

**Tabla 2.** Tratamiento de la incontinencia urinaria

Situación clínica	Inc. de Esfuerzo	Inc. de urgencia	Inc. vesical neurógena
Hallazgo urodinámico Tratamiento	Uretra Inestable Aumentar resistencia uretral	Vejiga Inestable Frenar actividad vesical	Hiperreflexia vesical Frenar actividad vesical

deseo miccional, se produce la micción de forma inmediata. Se trata de una vejiga automática que conforme se va llenando desencadena el reflejo de la micción y se va vaciando. Las causas responsables de esta hiperactividad vesical pueden hallarse a nivel del sistema nervioso central, de la propia vejiga o ser de etiología desconocida. Cuando la hiperactividad vesical se asocia con una patología neurológica, con afectación de la inervación vésico-uretral por encima del centro sacro de la micción (S2-S4), recibe el nombre de Hiperreflexia vesical. Clínicamente la hiperactividad vesical se manifiesta por una mayor frecuencia miccional, tanto diurna como nocturna, urgencia miccional y sensación de micción incompleta. Estos episodios de incontinencia pueden verse agravados ante determinadas situaciones: Con el frío, estreñimiento, cuando se ingiere café o simplemente con el ruido del agua.

### Incontinencia mixta

Es aquella en que coinciden varios tipos de incontinencia al mismo tiempo. Existen diversas asociaciones pero la forma más frecuente es la hiperactividad vesical asociada a la incontinencia de esfuerzo<sup>5</sup>.

## TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

Habitualmente la consulta al especialista se produce cuando la enfermedad ha progresado y la situación es más preocupante. En estas situaciones, donde las complicaciones ya se han presentado (infecciones urinarias, alteraciones en la piel y trastornos psicológicos), las posibilidades de tratamiento conservador son muy limitadas (tabla 2).

En cambio cuando se consulta al principio de comenzar los síntomas, se pueden instaurar medidas fisioterápicas conservadoras con muy buenos resultados. Entre estas medidas se incluyen:

- Fisioterapia de la musculatura del suelo pélvico.

- Reeducción vesical. Modificación de hábitos miccionales.
- Electro estimulación.
- *Biofeed-back*.

### Fisioterapia de la musculatura del suelo pélvico

Mediante unos ejercicios se pretende reforzar toda la musculatura del suelo de la pelvis, así como de la musculatura voluntaria periuretral (Ejercicios de Kengel).

Existen varias modalidades pero básicamente consisten en contraer el esfínter como si quisiéramos interrumpir la micción durante unos segundos. Se realizan 3 o 4 series, de unas 20-25 contracciones seguidas en cada una de ellas. Para facilitar la identificación de la musculatura implicada y el cumplimiento de la técnica en la contracción muscular del suelo pélvico, se pueden utilizar materiales, como conos vaginales, perineómetro y espejos. Esto facilita la ejecución de la contracción de la musculatura implicada.

Con esta técnica, la mujer empieza a obtener los primeros resultados en 8-12 semanas, obteniéndose los mejores resultados al año de iniciar el programa. Los mejores resultados clínicos corresponden a la incontinencia de esfuerzo, donde se ha demostrado un porcentaje de buenos resultados del 77-80%. En menor medida, la incontinencia por hiperactividad vesical y la forma mixta, también pueden beneficiarse de este tratamiento.

### Reeducación vesical. Modificación de hábitos miccionales

Esta técnica pretende restablecer de manera individual el patrón miccional normal de la paciente. Se establece la periodicidad de las micciones, vaciando de forma periódica la vejiga para lograr de esta manera, aumentar la capacidad vesical y reducir la urgencia mic-

54 cional. La reeducación vesical esta más especialmente indicada en la incontinencia de urgencia, con unos resultados del 85 % de mejoría, pero también en pacientes con incontinencia de esfuerzo, la técnica ha obtenido buenos resultados.

El entrenamiento de un hábito miccional adecuado permite que la paciente tenga un mayor numero de micciones voluntarias, mejorando considerablemente la incontinencia, sobre todo en pacientes de residencias asistidas.

### Electroestimulación

Es una técnica que pretende por mediación de una corriente farádica o interferencial a través de un electrodo intravaginal, suprimir las contracciones involuntarias de la musculatura pélvica y recuperar el control de la micción. Es muy útil en pacientes con incontinencia de esfuerzo fundamentalmente, y en menor medida en la incontinencia de urgencia y mixta.

### Biofeed-back

Este mecanismo permite al paciente convertir en consciente una función inconsciente, para así controlarla o modificarla. Así, esta técnica utilizada en conjunto con otras formas de tratamiento, incrementa los resultados, concretamente en combinación con la fisioterapia de la musculatura pélvica, los resultados alcanzan un 95 % de éxito<sup>6</sup>.

### CONCLUSIONES

1. Es una necesidad imperiosa que tanto el colectivo profesional fisioterápico, como las mujeres tengan conocimiento acerca de la incontinencia urinaria, debido a los importantes problemas que acarrea y a su gran prevalencia.

2. Es necesario desmitificar la creencia de que la incontinencia urinaria es inevitable a ciertas edades y conocer que por el contrario el tratamiento fisioterápico es muy efectivo si se lleva a cabo con prontitud y correcta dirección del profesional.

3. El diagnóstico y tratamiento fisioterápico precoz de la sintomatología ayudará a tomar las medidas adecuadas y no a acrecentar más el problema.

4. La enseñanza de unos hábitos miccionales correctos en la mujer a una edad temprana evitará posibles alteraciones miccionales debidas en muchas ocasiones a actitudes socioculturales.

5. El tratamiento fisioterápico es un tratamiento de elección en incontinencia urinaria, dando resultados excelentes si se aplica de manera precoz y siendo las técnicas más beneficiosas las siguientes:

- Ejercicios de entrenamiento de la musculatura pélvica.
- Reeducación vesical.
- Electro estimulación.
- *Biofeed back*.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Reunión de Consenso sobre Incontinencia Urinaria en Segovia. En: Libro blanco sobre la Incontinencia Urinaria en España. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991.
2. Pérez J, Valencia MT. Incontinencia urinaria. En: Guillén F, Pérez J. Eds. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona. Masson S.A. 1994;191-210.
3. Verdejo C. Incontinencia urinaria. En: JM. Ribera, A. Cruz, eds. Geriátrica en Atención Primaria (2ª ed.). Madrid, idepsa, 1997;329-36.
4. Número monográfico: Incontinencia Urinaria. Rev Iberoamericana de Geriátria y gerontología. 2000;16(2).
5. Cobas B. Incontinencia urinaria en la mujer. [en línea] [fecha de la consulta: 21-06-2001]. Disponible en [<http://www.fisioterapia.com/guias2/incontinencia.htm/>].
6. Incontinencia urinaria femenina. Unidad de Urología y Andrología. [fecha de la consulta: 23-10-2001]. Disponible en [<http://www.urologia-andrologia.com/incontinencia.html>].