¿Que es la incontinencia? Causas Tipos Diagnostico Tratamiento

LA INCONTINENCIA NO ES UNA ENFERMEDAD

La Fisioterapia del Suelo Pélvico está dirigida a la prevención y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico que afectan tanto a mujeres como a hombres y que suponen una merma importante en su calidad de vida.

Incontinencia urinaria incontinencia fecal y/o de gases, prolapsos (descensos) de los órganos pélvicos, estreñimiento, dolor pélvico, disfunción sexual, debilidad abdominal, etc. Son, un ejemplo de los problemas que conciernen al suelo pélvico y que sufre una gran parte de la población en el mundo.

La Fisioterapia del Suelo Pélvico es hoy en día una alternativa fiable y segura para la curación de las anteriores disfunciones.

¿QUÉ ES?

La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina. El afectado tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar pero es incapaz de retener la orina. Los escapes pueden producirse al estornudar, reír, realizar algún esfuerzo o ejercicio físico. Supone un problema higiénico, social y psíquico, ya que influye en la actividad cotidiana del enfermo y reduce su calidad de vida. La incontinencia no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia de una alteración en la fase de llenado vesical que se presenta en numerosas enfermedades.

CAUSAS

Puede manifestarse a cualquier edad y en ambos sexos. Sin embargo, es más frecuente en las mujeres que en los hombres. La incontinencia se produce cuando la presión dentro de la vejiga es superior a la presión en la uretra. Este trastorno puede deberse a una hiperactividad del detrusor que, en algunos casos, es motivada por un problema neurológico; por una alteración del esfínter externo y de los músculos del suelo pélvico; por el fallo del esfínter interno por relajación inapropiada o lesión orgánica, o por un daño neuronal.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Incontinencia urinaria de esfuerzo: la pérdida de orina se produce al realizar cualquier movimiento o actividad física. La risa, el estornudo, el deporte, la carga de objetos pesado o el mero hecho de ponerse en pie o agacharse puede provocar escapes de orina que van desde unas gotas hasta un chorro. Afecta a más de un millón de mujeres. El origen de esta incontinencia se encuentra en la uretra, que en la mujer es corta y está en la vejiga y en los genitales externos. El esfuerzo físico, aunque sea leve, provoca un aumento de la presión en el abdomen y en la vejiga, pero no es transmitida a la uretra, lo que desencadena la incontinencia. El embarazo y la edad provocan una pérdida de elasticidad y de tensión en el suelo pélvico, por lo que la vejiga y la uretra caen y sus mecanismos de continencia sólo son efectivos en reposo. Este tipo de incontinencia no está asociada a la necesidad de orinar.

MARTIMEDIC

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA:

Consiste en la pérdida involuntaria de orina asociada a una necesidad imperiosa y repentina de orinar. Por lo tanto, existe una consciencia previa. El origen de esta incontinencia se encuentra en el detrusor. Se pueden distinguir dos tipos de incontinencia urinaria de esfuerzo:

SENSITIVA: es provocada por un aumento de los impulsos sensitivos desde los receptores de tensión/presión que se encuentran en las paredes de la vejiga. Aparece una sensación temprana de plenitud y urgencia por orinar. Puede estar asociada a enfermedades.

MOTORA: la pérdida de orina es motivada por una hiperactividad del detrusor, es decir, un fallo en la inhibición motora del reflejo de la micción. Está causada, principalmente, por mecanismos psíquicos, esfuerzos u obstrucción.

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA: La pérdida de orina se produce por un hiperactividad del músculo detrusor y un trastorno en los mecanismos esfinterianos. En este caso, la incompetencia del cuello vesical permite la entrada de orina en la uretra proximal. Como consecuencia, el detrusor entiende que se ha iniciado la micción y libera el reflejo que produce su contracción.

INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO:

La pérdida de orina se produce porque la vejiga se encuentra distendida por obstrucción e imposibilidad de vaciado. Se distinguen dos causas de incontinencia urinaria por rebosamiento:

ORGÁNICA: En este caso la vejiga se encuentra distendida por una obstrucción que impide el paso de la orina y es incapaz de vaciarse. Cuando la vejiga ya no puede distenderse más se produce el rebosamiento. Los tumores prostáticos y la hipertrofia benigna de próstata son las principales enfermedades que originan este tipo de incontinencia.

NEUROLÓGICA: Un daño neurológico del núcleo parasimpático medular o del nervio pélvico provoca que el detrusor no tenga fuerza. Generalmente es motiva por lesiones medulares, esclerosis múltiple o intervenciones quirúrgicas que afectan al nervio pélvico.

Incontinencia urinaria de causa psicógena:

Está asociada a estímulos externos que afectan a los sentidos (frío o agua); a emociones fuertes y repentinas (miedo, angustia o placer); o a fobias y manías.

INCONTINENCIA URINARIA DE CAUSA NEUROLÓGICA:

Engloba las alteraciones de la dinámica miccional que se originan en el sistema nervioso. En su desarrollo influyen los accidentes cerebrovasculares, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson y las lesiones medulares.

DIAGNÓSTICOS

En primer lugar debe confirmarse que se trata de una pérdida de orina totalmente involuntaria y objetivamente demostrable. Para establecer un diagnóstico correcto hay que establecer los factores externos y los trastornos de las vías urinarias que originan la incontinencia. Será necesaria una exploración física minuciosa que incluya un examen de la sensibilidad perianal, y estudios analíticos, radiológicos y urodinámicos.

MARTIMEDIC

Deben tenerse en cuenta los antecedentes personales y las enfermedades concomitantes, como las patologías neurológicas, enfermedades sistémicas con repercusión sobre el sistema nervioso central, y las intervenciones previas que hayan afectado al tracto urinario (uretrotomías, resección transuretral de próstata, etc.), al abdomen y pelvis (resección abdominoperineal de colon o histerectomías), y a la columna vertebral (descompresiones o laminectomías). Asimismo, hay que controlar la medicación que toma el enfermo, ya que algunas sustancias pueden desencadenar o agravar la incontinencia. Junto a los análisis de sangre se pueden realizar otras pruebas complementarias:

Radiografía simple de abdomen: permite diagnosticar la litiasis vesicular que causa la incontinencia urinaria de urgencia, sobre todo en pacientes con hipertrofia benigna de próstata.

Urografía intravenosa: sirve para valorar la morfología y el correcto funcionamiento de las vías urinarias altas.

Ecografía vesicoprostática: diagnostica la litiasis y los tumores vesicales, medir la próstata y determina su obstrucción.

Estudios urodinámicos: evalúan la actividad funcional del tracto urinario inferior en la fase de llenado y vaciado vesical.

TRATAMIENTOS

Estimulación eléctrica intravaginal: estimulación eléctrica intravaginal Su objetivo es conseguir la contracción del piso pélvico mediante la estimulación del nervio pudendo con un electrodo intravaginal.

Medidas higiénico dietéticas: los afectados deben controlar los líquidos que toman para evitar la formación excesiva de orina. Existen alimentos que son diuréticos, como algunas frutas y verduras. También es importante la forma en la que se toman: las sopas, los guisos y los alimentos hervidos aportan más líquidos que los asados y fritos. Entre los líquidos que favorecen la formación de orina se encuentran el agua, la leche, el alcohol y las infusiones. Se debe distribuir mejor el horario de la toma de bebidas, bebiendo más durante la mañana y disminuyendo paulatinamente las bebidas conforme avanza el día. En el caso de los niños con enuresis, es aconsejable adelantar la hora de la cena.

Tratamiento farmacológico: el objetivo del tratamiento farmacológico es conseguir que la vejiga sea capaz de distenderse sin contraerse durante el llenado y que la uretra se mantenga cerrada durante el llenado. Los fármacos más utilizados son los anticolinérgicos, sustancias que, al disminuir la capacidad contráctil del detrusor, aumentan la tolerancia del llenado vesical y la continencia. Son útiles en las contracciones involuntarias del detrusor no neurológicas, la incontinencia mixta y la hiperreflexia del detrusor. Su eficacia está demostrada en cuanto al alivio de los síntomas, pero sus efectos secundarios, fundamentalmente la sequedad de boca, la taquicardia y la excitación, son muy severos en algunos pacientes, que en ocasiones deben abandonar el tratamiento. Están contraindicados en los enfermos con glaucoma y arritmias cardiacas. Entre los anticolinérgicos más comunes se encuentran la oxibutinina, el flavoxato, la propantelina, la metantelina y el cloruro de trospio.

Cirugía: existen diferentes soluciones quirúrgicas según el tipo de incontinencia, las características de la vejiga y la uretra.

MARTIMEDIC

Autocateterismo intermitente: consiste en la introducción, a través de la uretra, de un catéter en la vejiga. Se utiliza principalmente en la incontinencia causada por daño neuronal o de los nervios que controlan la micción. Con el catéter se consigue el vaciado completo y se evitan los escapes de orina.

Entrenamiento de la vejiga: los pacientes recuperan el control de la vejiga aprendiendo a resistir el impulso de salida de la misma y contribuyendo de esta manera a aumentar la capacidad de la vejiga. Esto se consigue mediante ejercicios que desarrollan la musculatura del suelo pélvico.

Tratamiento paliativo: dentro de este tratamiento se encuentran los pañales absorbentes, los colectores o las bolsas de orina. Estimulación eléctrica intravaginal Su objetivo es conseguir la contracción del piso pélvico mediante la estimulación del nervio pudendo con un electrodo intravaginal.

MARTIMEDIC