



# Terapia conductual en incontinencia urinaria

Luis Guillermo Echavarría

Jefe del Departamento Ginecología y Obstetricia  
Universidad Pontificia Bolivariana

Heledora Pandales Pérez

Residente III año  
Ginecología y obstetricia  
Universidad de Antioquia

## Introducción

En términos generales, el tratamiento curativo de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) de la mujer es quirúrgico. Este concepto se basa en que se encuentra una afectación anatómica la cual debe ser corregida; esto es aceptado en forma universal por todos los autores, pero paulatinamente el tratamiento no quirúrgico -usado desde hace muchos años- ha ocupado un lugar nada despreciable en el enfoque terapéutico de la paciente incontinente [1].

Es así que varias medidas médicas han demostrado efecto beneficioso en el control de los episodios de incontinencia, sea de esfuerzo o con componente de hiperactividad vesical (urgencia).

## Cambios de estilos de vida

Los cambios en el comportamiento y el estilo de vida de pacientes con incontinencia de orina o síndromes de urgencia o de urgencia-incontinencia, constituyen una **opción inicial** en el tratamiento de estas afecciones.

Estos cambios implican aprender habilidades y estrategias para prevenir pérdidas de orina u otros síntomas.

El comportamiento de las pacientes puede desempeñar un papel, sea en la patogénesis o en el tratamiento de la incontinencia urinaria. En general, son pocos los estudios prospectivos controlados sobre este tema. Las principales medidas conductuales incluyen: *disminución de peso, control de la ingesta hídrica, tratamiento del estreñimiento y de las alteraciones posturales.*

## Tabaquismo

Los incrementos de la presión intra-abdominal promueven y agravan una IUE así como son desencadenantes de urgencias miccionales, asociado con otras afecciones primitivas o secundarias (asma, EPOC, tos crónica). El riesgo de daño perineal está directamente vinculado al número de cigarrillos consumidos diariamente (tos más violenta, más frecuente, con mayor injuria por el estiramiento perineal). La frecuencia del daño perineal es entre 2,2 y 2,5 mayor en fumadoras que en las que no lo son.

Hay hallazgos contradictorios respecto a la acción de la nicotina, pues promueve contracciones vesicales no inhibidas, pero a nivel uretral tiene una acción estrogénica pro continente.

## Obesidad

La obesidad es un factor de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria, independiente de otras variables. La asociación entre la obesidad y la incontinencia urinaria fue demostrada en estudios donde el incremento del riesgo es de 1,6 veces por cada aumento de 5 puntos en el índice de masa corporal. El sobrepeso genera incremento crónico de la presión intra-abdominal que repercute sobre la musculatura perineal y la unión cervico-uretral [1].

Aunque hasta ahora la pérdida de peso parecería ser un tratamiento adecuado para mejorar la continencia, no existe actualmente infor-

mación objetiva sobre el efecto de la pérdida de peso en mujeres con obesidad moderada. La pérdida de peso con adecuación de la dieta, ejercicio físico equilibrado y todas las medidas propias para ese objetivo, logran mejorías mayores al 50% de los episodios de pérdida urinaria o de urgencia [1,2,11].

## **Ingesta de líquidos**

Instintivamente muchas pacientes, sobre todo añosas, limitan la ingesta de líquidos para disminuir las posibilidades de incontinencia y sobre todo en la noche, porque les perturba el sueño [2,10]. Es importante hacer entender que lo necesario no es la sub-hidratación, sino la adecuación de los horarios de toma de líquidos. Disminuyendo o cesando la ingesta de los mismos dos a tres horas antes de ir a dormir reduciría los episodios nocturnos [10]; se debe entonces equilibrar la situación metabólica con una mayor ingesta de líquidos en la mañana. La orina muy concentrada es por sí misma una causa posible de irritación vesical, además de facilitar la reproducción bacteriana; también altera la consistencia de la materia fecal con estreñimiento y por ende, más aumento de la presión intraabdominal [2,3,10].

Por otra parte el control de la calidad de los líquidos ingeridos, obviando la ingesta de excesos de café, té, gaseosas, cola, etc. que generan diuresis más abundantes, así como son irritantes vesicales directos. [1,2,3]

## **Hábitos intestinales**

Hay asociación entre lesiones neurológicas del piso pélvico y del esfínter anal estriado con el pujo excesivo por el estreñimiento [11]. Dado el riesgo que esta afectación implica para la calidad de vida de la paciente, así como el riesgo de falla de técnicas quirúrgicas o de medidas terapéuticas en general, es imprescindible el manejo multidisciplinario tendiente a corregir este factor.

## **Otros factores**

El desarrollo de actividad física intensa o de deportes u ocupaciones laborales de esfuerzo desmedido, impactan también en el periné y deben ser controladas [1,10,11]. Muchas de ellas producen denervación por el mecanismo del microtraumatismo, denervación perineal, trastornos micro-circulatorios y daño persistente.

La disminución de las actividades físicas también se recomienda con frecuencia por los profesionales de la salud en el período post-operatorio de las cirugías anti-incontinencia, aunque aun no hay evidencia de que tales medidas puedan influenciar el resultado final del tratamiento [3,2].

### **Ejercicios del piso pélvico (quinesioterapia perineal)**

Tradicionalmente muchos factores intervienen en la respuesta al tratamiento fisioterapéutico, como la edad, la gravedad de la incontinencia, la presencia de cirugías pélvicas previas, el prolapso urogenital y la paridad. Aunque la motivación y la adherencia al tratamiento también han sido considerados factores igualmente importantes en el resultado final [11,7,8,9,4]. El diagnóstico correcto de los defectos anatómicos involucrados en la sintomatología, incluyendo la distinción de posibles lesiones neurológicas, fasciales o musculares puede determinar el pronóstico de determinadas modalidades de tratamiento fisioterapéutico. Así, la indicación de un programa de fortalecimiento para el piso pélvico en pacientes portadoras de desgarros músculo-fasciales puede resultar ineficiente [7,8].

Con el fin de demostrar los trastornos puerperales del piso pelviano, Kegel desarrolló un instrumento denominado perineómetro, el cual no sólo demostraba la pérdida de la potencia contráctil del periné sino que servía para evidenciar la recuperación del tono de la musculatura en aquellas mujeres que realizaban determinado tipo de ejercicios de contracción isométrica. Con esta terapia se benefician las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, con incontinencia mixta, con urgencia miccional, tengan o no un cierto grado de prolapso genital [7,8,9].

Algunas mujeres presentan dificultades en realizar este tipo de terapia; un estudio concluyó que cerca del 50% de las mujeres son incapaces de realizar una contracción correcta del piso pélvico después de una instrucción verbal y que cerca del 25% realizan una maniobra de Valsalva a pesar de las instrucciones.

La eficacia de los ejercicios depende de dos factores: la especificidad del componente muscular que se está entrenando y la intensidad de la contracción muscular generada por el tratamiento. Se considera que son necesarios por lo menos 6 a 8 segundos de duración mínima de cada contracción muscular durante un programa de entrenamiento, a fin de reclutar un mayor número de unidades musculares de contrac-

ción rápida; el programa de entrenamiento debe incluir un mínimo de 3 series de 8 a 12 contracciones 3 a 4 veces por semana por un período de 15 a 20 semanas. [7,8,9]

Debe realizarse una evaluación inicial individualizada del estado de la musculatura del piso pélvico, con la finalidad de ajustar la intensidad del programa, evitando efectos indeseables por la fatiga muscular.

Una de las características más importantes, es que no se han demostrado efectos negativos frente al desarrollo de los ejercicios perineales, por tanto no está contraindicado en ninguna paciente. [7,9]

La duración de este tratamiento no está definida, pero se acepta que debe ser bastante prolongado.

Otra forma de realizar esta actividad perineal, es la utilización de conos vaginales. La utilización de los mismos consiste en hacer mantener en posición intra-vaginal una pesa que es de forma cónica (mejor ergonomía), con pesos que varían progresivamente entre los 20 y 100 grs. [4,5]

El cono deberá ser mantenido en posición por medio de contracciones pélvicas por períodos iniciales de 15 a 20 minutos durante 2-3 veces por día; se van incrementando en forma paulatina con mayores pesos, mayores plazos de contención y mayor frecuencia. La sensación de que el cono "cae" genera un estímulo sensitivo que genera el *biofeedback*, con contracción perineal necesaria para la ejercitación perineal deseada manteniendo el cono en su lugar. [5]

Los estudios comparativos presentados en la literatura, comparando pacientes sometidas a un programa de fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico con controles, describen una mejoría significativa en el grupo tratado, aunque son muy variables en su metodología y tienen criterios diferentes de análisis de los resultados [5,6].

El análisis conjunto de los estudios sugiere que existe relativa ventaja en el tratamiento fisioterapéutico exclusivo sobre la electroestimulación.

## Electroestimulación perineal

La electroestimulación perineal es un tratamiento que ha demostrado eficacia no sólo en las situaciones de incontinencia de orina de esfuerzo para lo que fue propuesto en forma inicial, sino también en casos de vejigas hiperactivas con urgencia miccional, polaquiuria o

incontinencia por urgencia, estando actualmente aceptado como tratamiento alternativo en la incontinencia urinaria anatómica o funcional. [8,9]

Es una forma de ejercicio forzado del periné como consecuencia de los estímulos eléctricos aplicados por medio de un sistema con electrodos a nivel cutáneo, vaginal o rectal: el periné se ve forzado en sus contracciones musculares estriadas como consecuencia directa del estímulo recibido por sus fibras eferentes, resultando así en un marcado incremento del tono muscular, aumentando la tensión de los órganos de sostén visceral, recuperando y mejorando la funcionalidad de los mismos. [9]

En la práctica se utilizan equipos que entregan corrientes bifásicas, alternas, de frecuencias regulables entre 20 y 100 Hz con sesiones de entre 20 y 30 minutos. Sus contraindicaciones incluyen pacientes con reflujo vesicoureteral, residuo pos-miccional superior al 10%, infecciones vaginales y urinarias, nefropatías, marcapasos, tumores intrapelvianos y embarazo. [10]

Hay una gran variedad de protocolos de electroestimulación presentados en la literatura. La variabilidad de los parámetros empleados en los diversos protocolos presentados, refleja la alta comprensión acerca de los mecanismos electrofisiológicos involucrados en el proceso.

Desde el punto de vista de la efectividad terapéutica hay controversias, pero diversos autores hablan de resultados de éxito en un 90% con remisión de los síntomas mantenida por períodos de hasta 5 años en las pacientes con síndromes vesicales irritativos. [10,2]

## Reeducación vesical

Otra medida complementaria que se puede implantar es la reeducación vesical (RV); es una forma de terapia de conducta en la cual un paciente que tiene un sistema nervioso intacto reaprende a inhibir una sensación de urgencia miccional o una contracción del detrusor; estas terapias de comportamiento se complementan con otras no tan difundidas como el *biofeedback*, la hipnoterapia o la acupuntura o con terapias medicamentosas[2,3].

El entrenamiento vesical corresponde a un proceso de educación del comportamiento miccional de la paciente en el sentido de disminuir o eliminar los episodios de incontinencia urinaria. Los programas de entrenamiento vesical involucran la realización de un diario miccional, con intervalos cada vez más espaciados entre las micciones.

De forma general, los programas propuestos incluyen un intervalo miccional inicial de una hora, el cual se aumenta en 15 a 30 minutos semanalmente -dependiendo de la tolerancia de la paciente y del número de episodios de incontinencia- hasta llegar a un intervalo socialmente adecuado de cerca de 2 a 3 horas. Se considera que en caso de que no exista progreso alguno en un período de 3 semanas, deberán considerarse otras formas de tratamiento. [1, 2,3]

### **Dispositivos intravaginales: pesarios**

A pesar del gran número y la variabilidad de los dispositivos propuestos para el tratamiento paliativo de la incontinencia urinaria, pocos estudios comparan con rigor metodológico el tamaño adecuado y su uso. [5]

Los dispositivos disponibles para el tratamiento de la incontinencia urinaria se pueden clasificar como: colectores externos, dispositivos intravaginales de soporte uretral (pesarios), adhesivos aplicados externamente al meato uretral y obturadores uretrales.

Los pesarios vaginales más modernos son hechos de silicona en forma de una pulsera que posee dos elevaciones que elevan la vejiga y la uretra hacia su posición normal, simulando el efecto de una cirugía correctiva. [5]

Requiere supervisión pues su uso prolongado puede causar fisuras en la pared vaginal. Se acepta que después de la adaptación a este tratamiento, 80% de las pacientes permanecerán secas o necesitarán menor uso de toallas absorbentes.

### **Estimulación magnética extracorpórea**

Es un nuevo tratamiento no invasivo para la incontinencia de esfuerzo basado en la estimulación directa por ondas magnéticas de la musculatura perineal y de sus raíces neurales sacras; se usa un equipo en forma de silla sobre la cual la paciente se sienta, recibiendo el estímulo que proviene de un emisor de ondas. Este tratamiento dura 20 minutos por sesión dos veces por semana durante 8 semanas (en su protocolo habitual). Si bien no hay estudios prospectivos y doble ciego a largo plazo, sus resultados iniciales muestran mejorías de un 94% al final del ciclo de tratamiento y mantenidas en un 81% en períodos de 24 semanas.[5]

En general, la terapia conductual en incontinencia urinaria ha demostrado mejoría en sus distintas presentaciones, no tiene efectos

secundarios y puede ser realizado por cualquier paciente; el cambio en los hábitos y el reentrenamiento del piso pélvico deberían ser el manejo inicial de la gran mayoría de las pacientes afectadas por esta enfermedad.

## Referencias Bibliográficas

1. Kathryn L. Burgio, PhD. Behavioral Treatment of Urinary Incontinence, Voiding Dysfunction, and Overactive Bladder. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36 (2009) 475–491.
2. Tatyana A. Shamlivan, Robert L. Kane; Jean Wyman, PhD; and Timothy J. Wilt. Systematic Review: Randomized, Controlled Trials of Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women. *Ann Intern Med.* 2008;148:459-473.
3. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
4. Martina F. Mutone, Colin Terry, Douglass S. Hale, J. Thomas Benson. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 193, 89–94.
5. Shaikh S, Ong EK, Glavind K, Cook J, N'Dow JMO. Dispositivos mecánicos para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
6. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
7. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pélvico versus ningún tratamiento, o trata-



- mientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
8. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
  9. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Reentrenamiento de hábitos para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
  10. Marget-Mary G. Wilson. Urinary Incontinence: Selected Current Concepts. *Med Clin N Am* 90 (2006) 825–836.
  11. Jhon OL, De lancey. Risk Factor in urinary Incontinence. *JAMA*. 2004;291:996-999.