

Incontinencia urinaria

Tratamiento no farmacológico

Si bien la mejor opción terapéutica en la incontinencia urinaria es la prevención, que debe empezar a trabajarse desde la infancia, lo cierto es que los profesionales de la salud nos enfrentamos diariamente a casos ya instaurados que permiten un abordaje farmacológico, pero también mediante tratamientos no medicamentosos. En este artículo se abordan los segundos.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia y Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria.

La incontinencia urinaria supone una pérdida involuntaria de orina, acompañada o no de sensación de micción inminente, que implica la incapacidad del individuo de ejercer una adecuada retención urinaria, de manera permanente o transitoria.

En el individuo sano, la micción es un acto involuntario, repetido (alrededor de 7-9 veces al día), completo, satisfactorio y sin molestias. Se considera que puede ser interrumpido a voluntad, no urgente y distanciado en el tiempo (se acepta socialmente un intervalo de 2 horas).

La incontinencia urinaria es una enfermedad con una elevada prevalencia, y si bien no es una condición grave, repercute enormemente sobre la calidad de vida del afectado. Puede considerarse un problema común en la población general, aunque su prevalencia aumenta con la edad, en mujeres con hijos y tras la menopausia. A pesar del considerable impacto sobre la calidad de vida de las personas que la padecen, tan sólo un 20% de los afectados busca ayuda médica, lo que puede conducir a subestimar su prevalencia, hecho que, por otra parte, justifica las grandes diferencias que existen entre los diferentes autores, a tenor de cuyos trabajos las prevalen-

cias podrían oscilar entre el 6-72% de la población.

Además del elevado coste social que supone esta alteración, también ocasiona un enorme impacto económico, pues a modo de ejemplo, el gasto en absorbentes en España representó en 1996 el 3,2% del total de la prestación farmacéutica. A esto habría que añadir la repercusión económica del resto de costes directos e indirectos habituales en otros estudios coste-enfermedad.

La incontinencia es debida a una alteración que puede tener lugar a dos niveles:

- En el detrusor.
- En el esfínter.

Cuando la alteración afecta al detrusor, tiene lugar un proceso de hiperactividad con contracciones involuntarias, ya sean de forma espontánea, por un llenado rápido, o por alteraciones posturales. La vejiga se comportará como si estuviera llena, aun cuando el volumen de orina almacenado sea escaso.

En el esfínter, la hiperactividad se comporta como la hipoactividad del detrusor y se orina por rebosamiento.

La incontinencia se clasifica en función de distintos parámetros:

- Duración: transitoria o establecida.
- Presentación clínica: de esfuerzo, de urgencia, mixta o por rebosamiento.

Si bien cada tipo de incontinencia tiene un tratamiento propio, existen algunas medidas de tipo práctico que pueden ser válidas para todos. Al mismo tiempo, contar con ciertos conocimientos sobre las causas del trastorno puede ser útil para el paciente; sin embargo, nunca debe olvidarse que será siempre el médico quien determine la opción terapéutica más apropiada para el paciente, farmacológica o no, en función del tipo de incontinencia y de las peculiaridades del afectado.

Opciones terapéuticas no farmacológicas

Las diferentes opciones terapéuticas no farmacológicas aplicables a la incontinencia urinaria incluyen:

- Medidas higienicodietéticas.
- Tratamiento funcional.
- Tratamiento quirúrgico.
- Tratamiento paliativo.

Tratamiento funcional

Este tipo de tratamiento tiene como finalidad optimizar, mediante medios no farmacológicos, los mecanismos anatomofisiológicos involucrados en el proceso miccional.

Esta modalidad terapéutica incluye las siguientes opciones: ejercicios de suelo pélvico, estimulación eléctrica, técnicas de *biofeedback* y técnicas de micción programada.

Medidas higienodietéticas

Estas medidas son válidas con independencia del tipo y de la gravedad de la incontinencia y son el primer paso de la cascada terapéutica contemplable en este proceso. Su aplicación se mantiene hasta la resolución del problema.

Las medidas higienodietéticas consisten, básicamente, en intervenciones sobre el estilo de vida que incluyen:

- Evitar alimentos especiados, salados o picantes, especialmente por la noche.
- Corregir el estreñimiento, incrementando la ingesta de fibra y el ejercicio físico; se aconseja adoptar posturas que favorezcan la defecación con mínimo riesgo para el periné, como por ejemplo, apoyando los pies en un banco.
- Evitar, en la medida de lo posible, el uso excesivo de medicación sedante o de alimentos excitantes (alcohol, café, té, etc.).
- Evitar la obesidad. Se ha comprobado que las mujeres que experimentan una importante pérdida de peso secundaria a una cirugía para corregir este problema mejoran notablemente.
- Distribuir cuidadosamente la medicación y la ingesta de líquidos (evitando diuréticos en la cena, limitando la ingesta de líquidos a partir de las 7 de la tarde) o recurrir al vaciado vesical programado.
- Utilizar camas no demasiado altas ni demasiado bajas, procurar una buena iluminación, colocar un orinal cercano al paciente o un timbre de llamada, utilizar ropas fáciles de abrochar y desabrochar (velcros, etc.) y adaptar los aseos (agarradores, etc.).



Facilitar el acceso al aseo, disminuyendo las barreras existentes.

- Cuidar la musculatura del suelo pélvico.
- Evitar el aislamiento y el distanciamiento social, creando, en la medida de lo posible, un ambiente cómodo, familiar, de confianza, con el máximo respeto a la intimidad del afectado.
- Aumentar la motivación del paciente para recuperar la continencia.

Los ejercicios de suelo pélvico son especialmente útiles en la incontinencia de esfuerzo y su principal objetivo es el fortalecimiento de la musculatura del periné

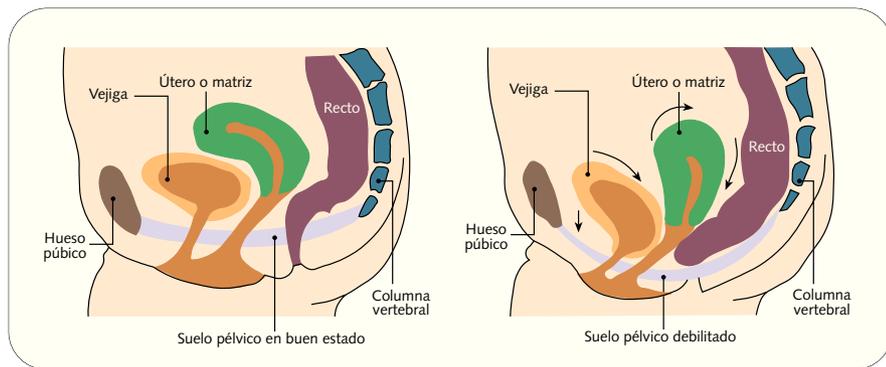


Fig. 1. Estructura del suelo pélvico

Ejercicios de suelo pélvico

Estos ejercicios son especialmente útiles en la incontinencia de esfuerzo y su principal objetivo es el fortalecimiento de la musculatura del periné (fig. 1).

Los más conocidos son los ejercicios de Kegel (fig. 2), consistentes en la realización de contracciones voluntarias de la musculatura perineal, fundamentalmente del músculo elevador del ano, con el fin de fortalecer dicha

musculatura y mejorar el control vesical e intestinal.

Los ejercicios de Kegel son especialmente importantes para rehabilitar el suelo pélvico tras el parto.

En este mismo apartado se incluyen los conos vaginales, que constituyen una terapia discreta, con un grado de recomendación aceptable. Se suelen presentar en un set de 5 conos con el aspecto de un tampón vaginal, todos con igual tamaño, pero con distinto peso, comprendido éste entre 10 y 70 g. Se aconseja comenzar con el de menor peso e ir subiendo progresivamente, a medida que se tonifica la musculatura.

Electroestimulación

Esta técnica permite tonificar la musculatura periuretral y del suelo pélvico mediante la implantación de electrodos en la musculatura afectada, aunque también existe la posibilidad de que dichos electrodos sean introducidos en la cavidad anal o vaginal.

En la actualidad esta técnica está poco introducida en nuestro medio y, además, sus resultados son dispares. Su finalidad es conseguir la contracción del suelo pélvico en pacientes que no son capaces de realizarla a través de estímulos eléctricos en los nervios pudendos o sacros.

Técnicas de biofeedback

La finalidad de estas técnicas es aumentar la toma de conciencia por parte del paciente de funciones biológicas ordinariamente no conscientes, haciendo posible de esta forma que el afectado controle o modifique dicha función. Se debe disponer de un aparato que capte una señal del organismo mediante sensores, convirtiéndola en una señal acústica o visual que informe al paciente.

Estas técnicas son útiles para tratar la incontinencia de esfuerzo y la incontinencia de urgencia. Actualmente se dispone de equipos altamente sofisticados que requieren un importante grado de especialización para su uso, además de tener un elevado coste económico. Todo ello justifica su escasa implantación, a pesar de que registran unas tasas de éxito comprendidas entre el 50 y el 90%.

Ejercicios para fortalecer los músculos pélvicos

Antes de empezar los ejercicios, conviene relajar la musculatura pélvica. Para ello, realice alguna de las siguientes posturas durante 3-4 min.

1. Colóquese de rodillas sobre los talones y con el cuerpo inclinado hacia delante, apoyando los antebrazos en el suelo y la cabeza en las manos.
2. Túmbese en el suelo, coloque un cojín debajo de las nalgas y ponga las piernas sobre una silla.



Tabla de ejercicios

Para realizar esta tabla de ejercicios, debe tener presente algunas cosas:

- No se olvide de respirar correctamente durante los ejercicios; para ello basta con relajar los músculos de la pelvis cuando tome aire, y contraerlos cuando lo expulse.
- Si durante los ejercicios siente una necesidad urgente de orinar, para evitar que se le escape la orina puede inclinarse hacia delante, como si fuera a atarse los zapatos. Así disminuye la presión que se está ejerciendo sobre la vejiga.
- Aguante cada contracción unos 5 s y a continuación descanse o relaje los músculos durante 10 s antes de volver a repetir cada ejercicio.
- Cada ejercicio deberá repetirlo 5 veces.
- Repita la tabla completa de ejercicios de 5 a 10 veces todos los días.

1. Sentado en una silla, sin apoyar la espalda, doble la columna vertebral hacia delante, contrayendo al mismo tiempo de forma mental los músculos de la vagina y de la uretra, como si estuviera aguantándose las ganas de orinar.
2. Sentada en una silla, con la espalda recta, los pies apoyados en el suelo, con los talones juntos, coloque y empuje con la mano derecha sobre la parte interna de la rodilla izquierda y con la mano izquierda sobre la parte interna de la rodilla derecha e intente juntar las rodillas venciendo la presión de las manos.
3. Sentada en una silla, coloque un objeto, como un cojín o una toalla enrollada, entre las rodillas y contraiga los músculos de la pelvis como si estuviera aguantándose la orina (ojo, no contraiga los muslos ni las rodillas).
4. Sentada o tumbada boca arriba, cruce las piernas y apriete las partes externas de los pies una contra otra.

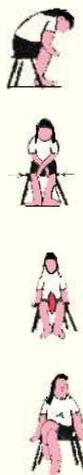


Fig. 2. Ejercicios de Kegel

Técnicas de micción programada

Las técnicas de micción programada, también conocidas como entrenamiento vesical, han demostrado ser una estrategia de primer nivel. Requieren como premisa fundamental la motivación del cuidador y su disponibilidad para llevarlas a cabo. Estas técnicas se basan en que el paciente ajuste sus visitas al aseo a un horario fijo, independientemente de que sienta ganas o no de orinar.

Tomando como punto de partida fichas y gráficas de incontinencia (fig. 3), se calculan los períodos en los que el paciente es continente, cuya duración se aproximará a 1,5-2 horas, aunque pueden presentarse variaciones en la misma persona durante el día. El paciente toma conciencia de este período y orina cada 1,5-2 horas. Se establece así un diario miccional, incrementando los intervalos entre micciones gradualmente 15-20 minutos cada 2 días, sin episodios de incontinencia. El proceso puede durar entre 3 y 6 meses con supervisión.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía representa, en su conjunto, el tratamiento con mejor relación coste-eficacia. Su principal aplicación es el fallo funcional en la uretra y su tasa de éxito ronda el 80% a los 5 años. Básicamente su utilidad se limita a la incontinencia de esfuerzo moderada o grave.

Las técnicas más usadas incluyen colposuspensión retropubiana, derivaciones vesicales transvaginales y prótesis esfinterianas endoluminales. La colocación de un esfínter artificial (fig. 4) se plantea como último recurso en la disfunción intrínseca del esfínter.

Tratamientos paliativos

Están indicados cuando no existen otras alternativas al problema, pero deben mantenerse las medidas higienico-dietéticas previamente implantadas, y en la medida de lo posible, conviene ayudarse de otras opciones terapéuticas funcionales y/o farmacológicas. Estos tratamientos minimizan los síntomas que se asocian a la incontinencia, con el fin de conseguir una mejor cali-

Intervalo de tiempo	Micción voluntaria			Micción involuntaria (escapes de orina)				
	Poco	Normal	Mucho	Poco (unas gotas)	Normal	Mucho (se moja mucho)	Actividad que ha originado la pérdida	¿Ganas incontrolables de orinar? (Si/No)
6-8 h								
8-10 h								
10-12 h								
12-14 h								
14-16 h								
16-18 h								
18-20 h								
20-22 h								
22-24 h								
0-2 h								
2-4 h								
4-6 h								

Fig. 3. Gráfica miccional sobre hoja de registro

dad de vida para el afectado. Antes de escoger el tratamiento más adecuado (colector, sondaje o absorbentes) habrá que valorar el pronóstico de la enfermedad, las limitaciones físicas y cognitivas del paciente y tener en cuenta la posible colaboración familiar y de personas próximas al enfermo.

Seguidamente se analizan las distintas opciones terapéuticas disponibles: colectores, absorbentes y sondajes.

Colector

Un colector es una funda adaptable al pene. Hay modelos de diferentes diámetros (21-40 mm). Habitualmente suelen ser de látex, aunque también los hay de otros materiales. Se asemeja a un preservativo abierto por los dos lados, cuyo extremo distal acaba en un tubo rígido a través del cual se conecta a la bolsa de recogida de orina.

Al manejar el tubo conector debe procurarse que dicho tubo esté situado frontalmente y bien ajustado; deben vigilarse acodaduras del tubo y la bolsa debe colocarse por debajo del pene para evitar reflujos.

Se distinguen 2 tipos de colectores:

- Colector de dos piezas, provisto de una tira adhesiva de curagard, suave y elástica, que asegura una fijación hermética entre el colector y el pene, sin riesgo de constricción, a la vez que protege la piel de irritaciones cutáneas.
- Colector de una pieza o colector autoadhesivo, sistema éste que requiere una minuciosa higiene, puesto que su dispositivo de sujeción a la

piel es a través de un material adhesivo. Incluye un aplicador y una lengüeta que permite su colocación con guantes.

Pañales absorbentes

Los pañales absorbentes son dispositivos de un solo uso que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener al paciente seco, protegiendo su piel, ropa y cama. Las características particulares de cada absorbente hacen que cada uno sea apropiado para una situación de movilidad/dependencia diferente.

Su principal inconveniente radica en que no incentivan el mantenimiento de la continencia ni en el propio paciente ni el cuidador, y si bien pueden emplearse conjuntamente con otras modalidades terapéuticas, frecuentemente suponen la primera y única intervención ante la insistente demanda por una incontinencia importante; en esta situación, es muy raro que se plantee la incontinencia como una condición tratable o reversible.

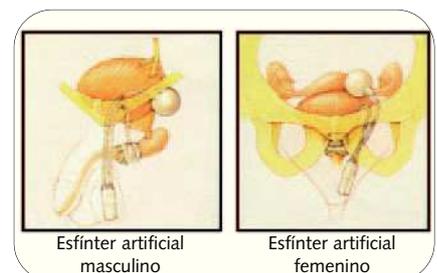


Fig. 4. Esfínter artificial para incontinencia urinaria

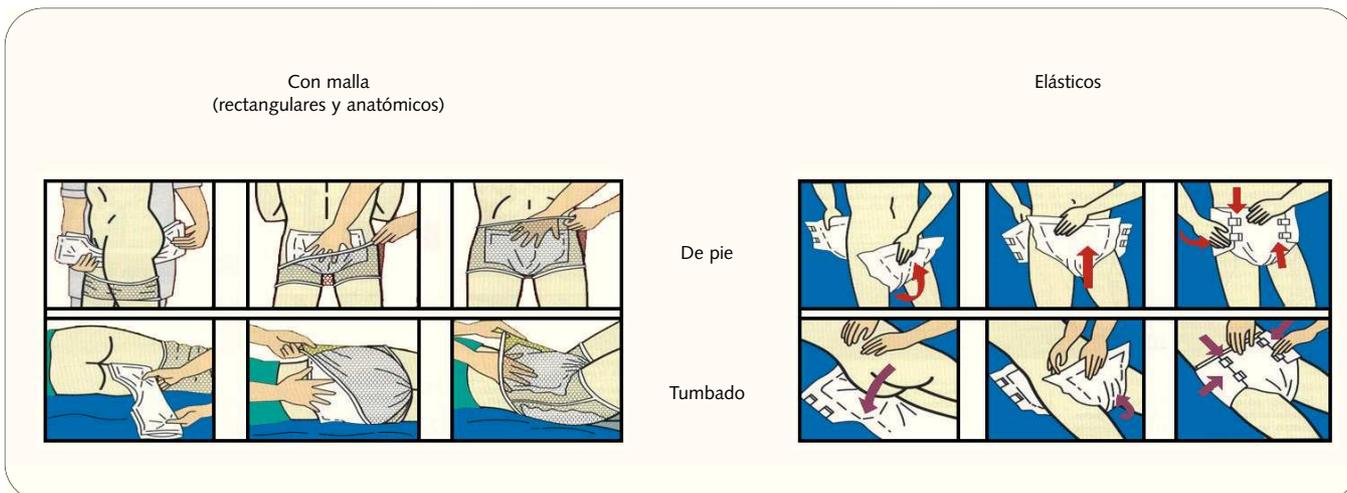


Fig. 5. Colocación de los diferentes absorbentes para grandes pérdidas

En cualquier absorbente se distinguen tres capas perfectamente diferenciables en cuanto a materiales y función que desempeñan:

- Capa superior: es la que contacta con la piel y está formada por tejido sin tejer, usualmente polipropileno hidrófilo, que permite que la orina pase rápidamente al interior del absorbente. Su composición influye notoriamente en la tolerancia del producto, así como en su eficacia, pues permite el paso de la orina a la capa central.
- Núcleo absorbente: está compuesto por pulpa de celulosa y «superabsorbente», material en forma de partículas cuya principal misión es transformar la orina líquida en un gel de consistencia semisólida, que impide que la humedad salga de nuevo. Este material, combinado de forma homogénea con celulosa, refuerza la capacidad de absorción en las zonas donde es más necesaria: parte central y posterior del absorbente. Esta capa es fundamental para la retención, tanto de orina, como de olores.
- Capa impermeable: se corresponde con la capa inferior y está compuesta por un material plástico (polietileno) que asegura la estanqueidad total del absorbente y que no debe producir ruido para respetar la discreción. A veces incluye un «indicador de la humedad», consistente en unas líneas que cambian de color al mojarse e informan sobre la necesidad de cambio.

Usualmente también incorporan barreras laterales antifugas, así como sistemas de sujeción del absorbente, cintura elástica y ajuste elástico en la entrepierna.

Se distinguen los siguientes tipos de absorbentes para incontinencia:

- Rectangular: indicado para pacientes con movilidad diurna más o menos conservada. Por su forma y su tamaño, es discreto y cómodo, permitiendo al afectado llevar vestuario normal. Su capacidad de absorción oscila entre los 600 y los 900 ml. Se sujeta mediante una malla adaptable.
- Anatómico: indicado para pacientes con movilidad muy disminuida, que permanecen la mayor parte de tiempo sentados. Incluye 3 capacidades de absorción que son: superior a 600 ml (día), superior a 900 ml (noche) y superior a 1.200 ml (supernoche). Se ajustan con malla elástica y, por su forma, permiten una mejor adaptación al organismo.
- Elástico: indicado para personas encamadas con poca movilidad e incontinencia de grado medio o grave. Se suelen presentar en tres tallas, en función del perímetro de cintura (pequeña, mediana y grande). Los hay con dos capacidades de absorción: superior a 900 ml (noche) y superior a 1.200 ml (supernoche).

Estos absorbentes son financiados por el Sistema Nacional de Salud. Pa-

ra pacientes con incontinencia leve (200-300 ml) y movilidad diurna conservada, hay diferentes productos no reembolsables, que pueden ser de utilidad:

- Para varones: absorbentes masculinos de pene (*men*).
- Para mujeres: compresas anatómicas o rectangulares con diversas capacidades de absorción (60/150-600 ml) (*lady*).

La figura 5 muestra la forma de colocación de los distintos absorbentes.

Si la incontinencia es de moderada a grave (900-1.200 ml) y el paciente tiene movilidad diurna conservada, las farmacias disponen de nuevos absorbentes conocidos como *pants* o *slips*, igualmente no reembolsables.

Sondaje permanente

El sondaje vesical (fig. 6) requiere de una cuidadosa evaluación del paciente antes de decidir su colocación, ya que habitualmente se asocia a un elevado riesgo de infección. Habitualmente se plantea como una solución transitoria, en espera de poder optar por otras estrategias, con el fin de evitar complicaciones tales como escaras, etc. En resumen, sus principales indicaciones son: retención urinaria o vejiga neurógena, úlceras por presión graves, obstrucciones inoperables que impiden el vaciamiento de la vejiga, enfermos terminales y pacientes que viven en su propio domicilio sin el adecuado apoyo de cuidadores.

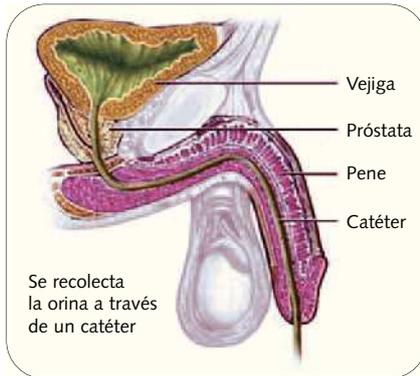


Fig. 6. Sondaje vesical

El manejo de la sonda debe ser sencillo y la implantación debe causar la mínima incomodidad para el paciente. Con este fin se están introduciendo nuevos materiales y conformaciones o diseños de sondas.

Habitualmente se usan sondas del tipo Foley, de silicona, un material altamente biocompatible que puede ser transparente u opaca de color blanco, con mínima capacidad de incrustación en la superficie y una gran capacidad de drenaje. Las sondas de silicona se emplean en implantaciones durante largo tiempo (6-24 semanas); son seguras, fáciles de manejar, cómodas y atraumáticas para el paciente. Las sondas más usadas se corresponden con los calibres 14, 16 o 18 y habitualmente disponen de un balón que no debe inflarse más de 5 ml. Se cambian periódicamente siguiendo las instrucciones del fabricante. En el extremo libre de la sonda puede colocarse el tapón con el fin de mantener el deseo miccional, lo que obliga a su retirada cada cierto tiempo. En otros casos, la sonda se acopla a una bolsa de recogida de orina que puede ir colgada a la cama (con una capacidad de 2.000

ml) o a la pierna del paciente (capacidad 600 ml).

Algunas precauciones que deben tenerse en cuenta en el manejo de pacientes sondados son las siguientes:

- Evitar vaciados súbitos y de gran cantidad durante el manejo de la sonda, con el fin de prevenir la aparición de síncope o hemorragias ex vacuo.
- Evitar tirones (fijando la sonda a la pierna), manipulaciones innecesarias, acomodaciones o compresiones externas de la sonda.
- La bolsa de recogida de orina debe quedar a un nivel inferior al de la vejiga para evitar reflujos.
- Limpiar la zona perianal de forma exhaustiva, prestando atención a los indicadores de infección urinaria.

Autosondaje

El autosondaje o sondaje intermitente tiene como principal indicación la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción y que generan incontinencia con mal vaciado de la vejiga. El autosondaje permite corregir la ectasia del tramo urinario superior, así como la incontinencia, logrando que desaparezca el residuo vesical considerado el causante de otras complicaciones (infecciones, polaquiuria, disuria intensa, etc.). También está indicado en pacientes con vejigas o reservorios de baja presión que no vacían o lo hacen parcialmente.

Esta técnica consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina. Es una maniobra simple y fácil que puede realizar el propio paciente.

La prescripción de pañales absorbentes, si bien puede acompañarse de otros recursos terapéuticos, a menudo es la primera y única intervención que se efectúa en pacientes con un grado de incontinencia considerable

Sus principales contraindicaciones son: ausencia de residuo posmiccional, poca habilidad manual, discapacidad mental, falta de higiene o condiciones sociales desfavorables, reflujo vesiculoureteral, presencia de patología uretral o ausencia del beneficio perseguido.

Sus problemas prácticos más significativos incluyen riesgo de infección, dolor o molestias, presencia de sangre, persistencia de la incontinencia y actitud negativa del paciente. □

Bibliografía general

- Campos M, Fernández-Micheltoarena C, Sánchez MD. ¿Podemos mejorar el tratamiento de la incontinencia urinaria? Parte I. C@P revista de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [serie en Internet]. 2006 [consultado el 22 de noviembre de 2007] [aprox. 12p]. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/imprimirPagina.php?NTU%3D>.
- Campos M, Fernández-Micheltoarena C, Sánchez MD. ¿Podemos mejorar el tratamiento de la incontinencia urinaria? Parte II. C@P revista de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [serie en Internet]. 2006 [consultado el 22 de noviembre de 2007], [aprox. 9p]. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/imprimirPagina.php?NTU%3D>.
- Ferri A. Incontinencia urinaria y disfunción del suelo pélvico. Fisioterapia. 2004;5:247-8.
- Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Atención Primaria. 2002;5:323-332.
- Litago MC, Sada MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. Boletín de Información Terapéutica de Navarra. 2007;4:35-48.
- Piera M. Incontinencia urinaria. Consejo y seguimiento. Farmacia Profesional. 2004;4:53-8.
- Portillo J. Opciones terapéuticas en la incontinencia de orina. Elementos para la decisión. FMC 2002; 9 (3): 191-202.
- Queralt M. Productos sanitarios para incontinencia. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Formación Continuada en Productos Sanitarios. Módulo II. Madrid: Acción Médica; 2003. p. 113-32.
- Rodríguez G, Carballido JA, Suárez C. Incontinencia urinaria en la mujer. Medicine. 2003;114:6107-17.
- Rubio J, Sánchez R. Incontinencia urinaria. Apoyo y corrección. Farmacia Profesional. 1999;10:105-10.
- Selva J, Prats R. Sondas, tubos y cánulas de drenaje. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Formación Continuada en Productos Sanitarios. Módulo IV. Madrid: Acción Médica; 2003. p. 1-55.