



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/017d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Incontinencia urinaria en la gestación: intervención desde la consulta de la matrona**

Autores **Carolina Beltrán Muñoz**

Centro/institución Centro de Salud de Socuéllamos.

Ciudad/país Socuéllamos (Ciudad Real), España

Dirección e-mail carolina.beltran@hotmail.com

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un problema de salud muy frecuente en las gestantes y supone un impacto importante sobre la calidad de vida, llegando a afectar a un 48% de las mujeres. En el embarazo resulta común la aparición de tres tipos de incontinencia: de esfuerzo, de urgencia y mixta. De acuerdo con la Sociedad Internacional de Continencia, la incontinencia urinaria de esfuerzo se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina al realizar acciones como toser, estornudar o realizar ejercicio. La incontinencia de urgencia es la pérdida involuntaria de orina antes de que la persona pueda llegar al aseo, y la incontinencia urinaria mixta es la pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo y urgencia [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La incontinencia urinaria es un problema de salud muy frecuente en las gestantes y supone un impacto importante sobre la calidad de vida, llegando a afectar a un 48% de las mujeres. En el embarazo resulta común la aparición de tres tipos de incontinencia: de esfuerzo, de urgencia y mixta.¹

De acuerdo con la Sociedad Internacional de Continencia,² la incontinencia urinaria de esfuerzo se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina al realizar acciones como toser, estornudar o realizar ejercicio. La incontinencia de urgencia es la pérdida involuntaria de orina antes de que la persona pueda llegar al aseo, y la incontinencia urinaria mixta es la pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo y urgencia.

En la mayoría de los casos, y al igual que en el resto de sintomatología del tracto urinario inferior, la incontinencia comienza en los primeros meses de embarazo y su prevalencia aumenta significativamente durante la gestación.

La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía.³ Las mujeres que padecen incontinencia urinaria suelen presentar altos niveles de depresión y problemas en sus encuentros sexuales debido a una disminución del apetito sexual y a la incapacidad para relajarse, lo que produce dificultad para experimentar el orgasmo con la consiguiente pérdida de interés en las relaciones sexuales. La necesidad de utilizar compresas absorbentes o pañales genera un cambio en la indumentaria de estas personas ya que frecuentemente visten con ropa holgada, larga y generalmente oscura.⁴ Por ello, resulta fundamental conocer las causas que predisponen a la incontinencia y las medidas preventivas para detectar precozmente a la población de riesgo y ofrecer una protección especial desde la consulta de la matrona.

Metodología

El objetivo de esta revisión es evaluar la incidencia y prevalencia de incontinencia urinaria en la gestación y las causas predisponentes, así como analizar las intervenciones posibles que puede realizar la matrona desde la consulta de atención primaria.

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos PubMed (MEDLINE), Biblioteca Cochrane Plus y Cuiden. También se buscó manualmente en revistas y en las listas de referencias de los artículos encontrados. Se consultó <http://www.google.es> y <http://scholar.google.es/> para localizar algunos de los artículos cuyo acceso no era posible desde las citadas bases de datos. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron “Pregnancy”, “Urinary incontinent” y “Pelvic Floor Disorders”.

Los criterios para elegir los artículos fueron: Tipo de estudio cuantitativo observacional descriptivo de prevalencia e incidencia y cualitativo enfoque fenomenológico, cuyo grupo de intervención fuesen gestantes y que los resultados medidos fuesen el grado de incontinencia urinaria y la eficacia de las medidas preventivas o terapéuticas.

Resultados

Un estudio realizado por Van Brummen et al.⁵ refiere que el 6% de las gestantes incontinentes presentaban los síntomas de incontinencia de urgencia a las 12 semanas, aumentando a casi el 20% a las 36.

Respecto al impacto sobre la calidad de vida, Dolan et al.⁶ realizaron un estudio en el cual el 13% de las primigestas incontinentes a las 36 semanas refirió que éste problema había afectado " moderadamente" o "mucho" a su calidad de vida. En algunos casos, el hecho de que se informase a las mujeres del carácter transitorio del problema solía tranquilizarlas.⁷

Si nos detenemos en las modificaciones anatómicas y funcionales que acontecen durante el embarazo, es posible comprender las causas de esta incontinencia. El embarazo se caracteriza por un aumento del 50% en la filtración glomerular y de 60 a 80 % en el flujo plasmático renal. El cuello vesical desciende y su movilidad aumenta con la presión o maniobra de Valsalva. La uretra se congestiona y se torna hiperémica; además, se alarga conforme la vejiga se aparta en sentido cefálico.

La uretra incrementa su longitud total de 4 a 7 mm y su longitud funcional a 5 mm;⁸ la presión de cierre uretral aumenta, en promedio, 12 cm de agua. El elevado nivel de hormonas circulante, y fundamentalmente, la progesterona, producen hipotonía en el músculo detrusor, reduce la motilidad uretral e inhibe los efectos estrogénicos, lo que altera la transmisión de la presión.⁹

Además de las modificaciones anatómicas y funcionales anteriormente descritas, existen una serie de factores de riesgo para la incontinencia urinaria durante el embarazo como son la edad, el sobrepeso, y los antecedentes familiares de incontinencia urinaria (madre o hermana). La Incontinencia urinaria durante el embarazo y el parto vaginal resultaron significativamente asociados a la incontinencia urinaria postparto: la incontinencia urinaria en el postparto persistió en una cuarta parte de las mujeres. A pesar de que diversos estudios demuestran que la incontinencia urinaria muestra una tendencia a la reducción en el postparto, ocurre de nuevo y en mayor proporción en los siguientes embarazos, por lo que la multiparidad se considera un factor de riesgo. La edad materna menor de 26 años se considera un factor protector.¹⁰

A pesar de la alta prevalencia de esta alteración y de las repercusiones que tiene en la vida diaria, son pocas las mujeres que consultan a los profesionales sanitarios por este problema. Explorar la presencia de incontinencia urinaria es labor de la matrona de atención primaria. Sin embargo, el diagnóstico y la evaluación de la gravedad, es función del médico.

Para evaluar la gravedad de la Incontinencia Urinaria, se dispone de un instrumento estandarizado el Incontinence Severity Index (ISI), de fácil uso y aplicación, que ha sido validado en diferentes estudios epidemiológicos y clínicos. Además, el ISI se ha traducido al castellano y se ha adaptado culturalmente a nuestro país, lo que ha aumentado su validez en este entorno.¹¹

Por otra parte, la versión reducida del International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-IU-SF), creada por expertos de la Second International Consultation on Incontinence, contiene un ítem sobre la afectación de la vida diaria (con una escala que va de 0 a 10) y una dimensión sobre síntomas (con 8 preguntas) que tiene la finalidad de describir y orientar el tipo de incontinencia urinaria que presenta la paciente.

Para el tratamiento de la incontinencia urinaria durante el embarazo, la mayoría de los expertos recomiendan la rehabilitación de suelo pélvico, bien realizada mediante programas de ejercicios en el domicilio o bajo la supervisión de un profesional.⁷

Desde la consulta de la matrona de atención primaria, a través del apoyo educativo, se puede ayudar a las mujeres a evitar la incontinencia urinaria durante el embarazo a través de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.^{12,13}

Medidas de prevención primaria

-Control de peso de la gestante, evitando un incremento superior a los 11-12 kg. Educar sobre los hábitos alimentarios saludables. Informar que el sobrepeso aumenta la presión sobre la vejiga, los músculos y los ligamentos del suelo de la pelvis distendiéndolos y debilitándolos.

-Aconsejar evitar consumir líquidos o sustancias irritantes para la vejiga como la cafeína, picantes, alcohol; así como las bebidas con gas.

-Recordar a las gestantes que tomar líquidos no perjudica a la vejiga ni a los músculos que controlan la retención de orina. La embarazada debe ingerir, al menos, dos litros de agua diariamente, para reducir el riesgo de infección urinaria.

-Evitar el estreñimiento para que la vejiga no tenga presión y debilite los músculos de la pelvis. Para ello, es conveniente ingerir líquidos y fibra en la dieta alimenticia.

-Consejos higiénicos para evitar las infecciones de orina que pueden asociarse a pérdidas involuntarias, realizando el lavado y secado del área perineal desde la zona anterior a la posterior.

-Aconsejar no utilizar ropa ajustada, usar ropa interior de algodón, utilizar un absorbente específico, nunca una compresa habitual.

-Evitar baños de espuma, sales olorosas y otros productos.

Medidas de prevención secundaria

Detección de la presencia de incontinencia en cada consulta de control de embarazo. Para ello, se indagará mediante preguntas del tipo “¿Se encuentra a menudo la ropa interior mojada?” “¿Siente que no le da tiempo a llegar al aseo?” “¿Nota escapes de orina al reír, toser o estornudar?”. Es importante, en la detección de la incontinencia, tener presente la existencia de leucorrea fisiológica durante la gestación, y la posibilidad de rotura prematura de membranas, a la hora de realizar un diagnóstico diferencial.

Medidas de prevención terciaria

-Enseñar a realizar ejercicios de Kegel:

A la hora de comenzar a enseñar a la mujer cómo realizar los ejercicios, resulta fundamental ayudarlas a identificar qué grupo de músculos son los que se van a

trabajar. Para ello, se animará a la mujer durante la micción a que intente interrumpir el flujo de orina. Será más sencillo si la mujer se coloca sentada, con las piernas separadas y el tronco inclinado hacia delante. Si es capaz de interrumpir el flujo, estará contrayendo los músculos idóneos.

Una vez identificados los músculos que se van a ejercitar, se procederá a realizar los ejercicios de Kegel. Para ello, tras haber vaciado completamente la vejiga, se animará a la gestante a que contraiga el suelo pélvico durante diez segundos, y que a continuación los relaje durante otros diez segundos.

Se recomendará a la mujer realizar diez series de contracción-relajación durante tres veces al día: mañana, tarde y noche; siendo posible realizarlos en posición tumbada, sentada o en bipedestación. Los resultados comienzan a ser perceptibles a partir de doce semanas.

Es importante recordar a las mujeres la inconveniencia de realizar el ejercicio de forma intensiva, ya que esto puede ocasionar fatiga muscular y ser contraproducente.

-Terapia con conos vaginales:

Los conos vaginales son unos dispositivos con peso y tamaño específico destinados a ser introducidos en la vagina, a fin de que, la mujer, en un intento por evitar su salida al exterior, contraiga y ejercite la musculatura del suelo pélvico.

Se comercializan en cajas con varias unidades. Se comienza utilizando el cono del mínimo peso y tamaño que la mujer sea capaz de retener; y progresivamente, conforme aumenta el tono muscular, se va aumentando el peso y disminuyendo el tamaño del cono. Se recomienda su uso dos veces al día durante quince minutos.¹⁴⁻¹⁶

Conclusiones

Para concluir, destacar la necesidad de ofrecer una atención especial al problema de la incontinencia durante el embarazo dada la gran prevalencia existente y el impacto que supone sobre la calidad de vida.

La matrona de atención primaria, dada su relación habitual con las gestantes, resulta un profesional ideal para realizar actividades de promoción, prevención y tratamiento de la incontinencia, desde las competencias y limitaciones que su formación le permite.

Bibliografía

1. Ruiz de Viñaspere R, Tomás Aznar C. Incontinencia urinaria en la gestación: prevalencia y factores asociados. *Metas de Enfermería*. 2010; 13(10):66-72.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Grifits D, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21:167-178.
3. España Pons, M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120:464-472.
4. *incontinenciaurinaria.com* [sede Web]. España: María José Curá De Rosa; 2004. Aspectos psicológicos de la incontinencia urinaria. Disponible en:

http://www.incontinenciaurinaria.com/frontend/incontinenciaurinaria/noticia.php?id_noticia=604&PHPSESSID=0090395f218ba5c80fae04fbd2af8a9b [Consultado el 31 de octubre de 2013].

5. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van der Bom JG, Heintz AP, Van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn.* 2006; 25(2):135-139.
6. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction.* 2004; 15(3):160-164.
7. FitzGerald MD, Scout Graciano MD. Cambios anatómicos y funcionales del tracto urinario inferior durante el embarazo. *Urol Clin N Am.* 2007; 34:7-12.
8. Falconet C, Ekman-Ordeberg G, Ulmstein U, Westergren Thorson G, Barchan K. Changes in paraurethral connective tissues at menopause are counteracted by estrogen. *Maturitas.* 1996; 24:197-204.
9. Gosling JA, Dixon JS, Crthley HOD, Thompson SA. A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscle. *Br J Urol.* 1981; 53:35-41.
10. Gorbea Chavez V, Navarro Salomón K, Escobar del Barco L, Rodríguez Colorado S. Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres embarazadas con atención prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Ginecol Obstet Mex.* 2011; 79(9):527-532.
11. Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M, Espuña M, en nombre del Grup de Reserca en Sòl Pelvià (GRESPE). Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2010.
12. Cancelo Hidalgo MJ. Embarazo/Parto e Incontinencia Urinaria. Observatorio Nacional de la Incontinencia.
13. González Fernández-Conde MM. Ejercicios de Kegel. Madrid: Instituto Indas; 2003. Disponible en: www.institutoindas.com/images/stories/pacientes/EjerciciosKegel.pdf [Consultado el 16 de agosto de 2013].
14. Grosse D, Sengler J. Reeducción del periné: Fisioterapia en las incontinencias urinarias. Barcelona: Masson; 2001.
15. Martí-Ragué J. Trastornos del suelo pélvico. *Cir Esp.* 2005; 77(5):254-257.
16. Ferri Morales A, Amostegui JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia.* 2004; 26(5):249-265.