

Más que una PÉRDIDA de ORINA

Las pérdidas involuntarias de orina, por pequeñas que sean, generan un problema social e higiénico para la mujer y repercuten de forma importante en su calidad de vida

Se sufre en silencio, pero cada vez menos. La publicidad sobre compresas que recogen las pérdidas y el mayor número de casos registrados hacen que la incontinencia urinaria femenina se quite el tabú de encima y se revele como un trastorno más habitual de lo que se podría pensar. De hecho, en personas jóvenes la incontinencia urinaria es hasta cinco veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, pero a edades avanzadas las diferencias entre ambos sexos se acortan: el 12,2% de las mujeres y el 3,6% de los hombres la padecen. A partir de los 65 años ese porcentaje de incontinencia urinaria en mujeres se duplica hasta llegar al 26,6%.

Entre las razones que explican este trastorno los expertos apuntan como principal responsable a la propia biología de la mujer. Después del embarazo y el parto, se sufren ciertas secuelas, como la incontinencia urinaria. No obstante, este es solo uno de los factores que hacen más frecuente este problema en la población femenina respecto a la masculina aunque, por fortuna, en la actualidad cada vez hay más formas de combatirlo. Uno de los últimos trata-

mientos son las inyecciones de toxina botulínica.

TIPOS DE INCONTINENCIA. Mientras que la incontinencia de esfuerzo es más frecuente en la mujer joven, la de urgencia es más común a partir de los 60 años y cada una de ellas se origina por causas distintas, de manera que su tratamiento también es diferente. Además de estos dos grupos bien referenciados, hay un tercero: la incontinencia mixta, basada en padecer los dos tipos a la vez, de forma que a las personas que la padecen se les escapa la orina tanto al realizar esfuerzos como por urgencia.

● INCONTINENCIA DE ESFUERZO: RAZONES DE PESO

Las pérdidas involuntarias de orina se originan por esfuerzos como toser, estornudar o reírse y también cuando los músculos del suelo pélvico resultan afectados por distintas situaciones, como el embarazo y el parto. Estos músculos se encuentran en la base de la cavidad abdominal, forman una especie de "hamaca" o embudo al final de la pelvis y se contraen para que todos los órganos que sustentan (la vejiga, la matriz, etcétera) se mantengan en su lugar y ejerzan su función de forma correcta; además, ayudan a cerrar el conducto de la orina y a evitar que se escape. Sin embargo, cuando la mujer tiene un parto vaginal, estos músculos se distienden y aunque suelen retornar a su posición, a veces no recuperan su tono previo. Es más, el propio embarazo supone una sobrecarga que la debilita. Y es que el embarazo y el parto son un reto para la musculatura del suelo pélvico.

Prueba de ello es que un estudio, publicado en 2010 por el Grupo de Investigación del Suelo Pélvico (GRESPE) de España, constató que el 30% de mujeres embarazadas sufrió escapes de orina en su primera gestación, cuando nunca antes les había sucedido; que el 16% lo siguió padeciendo después del parto y que este porcentaje se redujo a la mitad, al 8%, al cabo de seis meses. Muchas de las afectadas se recuperan de forma espontánea durante el semestre que sigue al parto, mientras que el resto deben tomar medidas terapéuticas.



■ La incontinencia urinaria es una secuela frecuente después del embarazo y el parto

En este mismo estudio se hizo un seguimiento a 1.100 mujeres durante el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo y durante el parto con el fin de identificar los factores de riesgo que conducían a la incontinencia de esfuerzo. Tras este periodo, se vio que la obesidad (tener un índice de masa corporal o IMC superior a 30) al comienzo del embarazo conlleva el doble el riesgo de desarrollarla, tener antecedentes familiares (madres o hermanas) con incontinencia multiplica por tres este riesgo, un aumento excesivo de peso durante el embarazo (incluso en mujeres con peso normal antes de la gestación) también eleva el doble este riesgo y el parto por vía vaginal incrementa entre dos y tres veces la probabilidad.

Otros factores de peso son la práctica de deportes de impacto donde se realicen saltos que repercutan en el suelo pélvico (como si se saltara sobre una cama elástica). Esto les sucede a las atletas de alta competición, pero también a cualquier mujer que haga aeróbic o steps en el gimnasio. La obesidad, en sí misma, con independencia del embarazo, incrementa el ries-



■ Los ejercicios de Kegel, basados en contraer y relajar la vagina, son útiles para la incontinencia leve

■ ■ ■ go de sufrir tanto incontinencia urinaria como fecal. Y, por último, las mujeres con tos crónica, por alergia, bronquitis crónica o por fumar, también registran un riesgo más alto.

● INCONTINENCIA DE URGENCIA: CUANDO EL CONTROL SE PIERDE

Este tipo de incontinencia afecta a las personas que tienen ganas de orinar y carecen de control sobre su micción, por lo que no llegan a tiempo al baño. Aunque afecta sobre todo a los adultos, la situación podría compararse a la que viven los niños cuando están aprendiendo a controlar la micción: el cerebro envía una orden para orinar y el niño se lo hace encima porque todavía es incapaz de controlar su esfínter. Cuesta mucho aprender a controlar de forma voluntaria un músculo como la vejiga, que en la naturaleza está previsto que se contraiga de forma involuntaria, como el corazón. Precisamente, quien sufre incontinencia de urgencia ha perdido este control, su cerebro pierde la capacidad de enviar una orden a la vejiga para que espere y es entonces cuando se produce la urgencia.

Pero también es la consecuencia de haber sufrido ciertos traumatismos o ante una causa neurológica evidente: lesionados medulares, enfermos de Parkinson, esclerosis múltiple o víctimas de accidentes cerebrovasculares. Otras causas no neurológicas de este trastorno son la vejiga hiperactiva idiopática, es decir, en apariencia son personas neurológicamente normales, pero tienen una sensación incontrolable o de urgencia de ir al lavabo, sin que se sepa el porqué. Otras enfermedades como la diabetes también pueden derivar en una neuropatía diabética

que afecta al sistema neurológico con más riesgo de incontinencia urinaria mixta. Por otro lado, las cardiopatías requieren que la persona afectada tome diuréticos, lo que aumenta mucho la producción de orina. La edad es otro factor que influye ya que los mecanismos que controlan la micción se deterioran con el paso de los años.

DIAGNÓSTICO, DEL TABÚ AL ESTUDIO URODINÁMICO. Llegar hasta el diagnóstico de esta afección es un proceso, en ocasiones, largo. El 50% de la población sabe que sufre incontinencia pero no llega a consultárselo al médico, bien porque cree que es un mal inevitable de la edad o bien porque tiene mala prensa, ya que se tiende a pensar que la cirugía para este problema tiene resultados pobres (lo que sucedía antaño). Una vez en la consulta, el médico o ginecólogo realiza una exploración física a la mujer, con la que obtiene una orientación de si es un trastorno de esfuerzo o de urgencia.

En ocasiones los síntomas pueden ser confusos, por lo que se realizará un estudio más completo. Para ello se debe acudir a una unidad especializada o Unidad del Suelo Pélvico, donde se efectúa un estudio urodinámico para evaluar la función de la vejiga. Este se basa en registrar las presiones de la vejiga para medir los escapes de orina cuando hay una urgencia y la vejiga realiza una contracción o espasmo. Este estudio dura una hora. El paciente debe acudir en ayunas, se introduce una sonda por el conducto de la orina (uretra), a través de la cual se le llena la vejiga de suero y, mientras, se registran las presiones de la vejiga que ayudaran a discernir el diagnóstico.

UN TRATAMIENTO PARA CADA TIPO.

● DE ESFUERZO: NUNCA CON PASTILLAS

- **Ejercicios de Kegel.** En casos de incontinencia leve o moderada, cuando la musculatura del suelo pélvico está débil, se aplica un tratamiento conservador de fisioterapia. Son los ejercicios de Kegel, ideados en los años 50, y que consisten en que la mujer realice contracciones de los músculos del suelo pélvico, basados en contraer la vagina hacia dentro entre cinco y seis segundos y relajarla después. Estas contracciones deben repetirse entre ocho y doce

veces y realizarse en bloques, al menos tres veces durante el día. Este tratamiento es más eficaz cuando un especialista palpa la vagina de la paciente y la instruye.

- **Cirugía.** Cuando el tratamiento anterior fracasa y la musculatura del suelo pélvico no aguanta, se debe aplicar un refuerzo por debajo de la uretra para que, ante los esfuerzos que provocan los escapes involuntarios, se mantenga cerrado. Ahora, esta cirugía que se denomina "banda libre de tensión", de la que existen distintas variantes y que es muy poco invasiva, se puede practicar de forma ambulatoria, aunque también es frecuente que las pacientes también permanezcan ingresadas un día.

- **Tratamiento en investigación.** En estos momentos se investiga cómo regenerar el sistema que cierra el conducto de la orina mediante células madre.

● DE URGENCIA: NUNCA CON CIRUGÍA

- **Fármacos.** Se prescriben los de tipo anticolinérgico, cuya propiedad es la de frenar las contracciones de la vejiga.

- **Reeducación vesical.** Se enseña a las pacientes a cambiar de hábitos para controlar la micción y a realizar los ejercicios de Kegel.

- **Inyecciones de bótox.** Es el tratamiento más novedoso que se ha introducido para la incontinencia. Actualmente, la Seguridad Social solo lo financia en situaciones muy concretas. De hecho, está indicado en casos muy estudiados, en los que no se ha obtenido ninguna respuesta con las pastillas y los tratamientos anteriores. El bótox o toxina botulínica se aplica cada seis meses o una vez al año y no tiene muchas contraindicaciones, salvo en el caso de enfermedades neuromusculares y cuando hay riesgo de retención excesiva de la orina. ■



CONSEJOS PARA COMBATIR LA INCONTINENCIA URINARIA

- 1 **No beber más de 1,5 litros de agua al día.**
- 2 **No tomar café, refrescos de cola u otras sustancias que lleven cafeína o té por su acción diurética.**
- 3 **Evitar los edulcorantes artificiales, ya que provocan más incontinencia.**
- 4 **Controlar el peso tanto para prevenir la incontinencia como para su tratamiento.**
- 5 **Practicar ejercicios de contracción del suelo pélvico con fines preventivos y terapéuticos.**

Fuente: Montse España, consultor senior de Ginecología y responsable de la Unidad del Suelo Pélvico del Hospital Clínico, de Barcelona, y presidenta de la sección de Suelo Pélvico de la SEGO

MÁS INFORMACIÓN
www.consumer.es