

Reeducación de la incontinencia urinaria en la mujer

A. Bourcier, L. Peyrat

La reeducación perineal, las modificaciones del estilo de vida, los consejos higienicodietéticos y la reeducación conductual forman parte de los tratamientos conservadores de la incontinencia urinaria de la mujer. La reeducación perineal comprende la reeducación perineal activa o refuerzo de los músculos del piso pélvico, la electroestimulación (en la que se emplean corrientes eléctricas con fines terapéuticos para estimular la contracción muscular por medio de la activación de los nervios que gobiernan los músculos) y la biorretroalimentación (que consiste en la toma de conciencia objetiva de una función fisiológica que escapa a la percepción consciente). En la incontinencia urinaria, la reeducación arroja unos porcentajes de éxito muy variables, que van, según las diversas publicaciones, del 12 al 90%. La interpretación de estos estudios no siempre resulta fácil, sobre todo por la gran diversidad de técnicas empleadas. Sin embargo, diversos organismos y expertos, basándose en los numerosos estudios de calidad existentes, recomiendan la reeducación perineal como tratamiento de la incontinencia urinaria.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Tratamiento conservador; Incontinencia urinaria; Reeducación perineal; Reeducación perineal activa; Refuerzo de los músculos del piso pélvico; Electroestimulación perineal; Biorretroalimentación

Plan

■ Introducción	1
■ Reseña fisiopatológica	1
Prevalencia	1
Papel del complejo muscular pelvipereineal	2
■ Reeducación conductual	2
Principios fundamentales	2
Reeducación vesical o miccional	3
■ Reeducación perineal activa: refuerzo de los músculos del piso pélvico	3
Principios fundamentales	3
Programas de entrenamiento de los músculos perineales o PFMT	3
■ Electroestimulación	4
Mecanismos de acción	4
Modos de estimulación	5
■ Biorretroalimentación	5
Principios básicos	5
Métodos de biorretroalimentación	7
■ Aparatos correctores de la incontinencia	9
Ayudas en la incontinencia	9
Protecciones absorbentes	9
■ Resultados	9
■ Conclusión	10

■ Introducción

El término «tratamiento conservador» designa todas las técnicas que no son ni farmacológicas ni quirúrgicas. Comprende principalmente las modificaciones del estilo de vida y los consejos de higiene de vida, los programas de entrenamiento de los músculos del piso pélvico y los métodos fisioterapéuticos (conos vaginales, biorretroalimentación y electroestimulación). El reentrenamiento vesical se cuenta entre las terapias conductuales. También los aparatos correctores de la incontinencia forman parte del tratamiento conservador, el cual ha recibido diferentes denominaciones, como reeducación perineal, reeducación uroginecológica, reeducación perineoesfinteriana, reeducación vesicoesfinteriana, reeducación pelvipereineal y, en la nomenclatura francesa, reeducación perineal activa bajo control manual y/o electroestimulación y/o biorretroalimentación.

■ Reseña fisiopatológica

Prevalencia

La prevalencia de la incontinencia urinaria (IU) en la población femenina demuestra que afecta a un 20-30% de la población joven activa, y compromete al 10% de las mujeres jóvenes nulíparas y al 30% de las mujeres

nulíparas deportistas, con un pico del 40-50% en la mediana edad y un aumento progresivo, hasta alcanzar cerca del 60% en las personas mayores [1, 2].

Existen varios tipos de incontinencia urinaria [3]:

- IU de esfuerzo (IUE), definida por:
 - pérdida involuntaria de orina con motivo de esfuerzos tales como estornudar, toser, saltar o levantar peso, sin sensación previa de necesidad;
 - aumento brusco de la presión intraabdominal;
 - existencia de IUE por hipermovilidad uretral y/o por incompetencia esfinteriana;
- IU por urgencia miccional, caracterizada por:
 - deseo súbito, imperioso e irreprímible de orinar, aunque sea un pequeño volumen;
 - contracción vesical no inhibida (estudio urodinámico);
 - paroxismos emocionales (risa incontenible, miedo, orgasmo); algunas afecciones neurológicas también pueden ocasionar pérdidas de orina;
- IU mixta, caracterizada por la asociación IUE + IU por urgencia miccional.

A menudo existe una polaquiuria de seguridad o de evitación que oculta una IUE.

La IU es multifactorial. Se origina principalmente por traumatismos obstétricos, algunas intervenciones quirúrgicas genitourinarias, herencia, menopausia, medicamentos, trastornos neurológicos, actividades deportivas, etcétera.

Papel del complejo muscular pelvipereineal

Aunque suele emplearse el término «piso pélvico» para designar la parte muscular del complejo pélvico, su nombre anatómico es «músculos elevadores del ano» (*levator ani*). En realidad se trata de un conjunto de músculos y fascias que se fijan en los huesos de la pelvis menor. La parte muscular comprende unos músculos perineales profundos y otros superficiales. Dentro del último grupo se encuentra el esfínter anal externo. Las fibras musculares se fijan en el hueso de la pelvis menor por una red de fascias endopélvicas.

La función principal de los músculos del piso pélvico consiste en ofrecer sostén a los órganos de la pelvis menor. Predominan, por tanto, las fibras de tipo I o fibras de contracción lenta. En el músculo sano, estas fibras tienen alta resistencia, baja velocidad de contracción y soportan bien la fatiga. Sin embargo, para poder responder a las variaciones súbitas de la presión intraabdominal, los músculos del piso pélvico también cuentan con fibras de tipo II o fibras de contracción rápida, que se contraen fuerte y rápidamente, proveyendo así breves períodos de actividad intensa.

Según Gilpin et al [4], en el interior del piso pélvico existe aproximadamente un 70% de fibras de contracción lenta y un 30% de fibras de contracción rápida. Los mismos autores han observado una disminución de las fibras de tipo II en las zonas periuretral y perianal de las mujeres que presentan síntomas de prolapso genitourinario o incontinencia de esfuerzo. Este descubrimiento induce a pensar que existe un vínculo entre los cambios de la función muscular perineal y el prolapso y la incontinencia.

Durante los períodos de aumento de la presión abdominal (PIA), se supone que los músculos del piso pélvico actúan como una especie de plataforma o hamaca, según la descripción de De Lancey [5]. La hamaca muscular situada bajo la uretra opone resistencia al aumento de la presión intraabdominal y posibilita la compresión de la uretra, lo que impide la pérdida de orina. Petros y Ulmsten [6] reconocen la función de la fascia endopélvica y formulan una hipótesis integral,

basada en la idea de que el piso pélvico forma una entidad funcional. Cuando se debilita una parte de la estructura (por ejemplo, el ligamento pubouretral), la hamaca pierde parcialmente su función de origen y ya no puede actuar con eficacia. Esta teoría integral sugiere además que la oclusión de la uretra no se efectúa de delante hacia atrás sino de atrás hacia delante, por aplastamiento contra la sínfisis del pubis. Los mecanismos activos consisten en una contracción refleja de la musculatura perineoesfinteriana en respuesta a un súbito aumento de la PIA, lo cual podría explicar que, en las mujeres jóvenes continentales, el pico de presión en la uretra pueda preceder y exceder en amplitud al de la vejiga. Es probable que la prensa del haz del elevador del ano sea más eficaz que el esfínter estriado uretral [6].

Dougherty [7] ha postulado que los efectos del refuerzo del piso pélvico sobre los síntomas de incontinencia por esfuerzo se deben a una hipertrofia muscular. Aunque ésta origina la mayoría de las ganancias de los músculos esqueléticos, Dougherty considera que la coordinación neuromuscular es al menos tan importante como la hipertrofia para el éxito del tratamiento de la incontinencia por esfuerzo. En 1998, Miller et al [8] describieron un estudio realizado en mujeres ancianas (edad promedio: 68 años) con síntomas de incontinencia por esfuerzo leve y moderada. Se les enseñó la técnica de contracción voluntaria de los músculos del piso pélvico antes y durante la tos (técnica llamada *the knack*, que significa literalmente truco, tranquilo). Al cabo de un tiempo relativamente breve (1 semana), en las mujeres que utilizaban *the knack* se observó una reducción de las pérdidas de orina significativa respecto a la que originaba la tos sin contracción previa del piso pélvico.

La función de los músculos del piso pélvico está menos clara en la incontinencia por imperiosidad miccional. Por lo general, el tratamiento consiste en mejorar la función muscular pélvica (en especial la capacidad para mantener una contracción) y luego utilizar esta mejoría en un programa de reeducación de la vejiga. Se consigue la inhibición refleja de una contracción del detrusor de la vejiga contrayendo voluntariamente los músculos estriados del piso pélvico y activando el reflejo inhibitor perineodetrusor.

■ Reeducación conductual

Principios fundamentales

La reeducación vesical es una modalidad de tratamiento no invasivo utilizada en la urgencia miccional, en la incontinencia mixta e incluso en la incontinencia por esfuerzo. En la primera descripción de Jeffcoate y Francis se denomina «disciplina vesical». La reeducación vesical es una forma de terapia conductual en la que una paciente sin trastornos del sistema nervioso «reaprende» a inhibir una contracción del detrusor o una sensación de micción imperiosa. Los síndromes de imperiosidad y urgencia miccional, que han sido objeto de un artículo de síntesis [9, 10], pueden resumirse así:

- el desencadenante inicial de los síntomas miccionales puede ser un acontecimiento con fuerte contenido emocional en la vida de la paciente;
- en la valoración, con una prueba validada, las pacientes aquejadas de inestabilidad del detrusor presentan una puntuación en neuroticismo superior a la de las pacientes que sufren una auténtica incontinencia por esfuerzo;
- existe una relación entre la inestabilidad del detrusor y el rasgo de personalidad histérica. Las pacientes con inestabilidad del detrusor corren mayores riesgos de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268796>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268796>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)