

Incontinencia urinaria tras ictus

Autores: Martínez González, Elena (Graduada en Fisioterapia); Pérez Miras, Ana Rosa (Diplomada Universitaria en Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Oviedo, Fisioterapeuta, atención especializada Area V, SESPA).

Público: Fisioterapeutas, médicos rehabilitadores. **Materia:** Rehabilitación. **Idioma:** Español.

Título: Incontinencia urinaria tras ictus.

Resumen

El manejo de la incontinencia urinaria es complicado en los pacientes con daño cerebral, demandando no sólo un cuidado especial para no provocar infecciones o retenciones urinarias, sino que también hay que tener en cuenta que el paciente puede tener asociada una hemiplejía, con dificultades para moverse y comunicarse. Sin embargo, la vejiga neurógena de las vías urinarias inferiores es uno de los que pueden afectar significativamente a su calidad de vida, apareciendo en un 20 % -50 % de los casos, con prevalencia decreciente en el período que sucede a la lesión.

Palabras clave: vejiga neurógena, incontinencia urinaria, accidente cerebro vascular, ictus.

Title: Urinary incontinence post-stroke.

Abstract

The management of urinary incontinence is complicated in patients with brain damage, demanding not only special care not to cause infections or urinary retentions, but we must also bear in mind that the patient may have associated a hemiplegia, with difficulties to move and communicate. However, the neurogenic bladder of the lower urinary tract is one of those that can significantly affect their quality of life, appearing in 20% -50% of cases, with decreasing prevalence in the period following the injury.

Keywords: neurogenic bladder, urinary incontinence, cerebrovascular accident, stroke.

Recibido 2018-05-31; Aceptado 2018-06-06; Publicado 2018-06-25; Código PD: 096165

El ictus o accidente cerebro vascular cursa con manifestaciones clínicas en distintos ámbitos. Uno de los que pueden afectar significativamente a la calidad de vida de estos pacientes es la disfunción neurógena de las vías urinarias inferiores de incontinencia residual, que aparece en un 20 %-50 % de los casos^{1, 2}, con prevalencia decreciente en el período que sucede a la lesión³. Entre un 20 y un 30% de aquellos pacientes que no reciben un tratamiento adecuado, transcurridos seis meses del episodio de daño cerebral, todavía presentan incontinencia urinaria⁴. El hallazgo cistométrico que aparece con más frecuencia en estos casos es la hiperactividad del detrusor^{5, 6}. Al igual que en otro tipo de enfermedades, la impactación fecal, la retención y la retención urinaria pueden ayudar a provocar incontinencia urinaria¹.

El manejo de la incontinencia urinaria es complicado en estos pacientes, demandando no sólo un cuidado especial para no provocar infecciones o retenciones urinarias, sino que también hay que tener en cuenta que el paciente puede tener asociada una hemiplejía, con dificultades para moverse y comunicarse. Sin embargo, sólo los pacientes con grave demencia y dependencia han de ser considerados para llevar un catéter permanentemente.

Probablemente los médicos podrían prestar más atención a este problema¹, así como los propios terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. En una encuesta telefónica que formaba parte de un estudio⁷ en Canadá en 2007 se reflejaba que sólo un 39% de los terapeutas ocupacionales y un 41% de los fisioterapeutas identificaban la incontinencia urinaria como un problema tras el ictus. Es más, sólo entre un 15-20% empleaban las evaluaciones más recomendadas, y sólo un 2-3% realizaba los tratamientos oportunos.

Existen pocas escalas sobre el tema, y muchas veces los sanitarios simplemente usan el Índice de Barthel, el cual tan sólo hace preguntas generales, habiendo demostrado no ser un referente en la detección de la prevalencia de la incontinencia urinaria⁸. En muchas ocasiones los pacientes no se atreven a hablar de este problema por vergüenza, y tampoco nadie les pregunta por él⁹. Los pacientes suelen elaborar sus propias estrategias para esconder su incontinencia urinaria y prevenir situaciones embarazosas.

De hecho, en el año 2009, Tibaek et al¹⁰ realizaron una encuesta clínica entre 482 sujetos sobre la influencia de los síntomas del tracto urinario inferior en su calidad de vida. En función de las mediciones, entre un 17 y un 34% de los

pacientes reportaron actividades limitadas por sus síntomas, por lo que la rehabilitación en estos casos debería ir también enfocada a solucionar estos problemas.

Sin embargo, muchos fisioterapeutas en España se están especializando en el tratamiento de suelo pélvico, tanto en entornos universitarios como privados, y existen una serie de intervenciones terapéuticas para promover la continencia urinaria en los pacientes tras el episodio de ictus. Una revisión sistemática ¹¹ de 2016 evalúa las más efectivas de entre las no farmacológicas: estimulación eléctrica transcutánea del nervio, evaluación urodinámica con recomendaciones de vaciamiento de la vejiga, y otras intervenciones que constan de varios componentes (por ejemplo entrenamiento en el baño). Todas las intervenciones resultaron positivas en al menos uno de los aspectos a valorar, recomendando realizar un examen exhaustivo de cada caso para emplear, a posteriori, la herramienta terapéutica más adecuada.

Clásicamente la estimulación eléctrica transcutánea del nervio (TENS) ha sido empleado para el control del dolor crónico, sin embargo, parece ser también efectivo como neuromodulador. Un estudio en ancianos mostró que la estimulación del nervio tibial posterior era segura y que obtenía resultados beneficiosos en los pacientes con disfunciones vesicales ¹², y otro estudio, del año 2005 ¹³, reportó que podría merecer la pena como tratamiento en pacientes neurológicos con problemas urinarios. Se trata de una intervención barata, sencilla de aplicar, no invasiva, y sin los daños colaterales que suelen traer asociados los fármacos. En el estudio de Guo et al ¹⁴, de 2014, se evaluó su efectividad específicamente en pacientes con ictus, con unos resultados significativos en todas las variables estudiadas en comparación con el grupo control: síntomas urinarios, calidad de vida, así como en siete actividades de la vida diaria (actividad intestinal, vejiga, uso del retrete, transferencias, baño, movilidad y uso de escaleras).

Liu et al ¹⁵ estudiaron, en 2016, qué tipo de frecuencia del TENS era más efectiva para los pacientes con incontinencia urinaria tras el ictus. Dividieron la muestra de 81 pacientes en tres grupos semejantes. A uno de ellos se le aplicó TENS con una frecuencia de 20 Hz, a otro de 75 Hz, y el otro grupo fue de control. La intervención se prolongó durante 90 días, con una aplicación diaria de TENS en los dos primeros grupos de 30 minutos de duración. Las variables a analizar se midieron con el Índice de Barthel, valores urodinámicos, puntuaciones de síntomas de vejiga hiperreactiva, y con los parámetros de los diarios miccionales autorellenados por los pacientes. Los resultados fueron superiores en los dos grupos de intervención en todos los aspectos evaluados, sin embargo, la aplicación de 20 Hz fue más efectiva de forma significativa que la de 75 Hz.

Otro estudio a tener en cuenta en este tema se llevó a cabo en 2016 sobre los efectos del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en su contractilidad y en los síntomas urinarios de mujeres con daño cerebral, realizado por Shin et al ¹⁶. Este estudio contó con una muestra de 31 pacientes, con una historia de daño cerebral y de incontinencia urinaria de estrés de más de 3 meses de evolución. Se dividió la muestra en dos grupos, ambos recibieron ejercicios de rehabilitación durante 6 semanas, pero el grupo objeto de intervención recibió 6 semanas de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico. Se midieron la función vaginal (usando un medidor de peroneo), la actividad del suelo pélvico (electromiografía intravaginal), síntomas urinarios y calidad de vida. Los resultados fueron concluyentes, todos los valores fueron positivos comparando ambos grupos, con una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se recomienda su incorporación a los procedimientos de tratamiento de los síntomas urinarios en las pacientes con daño cerebral subagudo o crónico. Dentro del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, una nueva corriente está fomentando el uso de gimnasia abdominal hipopresiva para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Estos ejercicios, según explicaban Resende et al ¹⁷ (2012), relajan el diafragma, disminuyen la presión abdominal, y activa los músculos abdominales y del suelo pélvico por vía refleja, durante lo que Caufriez, el desarrollador del método, denomina aspiración diafragmática. Caufriez sugiere que la reducción de presión abdominal obtenida por el método hipopresivo crea actividad refleja de tipo I en los músculos tanto de la pared abdominal como del suelo pélvico, con un periodo de latencia de varios segundos, lo que conduce a un fortalecimiento a largo plazo de esos músculos. Sin embargo, aún existen pocos estudios al respecto, y en los publicados hasta ahora no ha demostrado ser un método superior a otros ¹⁸.

Por último, otro de los tratamientos que se está empleando en la actualidad, aunque también con resultados contradictorios, en especial a largo plazo, es la inyección de toxina botulínica para un amplio espectro de indicaciones: disinergia del detrusor, hiperactividad neurogénica o idiopática del detrusor, síndrome de vejiga dolorosa, así como para síntomas del tracto inferior ocasionados por obstrucción de la salida de la vejiga ¹⁹. Se trata de una intervención mínimamente invasiva, bien tolerada y eficaz, aunque aún no se conoce muy bien su mecanismo de acción, por lo que se aconseja pautarse con cuidado, en especial en pacientes crónicos, puesto que su efecto a largo plazo es aún una incógnita.

Bibliografía

1. Currie CT. Urinary incontinence after stroke. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 Nov;293(6558):1322-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3790967>
2. Codine PH, Pellissier J, Manderscheidt JC, Costa P, Enjalbert M, Perrigot M. Les troubles urinaires au cours des hémiplegies vasculaires. In: *Hémiplegie vasculaire et médecine de rééducation*. Pellissier J, ed. Paris, Masson, 1988, pp. 261-269.
3. Barer DH. Continence after stroke: useful predictor or goal of therapy? *Age Ageing* 1989 May;18(3):183-91. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2782216>
4. Nakayama H, Jørgensen HS, Pedersen PM, Raaschou HO, Olsen TS. Prevalence and risk factors of incontinence after stroke. The Copenhagen Stroke Study. 1997 Jan;28(1):58-62.
5. Khan Z, Hertenau J, Yang WC, Melman A, Leiter E. Predictive correlation of urodynamic dysfunction and brain injury after cerebrovascular accident. *J Urol* 1981 Jul;126(1):86-8.
6. Tsuchida S, Noto H, Yamaguchi O, Itoh M. Urodynamic studies on hemiplegic patients after cerebrovascular accident. *Urology* 1983 Mar;21(3):315-8.
7. Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*. 2007 Oct;38(10):2745-51.
8. Tibaek S, Dehlendorff C. Is Barthel Index a relevant measure for measuring prevalence of urinary incontinence in stroke patients? *Neurourol Urodyn*. 2012 Jan;31(1):44-9. doi: 10.1002/nau.21203.
9. Kohler M, Mayer H, Kesselring J, Saxer S. (Can) Not talk about it - Urinary incontinence from the point of view of stroke survivors: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2018 Mar;32(1):371-379. doi: 10.1111/scs.12471.
10. Tibaek S, Gard G, Klarskov P, Iversen HK, Dehlendorff C, Jensen R. Are activity limitations associated with lower urinary tract symptoms in stroke patients? A cross-sectional, clinical survey. *Scand J Urol Nephrol*. 2009;43(5):383-9. doi: 10.3109/00365590903013919.
11. Kohler M, Mayer H, Battocletti M, Kesselring J, Saxer S. Effectiveness of non-pharmacological interventions to promote urinary continence in stroke survivors – a systematic literature review. *Pflege*. 2016 Sep;29(5):235-245.
12. Booth J, Hagen S, McClurg D, et al. A feasibility study of transcutaneous posterior tibial nerve stimulation for bladder and bowel dysfunction in elderly adults in residential care. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(4): 270–274.
13. Cooperberg MR, Stoller ML. Percutaneous neuromodulation. *Urol Clin North Am*. 2005;32(1):71–78, vii.
14. Guo ZF, Liu Y, Hu GH, Liu H, Xu YF. Transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of patients with poststroke urinary incontinence. *Clin Interv Aging*. 2014 May 23;9:851-6. doi: 10.2147/CIA.S61084.
15. Liu Y, Xu G, Luo M, Teng HF. Effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation at Two Frequencies on Urinary Incontinence in Poststroke Patients: A Randomized Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2016 Mar;95(3):183-93. doi: 10.1097/PHM.0000000000000360.
16. Shin DC, Shin SH, Lee MM, Lee KJ, Song CH. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in female stroke patients: a randomized, controlled and blinded trial. *Clin Rehabil*. 2016 Mar;30(3):259-67. doi: 10.1177/0269215515578695.
17. Resende AP, Stüpp L, Bernardes BT, Oliveira E, Castro RA, Girão MJ, Sartori MG 2012 Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse? *Neurourology and Urodynamics* 31: 121–125.
18. Mateus-Vasconcelos ECL, Ribeiro AM, Antônio FI, Brito LGO, Ferreira CHJ. Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2018 Jun;34(6):420-432. doi: 10.1080/09593985.2017.1419520.
19. Mangera A, Chapple CR. Use of botulinum toxin in the treatment of lower urinary tract disorders. Current status. *Arch Esp Urol*. 2010 Dec;63(10):829-41.