



Trabajo Fin de Grado

Caso clínico de incontinencia urinaria de esfuerzo

Autor/es

Luisa Palacios Parrilla

Director/es

Juan Francisco León Puy

Universidad de Zaragoza

2012

RESUMEN

El trabajo “fin de grado de fisioterapia” va a consistir en un caso clínico de incontinencia urinaria de esfuerzo. He elegido hablar de este caso porque al trabajar en una residencia de la tercera edad es muy común esta patología y se actúa muy poco sobre ella.

Con la ayuda de un equipo multidisciplinario hemos llevado a cabo un tratamiento para esta patología, haciendo primero un diagnóstico lo más preciso posible del tipo de incontinencia para poder realizar el tratamiento más adecuado.

El objeto de este estudio es una mujer de 75 años con esta patología desde hace años, empezando tratamiento bajo mi supervisión hace un año y cinco meses. Me voy a basar en la anamnesis de la paciente, un cuestionario de síntomas y los objetivos a corto y a largo plazo, realizándole también unos cuestionarios de calidad de vida (periódicamente), un diario miccional, una exploración tanto física como radiológica y por último el tratamiento más adecuado.

Tras realizar el seguimiento se han visto unos resultados favorables sobre todo con respecto a su calidad de vida; por lo que llego a la conclusión de que se debe de tratar a las personas con esta patología, no tan solo para su curación sino por mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Pérdida del control de la vejiga; Micción incontrolable; Micción no controlable; Incontinencia urinaria

Anamnesis

Mujer (MHR) de 75 años de edad, estado viuda, actualmente pensionista.

Viene a la consulta por un trastorno miccional que comenzó a mediados del 2004, y la tengo bajo mi supervisión desde mediados del 2010. No presenta antecedentes familiares de incontinencia pero si presenta diabetes de tipo 2 y es hipertensa.

Antecedentes personales:

- Rasgos físicos: color del pelo y de los ojos marrón, color de la piel blanca, peso 90 kilos, tono general obesa además de ex-fumadora
- Antecedentes ginecológicos; infecciones vaginales (micosis), menopausia a los cincuenta y un años, ninguna cirugía ginecológica, toma medicamentos para la hipertensión y la diabetes; y en la exploración física se encuentra con mucosas secas y atróficas, cuello central doloroso y con evidencias de cistocele.
- Antecedentes urológicos, presenta perdida involuntaria de orina al realizar cualquier actividad (grado 1; toser, estornudar, reír...) de manera diaria, utilizando compresas habitualmente. Alguna que otra urgencia miccional, con una frecuencia miccional de 10 veces al día. Frecuencia nocturna 2-3.
- Hábitos alimenticios, normal lo que ponen en la residencia. Anteriormente bastantes dulces e ingesta de líquidos sobretodo agua y café.
- Antecedentes traumáticos: no presenta fracturas osteoarticulares, tiene protusiones discales dorso – lumbares (D8,L5)
- Antecedentes obstétricos: ha tenido 3 embarazos y partos espontáneos con desgarro vaginal
- Antecedentes respiratorios 0
- Actividad deportiva: antes el baile, ahora andar.

Cuestionario de síntomas

- ¿Siente deseos fuertes y repentinos de orinar, que le hacen pensar que se le va a escapar la orina? Si.
- Si tiene ganas de orinar, ¿puede aguantar hasta llegar al WC? No.
- ¿Orina más de siete veces al día? Si.
- ¿Se le escapa la orina, la toser, estornudar, reír, saltar, levantar peso, subir o bajar escaleras? Si.
- ¿Presenta dificultad para vaciar la vejiga? No.
- ¿Tiene dolor abdominal bajo y/o sensación de peso en la zona genital? Si
- ¿Se despierta más de una vez para orinar por la noche? Si.
- Cuando tiene perdidas de orina, ¿son abundantes? No.

Objetivos

Por parte del paciente, a corto plazo “deseo llegar a un servicio antes que me haga pis encima” y a largo plazo “me gustaría poder controlarlo, no estar dependiendo de ello en todo momento”

Por parte del fisioterapeuta y equipo médico; a corto plazo, dar a conocer a la paciente cual es su patología, entrenamiento al esfuerzo, y a largo plazo normalizar el suelo pélvico y realización de vida lo más normal posible.

Cuestionario de calidad de vida

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Por favor, conteste las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

Fecha de hoy 23/Agosto 2010/

1. Por favor, escriba su fecha de nacimiento/...../.....

2. Usted es (señale cual): Mujer Varón

3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces/semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	<input checked="" type="checkbox"/> 4
Continuamente	5

4. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	<input checked="" type="checkbox"/> 4
Mucha cantidad	6

5. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria? Marque una cruz, en la siguiente lista, 0 (no me afecta nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/> 6	7	8	9	10	Mucho
Nada											

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5:

6. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

Como cuestionario de calidad de vida también utilice el score de probabilidad de síndrome de vejiga dolorosa y/o de dolor crónico pelviano (potenziani SP-SVD/DCP-15; 2005).

Descartar infecciones

Se le realiza al paciente un análisis completo de orina para descartar posibles infecciones. La paciente no presenta ninguna infección. También realizaremos una ecografía para comprobar la cantidad de orina que se queda en la vejiga después de la micción.

Exploración física

1. Global

Paciente de 75 años, mujer, peso 90 kilos, talla 1.57m, la paciente se muestra muy colaboradora.

En estática la paciente presenta hiperlordosis con anteversión pélvica

Además tiene un acortamiento de un miembro frente al otro (izq.)

Q -Tip test el ángulo es de 40º discriminando hacia una hipermovilidad

2. Local

En la exploración del diafragma y abdominales, el hemidiafragma izquierdo sobresale mas que el otro, y tiene una debilidad de los abdominales y en el transverso.

Reflejo anal positivo a la contracción de los elevadores

Reflejo bulbo cavernoso positivo

Reflejo de la tos positivo a la contracción (esfínter anal)

La piel y la mucosa del paciente están atróficas

Tiene un órgano externo (cistocele)

Testing manual

6 debilidad del m. pubocoxigeo

9

12 debilidad del músculo uretral

3

Tono basal disminuido

PERF

P fuerza de contracción 1

E resistencia 2

R repetición 2 y se fatiga pronto

F rapidez en 10 segundos 2

Distancia ano- bulbar acortada

Diagnóstico radiológico

Placa simple de abdomen y de pelvis sin hallazgos

Resonancia magnética sin hallazgos patológicos, salvo protusiones discales D8, L5.

Diario miccional

Se le pidió que llevará un diario urinario para registrar la cantidad de veces que orina durante el día y la noche y la frecuencia de las fugas de orina.

EJEMPLO DE DIARIO MICCIONAL:

Día 1	¿Qué ha bebido? ¿Qué cantidad?	¿Ha sentido fuerte necesidad de orinar?	Nº Veces y volumen que ha orinado	¿Qué estaba haciendo?	¿Ha perdido orina?	¿Llegó al WC?
06-08h	Café – 1 vaso	SI	3 250cc	Vestirme	No	SI
08-10h	1 vaso de agua	SI	2 150cc	Cosas de casa	Poco	NO
10-12h						
12-14h		SI	1 150cc	Cocinando	Poco	SI
14-16h	2 vasos agua	SI	1 250cc	Comiendo	No	SI
16-18h	1 infusión	SI	2 200cc	Viendo TV	Poco	SI
18-20h		SI	1 200cc	Paseando	Mucho	NO
20-22h	1 refresco					
22-00h		SI	1 200cc	Viendo TV	Mucho	NO
00-02h		SI	1 150cc	Dormir	No	SI
02-04h		SI	1 200cc	Dormir	Poco	SI
04-06h						

Al pedirle al paciente que registre las micciones y los síntomas durante un periodo de días (3-7), nos proporciona una valiosa información.

El diario miccional es una herramienta muy útil en el manejo de las pacientes con incontinencia urinaria. Es de mayor utilidad en el estudio de la vejiga hiperactiva. Registra la entrada de líquidos, episodios de urgencia miccional, pérdidas urinarias y número de compresas utilizadas.

El volumen reseñado con este tipo de registros, se correlacionarían de forma adecuada con los datos aportados por la cistomanometría.

Estos datos pueden ayudarnos a descartar patologías tales como la poliuria o la polidipsia.

Tratamiento

El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas y de qué tanto afecta su vida cotidiana.

El tratamiento está dirigido a aumentar la resistencia uretral para así evitar que la presión intravesical supere a la intrauretral durante la actividad física; se está investigando la eficacia del tratamiento farmacológico para este tipo de incontinencia, pero en el momento actual las posibilidades terapéuticas disponibles para el tratamiento son la rehabilitación muscular del suelo pélvico y la cirugía.

Es posible que el médico le solicite suspender el consumo de cigarrillo y evitar las bebidas con cafeínas; pero no hizo falta porque ya lo había dejado.

Existen cuatro tipos de tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo:

- Cambios de comportamiento
- Medicamentos
- Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico
- Cirugía

•Tratamiento conductual:

1. La paciente ha de perder peso (hacer dieta)
2. No utilización de pañales.
3. Orinar con mayor frecuencia para disminuir la cantidad de orina que se escapa.
4. Evitar alimentos y bebidas que irriten la vejiga, como comidas condimentadas, bebidas carbonatadas y los cítricos.
5. Realizar micciones programadas (basándose en el diario miccional); cuyo objetivo final será llegar a intervalos entre micciones de 3-4 horas.

Primera fase: fase de información y toma de conciencia

6. Propiocepción de la zona
7. Los ejercicios de entrenamiento de los músculos pélvicos, llamados ejercicios de Kegel, pueden ayudar a controlar la fuga de orina. Estos ejercicios mantienen el esfínter uretral fuerte y funcionamiento apropiadamente. Por eso se arán primero analíticos estáticos de los elevadores y luego dinámicos (4/5 veces al día).
8. Potenciación fibras I (estabilizar) y II (cierre)
9. Trabajar abdominales
10. Técnicas de liberación de diafragma

Segunda fase: reeducación

11. Ejercicios activos asistidos manualmente, tonificación y fortalecimiento (5 seg. Contraer, 10 relajar, se debe repetir 5 veces)

12. Bolas chinas
13. Ejercicios pasivos de electro-estimulación. Esta terapia emplea corriente eléctrica de bajo voltaje para estimular y contraer el grupo correcto de músculos; así reforzamos la musculatura.
14. Biofeedback
15. Entrenamiento al esfuerzo

Tercera fase: adquirir contracción automática

16. Programa combinado biofeedback y electroestimulación
17. Electroestimulación
18. Hipopresivos

Se puede utilizar también los medicamentos que tienden a funcionar mejor en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo de leve a moderada. Existen algunos tipos de medicamentos que se pueden emplear solos o combinados y comprenden:

- Anticolinérgicos
- Antimuscarínicos
- Agonistas alfa-adrenérgicos

Pero en este paciente no fueron utilizados, porque no quiso tomar más medicación y le fue bien con el tratamiento fisioterápico.

El tratamiento quirúrgico sólo se recomienda después de que se ha encontrado la causa exacta de este tipo de incontinencia. La mayoría de las veces, el médico intentará la reeducación del esfínter vesical o los ejercicios de Kegel antes de pensar en la cirugía. Y de momento no se ha realizado.

Pronostico

Los cambios de comportamiento, la terapia de ejercicios del suelo pélvico y los medicamentos generalmente mejoran los síntomas más que curar la incontinencia urinaria de esfuerzo. La cirugía puede curar a la mayoría de los pacientes cuidadosamente seleccionados.

En el caso de esta paciente con los cambios de comportamiento y los ejercicios de rehabilitación ha mejorado considerablemente por lo que seguimos con la misma conducta

Bibliografía

Riuz Cerda JL, Martínez Agulló E, Burgués Gasión JP, Arlandis Guzmán S, Jiménez Cruz JF. Incontinencia urinaria. Incontinencia urinaria en las personas mayores. Doyma Newsletter; 2002; 5:1- 12

Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. Actas Urológicas Españolas 2005; 29: 16-30.

Deng DY. Urinary incontinence in women. Med Clin North Am. 2011;95:101-109.

Lawrence MT, Stephen JM, maxime AP. Incontinencia urinaria. Diagnostic clinic y tratamiento. Mexico: editorial manual moderno; 2005. P. 909-910.

Badia X, Castro D, Conejero J. validez del cuestionario King 's Health para la evolución de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. Med Clin 2000; 114:647-52

Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. N Engl J Med. 2008; 358:1029-1036.

Lorenzo M.F., Silva A.J.M., García C.F.J., Geanini Y.A., Urrutia A.M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. Actas Urol Esp. 2008; 32:629-36

www.abcmedicus.com