

NAPAL ROS, CARMEN; LARA BUENO, CRUZ; ECHEANDÍA VALENCIA, BENIGNO; EGAÑA GORRAIZ, CRISTINA; LEZAÚN ARRÓN, ROSA; SANCHO REY, BLANCA; RECALDE YOLDI, ASUN.

Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria

RESUMEN

En este trabajo se hace un repaso sobre lo que ha sido en el pasado la incontinencia urinaria y cómo se afronta y afecta a la vida de las pacientes en la actualidad, así como las soluciones que se les ofrecen tanto de rehabilitación como quirúrgicas (TVT). Para conocer la eficacia de esta técnica y la satisfacción de las pacientes, realizan un estudio descriptivo y de evaluación utilizando como herramienta un cuestionario de 14 preguntas durante un periodo determinado. A la vista de éstos se nos presentan unos resultados interesantes y además se nos da unas pinceladas de cuál será el tratamiento futuro de esta patología, que parece irá encaminado hacia la prevención.

Palabras clave: Incontinencia urinaria femenina, cinta vaginal libre de tensión (TVT), rehabilitación suelo pélvico, grado de satisfacción.

SUMMARY: In this work a review becomes on which it has been in the past the urinary incontinencia and as it confronts and it affects to the life of the patients at the present time, as well as the solutions that offer so much to them of rehabilitation as surgical (TVT), to know the effectiveness this technique and the satisfaction of the patients make a descriptive study and of evaluation using as tool a questionnaire of 14 questions during a period of certain time. At sight of these interesting results appear to us and in addition to as it will be the future treatment of this pathology that seems wrath directed towards the prevention.

Key words: Feminine urinary Incontinence, vaginal tension tape free (TVT), Rehabilitation pelvic ground, degree of satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema de salud que afecta a un importante número de mujeres con gran repercusión en su bienestar físico, psicológico y social, así como económico.

Por trivial que pueda parecer, la incontinencia urinaria de esfuerzo tiene unos efectos tremendos para quienes la padecen. Necesitan llevar compresas absorbentes; dejan de realizar deportes o de bailar; en algunos casos rehuyen las relaciones sexuales por temor a tener un escape de orina; van reduciendo sus actividades y vida social.

Para solucionar este problema contamos con dos medidas terapéuticas: La fisioterapia, que mejora la tonicidad de la musculatura del suelo pélvico y ayuda a recobrar su función fisiológica, y las diferentes técnicas quirúrgicas. En la fisioterapia es fundamental la colaboración de la paciente y su total motivación, ya que el tratamiento no sólo lo efectúa el profesional.

Pasado de la incontinencia

En general se aceptaba como otro problema más de la vida y no se creía que fuera precisa asistencia médica, o en otros casos, al ser de naturaleza tan íntima, se tiende a esconderlo con lo que disminuye paulatinamente sus actividades y vida social, teniendo como resultado un deterioro de su seguridad y autoestima.

Un elevado porcentaje de estas personas nunca buscaron ayuda de un profesional o han tardado varios años en hacerlo, como consecuencia nos encontramos actualmente un grado de incontinencia tan elevado que la única solución pasa por la intervención quirúrgica.

Presente de la incontinencia

Con la incorporación de la mujer a la vida laboral y social se ha creado la necesidad de encontrar soluciones a este problema de salud. Por lo general nos encontramos que son pacientes jóvenes que mantienen conservado el tono muscular del suelo pélvico y en las que la primera opción ha de ser la rehabilitación del tono muscular del periné.

Hasta hace poco, la edad, el parto, la obesidad y el estreñimiento eran los factores de riesgo en la IUE femenina. Últimamente, el deporte entra a formar parte de estos factores de riesgo, siendo candidatas a este síntoma un alto porcentaje de atletas jóvenes y físicamente saludables.

Quizá la práctica deportiva regular ha sido, junto con la incorporación de la mujer al mundo laboral, la gran revolución del siglo XX. En este acceso de la mujer al deporte no se han tenido en cuenta aspectos de la biología o la biomecánica de la mujer. Aparece una nueva patología, que poco tiene que ver con las típicas del aparato locomotor; la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer deportista.

Estudios epidemiológicos manifiestan la prevalencia de la IUE relacionada con la práctica deportiva de la mujer y, en

los últimos años, nos amplían el perfil de IUE: «Mujer joven, nulípara, físicamente activa y saludable y/o deportista de élite». Padecen IU con una prevalencia entre el 8 al 40%.

Cuando el problema es tan grave que no es efectiva la rehabilitación, la solución es quirúrgica. En nuestro centro la técnica de elección es la TVT desarrollada por el Dr. Ulmsten, mediante la cual se coloca una malla de polipropileno por vía vaginal, por debajo de la uretra sin fijación ni tensión sobre ella, consiguiendo así la creación de un ligamento y el fortalecimiento del suelo pélvico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para conocer la eficacia de la técnica y la satisfacción de las pacientes hemos realizado un estudio descriptivo y de evaluación utilizando como herramienta un cuestionario de 14 preguntas basado en el «Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida del paciente» (Potenziani 99). Para el presente trabajo, de las 14 preguntas, hemos valorado 8:

- Seis para ver la eficacia de la técnica:
 - Pregunta uno, valora la incontinencia en general.
 - Pregunta dos, valora incontinencia en reposo y/o acostada y/o sentada.
 - Preguntas tres, cuatro y cinco, valoran incontinencia de esfuerzo.
 - Pregunta seis, valora si hay urgencia miccional.
- 1. *¿Presenta incontinencia urinaria?*
- 2. *¿Presenta incontinencia urinaria en reposo y/o acostada y/o sentada?*
- 3. *¿Presenta incontinencia urinaria mientras tose, estornuda o se ríe?*
- 4. *¿Presenta incontinencia urinaria mientras hace esfuerzos, ejercicios, aeróbicos o multifuerza?*
- 5. *¿Presenta incontinencia urinaria mientras realiza su actividad sexual?*
- 6. *¿Presenta a veces ganas fuertes de orinar y no le da tiempo a llegar al baño?*
- Dos para comprobar la satisfacción de las pacientes:
 - 13. *¿Si conoce a algún familiar con este problema, le aconsejaría someterse a este tipo de cirugía?*
 - 14. *¿Está satisfecha de los resultados de la intervención?*

- El período del estudio abarca de agosto de 1998 a enero de 2003, enviando el mencionado cuestionario a 236 pacientes intervenidas de TVT en nuestro centro y realizando una valoración estadística de los resultados obtenidos.
- Revisión de las historias clínicas.
- Consulta bibliográfica.
- Asesoramiento del equipo multidisciplinar del Servicio de Urología.

LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES UN PROBLEMA DE SALUD QUE AFECTA A UN IMPORTANTE NÚMERO DE MUJERES CON GRAN REPERCUSIÓN EN SU BIENESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL, ASÍ COMO ECONÓMICO

OBJETIVOS

- VALORAR la eficacia de la técnica (TVT).
- CONOCER la satisfacción de las pacientes intervenidas.
- DESTACAR el papel de la enfermería en la prevención y corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

RESULTADOS

- Número de casos. Hemos recibido 174 encuestas de las 236 enviadas. De ellas son válidas para el estudio 164 (69,49%), teniendo que anular por diferentes motivos 10 (4,24%):
 - Fallecimiento (1).
 - Error en envío (1).
 - Dirección incorrecta (1).
 - Mal contestada (1).
 - Intervenidas por ginecología con colocación de TVT, sin incontinencia previa (6).
- Estudio por edad.

La media de edad de la población estudiada es de 61,3 años, con una desviación estándar de 11,62. El rango de edad está entre 33

y 86 años.

Media de edad: 61,5

Desviación estándar: 11,6.

Rango de edad: 33-86.

- El período estudiado abarca desde agosto de 1998 a enero de 2003.
- Se considera que la técnica ha sido eficaz cuando la continencia es completa o existe incontinencia mínima debida a urgencia miccional. Ésta alcanza el 67,68% de las encuestadas, presentando incontinencia por urgencia un 7,93%.
- Comparando por edad; la eficacia en las pacientes \leq 61 años es del 48,65% y en las pacientes \geq 62 años es del 51,35%.
- Un 39,63% de las pacientes mantienen algún tipo de incontinencia (de reposo, de esfuerzo y/o por urgencia). El 17,07% de las pacientes presentan incontinencia mixta (de reposo, de esfuerzo y de urgencia).
- El 86,88% están muy satisfechas con el resultado de la intervención y el 2,49% sólo parcialmente y el 10,63% nada satisfechas.
- De las pacientes que presentan incontinencia tras la intervención, un 72,31 % están satisfechas.

CONCLUSIONES

- El concepto de la IU va cambiando con el paso de los años. En el pasado se consideraba algo normal. En el presente se va dando una toma de conciencia y una búsqueda de soluciones. En general, el tratamiento es qui-

rúrgico, pues aún no se actúa lo suficiente en la prevención, en la que se ha de incidir a partir de ahora.

- Con respecto a la intervención TVT:
 - La satisfacción de las pacientes es superior a la eficacia de la técnica, lo que nos hace ver que proporciona una mejoría significativa en la calidad de vida.
 - En un análisis por edad se observa que la eficacia no tiene diferencias significativas por encima o por debajo de la media de edad.
- Dado que la eficacia de la cirugía no es muy elevada, se debe incidir en la prevención, que pasa por una buena información. Ésta debe canalizarse desde los centros de salud, puesto que son la puerta de entrada al Sistema de Salud.

Futuro de la incontinencia

En el futuro, las actuaciones deberían ir encaminadas a la prevención, en la que es fundamental el papel de la enfermería. La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema muy extendido entre las mujeres adultas, se habla de 4 de cada 10. Más que suficiente para que se considere un trastorno de tal prevalencia como para que sea incluido en los protocolos de actuación de Atención Primaria.

Al ser un problema de naturaleza tan íntima, conlleva dificultades a la hora de detectar los casos, ya que hay muy pocas mujeres que vayan a su médico de familia a consultar directamente su problema.

Tendremos que ser los profesionales de AP los que ayudemos a estas mujeres a salir de su aislamiento.

La IU es susceptible de tratamiento y cura para la mayoría de las pacientes. Las opciones no invasivas y de bajo riesgo deben ser consideradas como la primera línea de tratamiento para proporcionar resultados con calidad de vida.

Entendemos por terapia conservadora aquel tratamiento que puede evitar o posponer una cirugía o mejorar el resultado obtenido después de la misma.

Factores de riesgo

- Según el tipo de actividad profesional; es evidente que para resolver la disfunción no vamos a poder decirle a la paciente que cambie de trabajo, pero sí tendremos que recomendarle una serie de pautas para minimizar sus efectos sobre el periné.
- La edad; situación que tampoco se puede elegir o cambiar, seamos razonables a la hora de aconsejar la práctica de un deporte a una mujer, tenga la edad que tenga, pero con más cuidado si se halla en periodo pre o posmenopáusico. Dada la influencia que tiene el nivel de estrógenos para el buen funcionamiento de las estructuras blandas de la pelvis, podría existir la indicación de terapia hormonal sustitutiva para aquellas pacientes con IU o prolapso ya antes de la menopausia.
- El estreñimiento; muy importante por su gran incidencia, no tanto en el ritmo o frecuencia como sí en la

mecánica evacuatoria que es casi siempre altamente lesionante.

- Alteraciones morfológicas; la hiperlordosis lumbar, es un elemento de riesgo para el periné que conviene corregir desde edades tempranas, para evitar la sobrecarga del periné anterior, agudizada por los esfuerzos.
- La obesidad; conviene destacar los trastornos alimentarios que producen aumentos y pérdidas de peso de forma brusca, y que también debilitan sensiblemente los tejidos de colágeno pélvicos, no teniendo éstos la capacidad de los músculos estriados de poderse trabajar y por tanto recuperar.
- Alteración congénita del colágeno; conviene detectarlo cuanto antes. En la adolescencia puede intuirse en aquellas chicas que tienen tendencia a los esguinces recidivantes o aquellas llamativamente elásticas sin entrenamiento especial para ello.
- Afecciones respiratorias; son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad y se originan principalmente por alergias y tabaquismo. Ambos problemas causan síntomas (estornudos y tos) reiterados, lo cual perjudica a medio y largo plazo al suelo pélvico.
- El deporte; es conveniente que todos los profesionales de la salud seamos capaces de asesorar convenientemente a una mujer sobre el ejercicio más adecuado a cada momento de su vida, así como a aquellos padres/madres que nos pidan información sobre la práctica deportiva más indicada para que inicien sus hijas.

Tratamiento fisioterápico

Tiene como objetivo la restauración de una estática pélvica equilibrada y la continencia urinaria y anal. Hay una amplia gama de técnicas:

- Ejercicios de Kegel.
- Técnicas manuales de reforzamiento del suelo pélvico.
- Electroestimulación funcional.
- Biofeedback.
- Dispositivos intravaginales.
- Técnicas comportamentales.

Cabe señalar que la terapia física del suelo pélvico debe considerarse no sólo como tratamiento, sino como prevención de la IU; la aplicación sistemática durante el embarazo y el puerperio evitaría la inmensa mayoría de las veces la aparición de los síntomas. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Robles García, J.E. «Incontinencia urinaria».
- Revista de la Asociación Española de Urología, 53,1 (9-13), 2000 «TVT (cinta libre de tensión), nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo».
- Smith-Germain. «Enfermería médico-quirúrgica».
- Manual de enfermería.