

Incontinencia urinaria

Cómo tratarla fuera del hospital

Son muchas las personas que padecen incontinencia urinaria por muy diversas causas y su porcentaje se duplica a partir de los 65 años. Sus distintas manifestaciones, así como las formas de combatirla o de paliarla, han sido objeto de una ponencia presentada por el Servicio de Neurourología del Institut Guttmann en el Simposio SEP-ASELME, dirigido a Enfermería de Asistencia Primaria, que aquí presentamos de forma resumida.

La incontinencia urinaria no es una enfermedad que ponga en peligro la vida, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía.



Albert Borau
Jefe del Servicio de Neurourología
Institut Guttmann

Según la **ICS** (Sociedad Internacional para la Continencia) se define como incontinencia urinaria cualquier pérdida involuntaria de orina que suponga un problema social o higiénico.

La incontinencia urinaria no es una enfermedad que ponga en peligro la vida, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía.

Para comprender la magnitud del problema, la **OMS** (Organización Mundial de la Salud) asegura que la incontinencia urinaria afecta al 25% de la población mundial en algún momento de la vida y al 50% de los mayores de 65 años. Su repercusión varía considerablemente, según las diferentes culturas, ubicaciones geográficas y nivel socioeconómico. Un ejemplo realmente impactante es el de la mujer africana que vive en zonas tribales y es repudiada por esta causa.

Tipos

- **Incontinencia de esfuerzo o estrés:** es la más frecuente; se presenta más en mujeres (partos) o tras la cirugía pélvica en hombres (próstata). También en espina bífida y lesiones de la cola de caballo. Se manifiesta ante esfuerzos, tos o estornudo.
- **Incontinencia de urgencia:** es la debida a causas inflamatorias, infección, litiasis, tumores o, también, causas neurogénicas. El escape suele ir precedido de deseo miccional imperioso, excepto en lesiones que afectan la sensibilidad.
- **Incontinencia urinaria mixta:** es la que presenta características de las dos anteriores (de esfuerzo y de urgencia).
- **Incontinencia por rebosamiento:** obedece a causas obstructivas, con micción incompleta y residuo postmiccional abundante. Se manifiesta como pequeñas micciones, cada 10 minutos, por ejemplo.
- **Incontinencia funcional:** es la que se presenta con un aparato urinario normal y es debida a la afectación de funciones superiores, enfermedades limitantes, edad, situación social, barreras o aumento del volumen de orina, entre otras causas.
- **Formas especiales:** continua (fístulas urinarias), escape con el sueño (enuresis), escape con la risa (*giggle*), durante las relaciones sexuales (climaturia) y el goteo posmiccional.

Diagnóstico

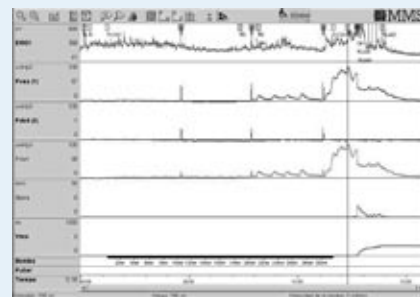
El diagnóstico se basará en las manifestaciones clínicas y en el interrogatorio. La exploración física pondrá de manifiesto el estado de repleción de la vejiga, la presencia de fístulas, el estado del suelo pélvico y las alteraciones de la sensibilidad o de los reflejos.

El laboratorio nos aportará el estudio de las infecciones urinarias y de algunas enfermedades como la diabetes, que pueden manifestarse en este sentido. Las exploraciones complementarias, como la radiología, permitirán confirmar o descartar la presencia de litiasis (RX simple), las alteraciones de las vías urinarias (urografía intravenosa) o el estado de la vejiga y el esfínter uretral (cistografía-Cums). La ecografía complementa el estudio estructural y es una forma sencilla y reproducible de valorar el residuo posmiccional. Pero es el estudio urodinámico el que

definirá, realmente, el comportamiento de vejiga y esfínteres, tanto en la simple flujometría como en la cistomanometría o en los estudios presión-flujo. Esta prueba es fundamental para la clasificación de las alteraciones neurógenas de la vejiga, así como para la indicación del tratamiento. Son parámetros de esta prueba la capacidad, contracción, elasticidad y sensibilidad de la vejiga, así como la coordinación con los esfínteres (sinergia-disinergia) o los que reflejan la magnitud del caudal urinario (flujo).



RX simple. Litiasis vesical.



Urodinámica. Hiperactividad del detrusor.

Tratamiento

Su tratamiento puede abordarse con diferentes opciones: terapia conductista, rehabilitación del suelo pélvico, farmacología y cirugía, que detallamos a continuación:

→ **Terapia conductista**, es decir, realizar modificaciones en los hábitos que van a contribuir en el control de la incontinencia. La cumplimentación de un diario miccional nos mostrará las horas del día en las que se produce la ingesta de líquidos y su volumen, los episodios de incontinencia, los volúmenes de las micciones y las incidencias destacables. Es la herramienta que complementa el interrogatorio y pone de manifiesto las alteraciones clínicas.

Será de ayuda el estudio de los itinerarios, que son los circuitos que debemos conocer al salir de casa y que nos van a permitir saber dónde se encuentran los lavabos accesibles o de higiene suficiente. Y también las maniobras de facilitación del vaciado vesical, como son la percusión hipogástrica, la expresión manual de la vejiga (maniobra de Credé), la localización de zonas gatillo (*trigger*), que facilitan la contracción de la vejiga o, incluso, las posiciones más favorables (flexión anterior del tronco, posición en cuclillas) o el empleo de la propia prensa abdominal. Estas maniobras se pautarán según los resultados de las pruebas diagnósticas.

→ **Rehabilitación del suelo pélvico**: es un conjunto de maniobras encaminadas a la potenciación de la musculatura del suelo de la pelvis, que constituye el sostén de órganos como la vejiga, el recto y la uretra. De la correcta situación y potencia de estas estructuras se obtendrá un adecuado funcionamiento de los elementos de control pasivo, como el cuello vesical. Es fundamental en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo y puede facilitar el control de la incontinencia por urgencia, al

poner en marcha mecanismos de inhibición de la contracción vesical. Estos ejercicios pueden ser voluntarios o pueden ir asociados a la electroestimulación.

→ **Farmacología**: los fármacos actualmente demostrados como eficaces, aparte de los antibióticos —en caso de infección—, son los anticolinérgicos. Su función es evitar las contracciones no deseadas de la vejiga, aumentando su capacidad y, por tanto, la autonomía, ya sea entre micciones o entre cateterismos intermitentes. Los más comunes son la oxibutinina y la solifenacina, aunque se investiga continuamente para obtener principios activos siempre más selectivos y con menos efectos indeseables (sequedad de boca, visión borrosa, etc.).

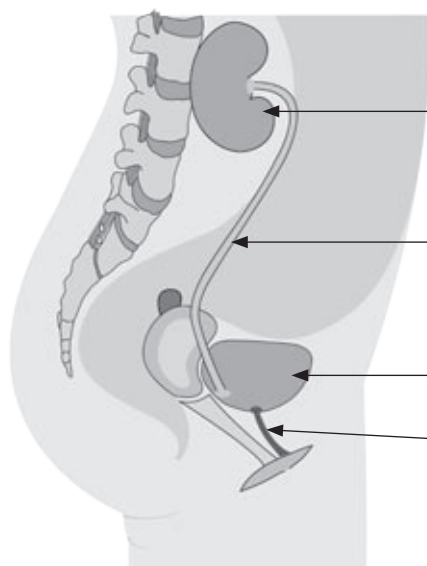
También pueden ensayarse los alfa-bloqueantes simpáticos, con el objetivo de facilitar la apertura del cuello vesical y, con ello, el vaciado de la vejiga. La respuesta de éstos es muy individualizada y pueden generar, también, incontinencia de esfuerzo o eyaculación retrógrada. El más difundido es la tamsulosina, aunque existe una gran variedad de ellos.

→ **Cirugía**: los tratamientos quirúrgicos podrían agruparse en dos grandes grupos, los que irán encaminados a solucionar la causa de la incontinencia y los que facilitarán el uso de los elementos de control de la misma.

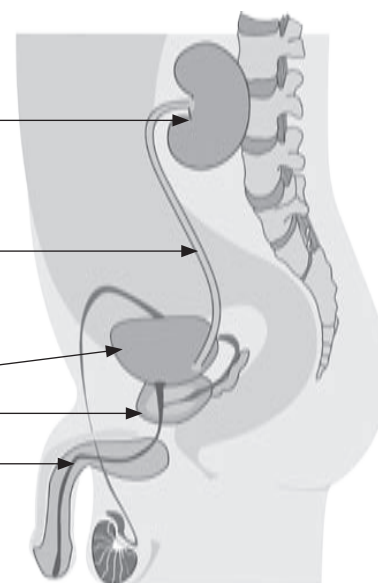
En la incontinencia de esfuerzo se emplean mallas, algunas de tensión fija, otras de colocación mínimamente invasiva y, también, las de tracción variable. Éstas últimas permiten el ajuste de la tensión, al cabo de meses o años tras la cirugía.

Los esfínteres artificiales, así como las plastias de ampliación vesical con intestino, son técnicas que deberán ser muy bien valoradas, dada su evolución variable con el paso del tiempo.

SISTEMA URINARIO FEMENINO



SISTEMA URINARIO MASCULINO



Riñón

Uréter

Vejiga

Próstata

Uretra

Es clara la indicación de tratamiento ante una fístula urinaria, cuando las medidas conservadoras y la derivación de la orina mediante sondas o catéteres no logran subsanarla. En general, son intervenciones complejas y no es rara la participación de tejidos blandos, músculos o hueso, así como la posibilidad de reincidencia del problema.

En los últimos años, se incorporó el uso de la toxina botulínica como relajante de la musculatura lisa (vejiga) o estriada (esfínter uretral), en el manejo de la incontinencia urinaria. La infiltración endoscópica del detrusor (músculo vesical) puede aumentar su capacidad, mitigar las contracciones y permitir, entre otras técnicas, el uso de los cateterismos intermitentes. La infiltración del esfínter uretral contribuirá al mejor vaciado de la vejiga, al disminuir los efectos de la disinergia vesicoesfinteriana, disminuyendo, también, la práctica de esfinterotomías endoscópicas, intervenciones que siempre implican mayores riesgos, así como ingresos hospitalarios. El manejo de la toxina es, prácticamente, salvando distancias geográficas, de uso ambulatorio.

Y, por último, mencionaremos dos técnicas que van encaminadas a la mejor fijación del colector urinario externo, en casos de pene retráctil: la cavernosopexia y la plastia del ángulo penoescrotal, que, ocasionalmente, se combinan para procurar una mayor superficie de contacto entre la parte adhesiva del colector y la piel. Su práctica es, también, generalmente ambulatoria.

Cabría añadir las técnicas de neuromodulación o los electroestimuladores sacros (SARS), que no detallaremos porque ya ocuparon un capítulo en números anteriores de esta revista.

Métodos de control

En esta parte final, citaremos los diferentes métodos que se emplean en el control de la incontinencia urinaria, todos ellos con el intento de minimizar, al máximo, su repercusión social o higiénica.

→ **Cateterismo y autocateterismo intermitente:** técnica introducida por Sir Ludwig Guttmann en 1949, practicándose en condiciones de esterilidad, en el tratamiento de la vejiga de los pacientes con lesión medular. En 1966 pone de manifiesto las ventajas respecto de la sonda vesical permanente o la sonda suprapúbica. En 1972, Lapides introduce el concepto de cateterismo no estéril o limpio, muy difundido aún hoy en día en lugares con fuerte condicionamiento socioeconómico. Esta técnica permite el vaciado periódico de la vejiga, evitando la presencia del cuerpo extraño que representa la sonda permanente y, con ello, reduce la presencia de infección urinaria o de cálculos en la vejiga. Es la técnica de elección en el manejo de la vejiga neurógena de los lesionados medulares. Precisa de una cierta reducción de la ingesta hídrica (ingerir no más de 1 litro de líquidos al día), para lograr vaciados de 300 a 350 ml, en 3 o 4 ocasiones al día, con un límite práctico de 6.

Las complicaciones generadas por el cateterismo intermitente son las derivadas del paso de las sondas por la uretra y consisten en las infecciones urinarias, las falsas vías uretrales, la presencia de sangre en la orina o las estenosis de uretra, aunque, con los nuevos materiales y los conceptos de sonda lubricada o prelubricada de baja fricción, se han logrado minimizar considerablemente.

→ **La sonda vesical permanente** aunque, hoy en día, se considera una solución poco válida, representa a veces la única opción, ante pacientes de movilidad muy reducida, con gran espasticidad, dolor a la manipulación, o bien como medida temporal ante desplazamientos a zonas poco accesibles. Los riesgos son los enumerados con anterioridad pero, sobre todo, infección y litiasis. En el hombre, las compresiones de la uretra pueden generar estenosis, divertículos y desgarros, muy frecuentes a nivel del meato urinario (hipospadias traumático). Si la colocación es inadecuada o bien el globo de retención de la sonda es expulsado a la uretra, por un tirón en general, éste puede crear una lesión por decúbito interno y, al final, un absceso o fístula urinaria. También el empleo de la silicona en este tipo

de sondas, aminorando la incrustación y el contacto con las mucosas, evita complicaciones. Los períodos de recambio no deberían ser superiores al mes, aunque la variabilidad de las condiciones de la orina puede facilitar períodos de diferente duración. Asimismo, pueden asociarse los lavados vesicales semanales, con citrato sódico como antiincrustante.

→ **Sonda suprapúbica:** su empleo es casi superponible a la vesical permanente en cuanto a cuerpo extraño se refiere, pero evitando el contacto con la uretra. Su inserción es semiquirúrgica, a través de una punción directa a la vejiga, controlada mediante ecografía. También representa una medida temporal ante la reparación de fístulas o patología uretral, a veces condicionadas por la expulsión espontánea de la sonda permanente, o ante la desfuncionalización extrema de la vejiga (microvejiga). Su recambio plantea pocas dificultades, si no se deja el tracto sin sonda durante horas. En este caso puede ser necesaria una dilatación del mismo o una segunda punción.

→ **Colector urinario:** es el dispositivo que permite la recogida de la orina mediante un preservativo, adecuadamente modificado, que se adhiere, de forma permanente, a la piel del pene. Si bien los primeros se fabricaban de forma prácticamente artesanal, hoy en día se dispone de marcas comerciales, de distintas características, que incluyen, generalmente, la silicona y la propiedad autoadherente del dispositivo. Algunas modificaciones en la forma permiten una más fácil aplicación o conexión a la bolsa recolectora

de orina. Ésta, de forma más o menos discreta, irá adosada a la pierna durante el día y a la cama durante la noche.

Los cuidados del colector son los de la piel, insistiendo en la higiene y sustitución diaria del mismo, a días alternos a lo sumo, si hay que emplear pastas adhesivas para su fijación. Las complicaciones que pueden surgir son las lesiones por presión o rozamiento, que pueden interesar todas las capas de la piel o estructuras adyacentes como la uretra; también, con el látex, los casos de alergia o dermatitis recidivante, actualmente menos frecuentes con la silicona.

→ **Absorbentes y pañales:** tal vez el sistema más difundido, sobre todo entre las personas de edad. Sus complicaciones más frecuentes son las dermatitis, si el recambio o la higiene son insuficientes y, para contrarrestarlas, existe toda una variedad de pomadas protectoras y reparadoras de la piel, algunas de tipo hidratante y descongestivo y otras, basadas en la pasta lasar, de efecto barrera contra la humedad.

Para los hombres con pequeñas pérdidas, se comercializan absorbentes en forma de bolsa que se adhieren a la ropa interior y permiten evitar el uso del colector, resultando así una solución adecuada y discreta. El empleo de estos sistemas de control deberá ser adecuado, además de personalizado, y siempre encaminado a lograr una mayor integración social y una mejor calidad de vida. **SR**

gracare
Institut català d'ajudes tècniques

LA MÉS ÀMPLIA EXPOSICIÓ DE PRODUCTES A BARCELONA

- Cadires de rodes:
 - Manuals
 - Elèctriques
- Llits i mobiliari adaptat a la llar
- Grues de transferència
- Caminadors i bastons
- Ajudes de bany:
 - Cadires
 - Barres
- **Servei d'adaptació de productes.**

- Línea infantil:
 - Cadires de rodes
 - Caminadors
 - Trones
- Coixins i matalassos anti-escars
- Ajudes per les activitats domèstiques:
 - Ajudes menjar
 - Ajudes vestir
- Ajudes per a la comunicació
- Adaptació de vehicles
- **Servei d'assistència tècnica.**

C/ Entença n° 165, 08029 Barcelona • TEL. 93 490 26 29 • FAX. 93 490 75 73 • www.gracare.com