

Tema 11 : Incontinencia Urinaria

Prof. Dra. María Blanco

Métodos específicos de intervención en fisioterapia IV

1.. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición y Epidemiología

La incontinencia urinaria (IU) se define por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como “cualquier pérdida involuntaria de orina”. Lejos de ser un simple problema de higiene, la IU es una condición médica con un impacto significativo en la calidad de vida, afectando a las esferas física, psicológica, social, económica y laboral de quien la padece.

Aunque puede afectar a personas de cualquier edad, es más prevalente en mujeres y su incidencia aumenta con la edad. Se estima que afecta a aproximadamente al 20-30% de las mujeres jóvenes, 30-40% de las de mediana edad y hasta el 50% de las ancianas. A pesar de su alta prevalencia, a menudo es un tema tabú, lo que lleva a un subdiagnóstico y una falta de tratamiento.

1.2. Clasificación de la Incontinencia Urinaria

El primer paso para una intervención eficaz es comprender los diferentes tipos de IU y sus mecanismos subyacentes. Los tipos más comunes son:

- **Incontinencia de Esfuerzo (IUE):** Pérdida de orina que ocurre con el aumento de la presión intra-abdominal (tos, estornudos, risa, ejercicio, levantar objetos pesados). Se debe principalmente a una debilidad o disfunción de los músculos del suelo pélvico y/o del esfínter uretral.
- **Incontinencia de Urgencia (IUU):** Pérdida de orina que se produce inmediatamente después de una necesidad repentina e incontrolable de orinar (urgencia). A menudo está asociada a la hiperactividad del músculo detrusor de la vejiga.
- **Incontinencia Mixta:** Presencia de síntomas tanto de incontinencia de esfuerzo como de urgencia. Este es el tipo más frecuente de incontinencia urinaria en las mujeres de mediana edad y mayores.
- **Incontinencia por Rebosamiento:** Pérdida de orina que ocurre cuando la vejiga no se vacía completamente (retención crónica de orina) y la presión intra-vesical

supera la resistencia uretral. Es más común en hombres con hiperplasia prostática benigna.

- **Incontinencia Funcional:** La persona es físicamente incapaz de llegar al baño a tiempo debido a limitaciones físicas o cognitivas (problemas de movilidad, demencia, etc.).

1.3. Fisiopatología

La continencia urinaria es un complejo mecanismo neuro-muscular que depende de la sinergia entre el sistema nervioso central, la vejiga (músculo detrusor) y el esfínter uretral (con sus componentes externo e interno).

- **Fase de Llenado:** Durante el llenado vesical, el detrusor está relajado (gracias a la innervación simpática) y el esfínter uretral está contraído (gracias a la innervación somática y simpática), lo que garantiza el almacenamiento de orina.
- **Fase de Vaciado:** Al iniciar la micción, la innervación parasimpática estimula la contracción del detrusor y, simultáneamente, la innervación somática y simpática se inhiben, relajando el esfínter uretral y permitiendo el vaciado.

La disfunción en cualquiera de estos mecanismos puede provocar incontinencia. En la IUE, el problema reside en la incapacidad del esfínter o del suelo pélvico para resistir el aumento de presión. En la IUU, la hiperactividad del detrusor genera la urgencia y la micción involuntaria.

2. EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Una evaluación exhaustiva es fundamental para un plan de tratamiento efectivo y personalizado.

2.1. Anamnesis y Cuestionarios

- **Historia Clínica:** Se debe preguntar sobre el tipo y frecuencia de las pérdidas, los factores desencadenantes, el momento del día en que ocurren, el uso de absorbentes y el impacto en la calidad de vida. También es crucial indagar sobre el historial obstétrico (partos vaginales, episiotomía, uso de fórceps), cirugías pélvicas, hábitos intestinales, ingesta de líquidos y el uso de fármacos que puedan afectar la función vesical.
- **Diario Miccional:** Es una herramienta esencial que el paciente debe completar durante 2-3 días. Registra las horas y volúmenes de micción, los episodios de incontinencia, la ingesta de líquidos y los eventos de urgencia. Proporciona una visión objetiva del patrón miccional del paciente.

- **Cuestionarios de Calidad de Vida:** Permiten cuantificar el impacto de la IU en la vida del paciente (ej. ICIQ-SF, P-QOL).

2.2. Examen Físico Específico

- **Inspección del Perineo:** Se observa el estado de los tejidos, la presencia de prolapsos de órganos pélvicos (POP), y la simetría y movimiento del suelo pélvico en reposo y durante la contracción y el pujo.
- **Palpación de los Músculos del Suelo Pélvico (MSP):** Mediante tacto vaginal, el fisioterapeuta evalúa la fuerza, resistencia, simetría y coordinación de la contracción de los MSP. Se utiliza la escala de Oxford modificada (0-5) para calificar la fuerza muscular. Se le pide al paciente que realice contracciones lentas (para resistencia) y rápidas (para coordinación).
- **Test de la Tos:** Durante la palpación, se le pide al paciente que tosa. El fisioterapeuta evalúa la respuesta del suelo pélvico (si se contrae de forma refleja) y la presencia de fuga de orina. Es un test funcional clave para la IUE.

2.3. Pruebas Complementarias

Aunque a menudo son realizadas por urólogos, el fisioterapeuta debe conocer su existencia e interpretación.

- **Uroflujometría:** Mide el volumen y el caudal del flujo de orina.
- **Estudio Urodinámico:** Evalúa la función de almacenamiento y vaciado de la vejiga. No es una prueba de rutina, pero es útil en casos complejos para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento.

3. MÉTODOS DE INTERVENCIÓN EN FISIOTERAPIA

El tratamiento conservador, y en particular la fisioterapia del suelo pélvico, es la primera línea de abordaje para la incontinencia urinaria.

3.1. Tratamiento Conductual

- **Educación del Paciente:** El fisioterapeuta debe explicar la anatomía y fisiología del suelo pélvico, el papel de los factores de riesgo y la importancia de los cambios en el estilo de vida.
- **Modificación de la Ingesta de Líquidos:** Se recomienda una ingesta de 1.5-2 litros de agua al día, evitando irritantes vesicales como la cafeína, el alcohol y los refrescos.

- **Reeducación Vesical:** Dirigida principalmente a la IU de urgencia. Consiste en prolongar progresivamente los intervalos entre micciones para aumentar la capacidad funcional de la vejiga y reducir la urgencia. Se combina con técnicas de distracción para manejar los episodios de urgencia.

3.2. Fortalecimiento del Suelo Pélvico (PFMT - Pelvic Floor Muscle Training)

Es el pilar fundamental del tratamiento de la IUE. El objetivo es aumentar la fuerza, la resistencia y la coordinación de los MSP.

- **Principios de la Contracción:** Se enseña al paciente a realizar contracciones correctas, diferenciándolas de la contracción de glúteos o aductores. La contracción se asemeja a "detener el flujo de orina" o a "elevar la vagina".
- **Protocolo de Ejercicios:**
 - **Contracciones Lentas (Resistencia):** Mantener la contracción durante 5-10 segundos, repetido 10 veces, con un descanso igual o mayor entre repeticiones.
 - **Contracciones Rápidas (Fuerza y Coordinación):** Contracción máxima y rápida de 1-2 segundos, repetida 10 veces. Son clave para responder a los aumentos súbitos de presión (tos, estornudos).
- **Integración Funcional:** La clave del éxito es que el paciente aprenda a contraer los MSP de forma automática y anticipatoria antes de los momentos de esfuerzo (ej. antes de toser).

3.3. Biofeedback

Es una herramienta terapéutica que permite al paciente visualizar o escuchar la actividad de sus MSP.

- **Tipos:**
 - **Manométrico:** Utiliza un sensor de presión vaginal o rectal.
 - **Electromiográfico (EMG):** Mide la actividad eléctrica de los músculos.
- **Función:** Proporciona un retorno de información inmediata sobre la calidad de la contracción muscular, ayudando al paciente a identificar y corregir errores. Es especialmente útil en pacientes que tienen dificultad para percibir la contracción.

3.4. Electroestimulación

Utiliza una corriente eléctrica de baja intensidad para estimular la contracción de los MSP a través de una sonda.

- **Mecanismo de Acción:**

- **Fortalecimiento muscular (IU de Esfuerzo):** Se usan frecuencias altas (50 Hz) para generar contracciones pasivas que aumentan la fuerza y la masa muscular.
- **Inhibición del detrusor (IU de Urgencia):** Se usan frecuencias bajas (5-10 Hz) para estimular los nervios pudendos, lo que inhibe la contracción involuntaria del detrusor.
- **Indicaciones:** Pacientes que no son capaces de contraer voluntariamente los MSP o en casos de IU de urgencia que no responden al tratamiento conductual.

3.5. Otros Métodos y Dispositivos

- **Conos Vaginales:** Pesos de diferentes tamaños y pesos que se introducen en la vagina. La paciente debe contraer los MSP para retener el cono, proporcionando una resistencia progresiva al entrenamiento.
- **Terapia Manual:** La movilización de cicatrices perineales (episiotomía, desgarros) o de puntos gatillo musculares puede ser necesaria para restaurar la función del suelo pélvico.
- **Fajas Abdominales y Corrección Postural:** La postura y la activación de la musculatura abdominal profunda influyen directamente en la función del suelo pélvico. La corrección postural es una parte integral del tratamiento.

4. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria es una patología con una prevalencia elevada y un impacto significativo en la calidad de vida. El fisioterapeuta del suelo pélvico juega un papel crucial en su abordaje conservador, ofreciendo soluciones efectivas y no invasivas.

El tratamiento fisioterapéutico se basa en una evaluación detallada que guiará la elección de las técnicas adecuadas:

- **Educación y reeducación conductual** para modificar hábitos.
- **Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico** como pilar fundamental.
- **Uso de tecnologías como el biofeedback y la electroestimulación** para optimizar la terapia.

El objetivo final no es solo la reducción de las pérdidas de orina, sino la mejora integral de la calidad de vida, devolviendo la confianza y autonomía al paciente. El enfoque multidisciplinario, en colaboración con urólogos y ginecólogos, es clave para el éxito a largo plazo.