

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Las principales medidas no farmacológicas son:

1) Recomendaciones higiénico-dietéticas:

a) Modificación patrón ingesta líquidos: reducir la toma de líquidos a partir de media tarde, para evitar la incontinencia nocturna y la nicturia.

b) Reducción toma de sustancias excitantes: evitar el café, té, bebidas carbonatadas, alcohol, cítricos, para evitar la urgencia miccional y reducir la frecuencia miccional.

c) Corrección del estreñimiento: con toma de fibra en la dieta, aporte de líquidos, reeducando el intestino (programar la defecación diariamente, tras el desayuno).

d) Reducir el peso: en casos de sobrepeso u obesidad, mediante una dieta saludable y ejercicio físico.

e) Mejorar la movilidad: tratar de mantener el mayor grado de movilidad del paciente, para facilitar el desplazamiento hasta el retrete, así como motivar a paseos regulares / desplazamientos por casa.

f) Abstención de fumar: el tabaco actúa como estimulante vesical, además de provocar un aumento de la tos.

2) Intervención sobre factores individuales y externos al aparato urinario:

a) Consejos sobre el tipo de ropa: evitar las prendas que sean complicadas de retirar (faja, bodi, varias capas de ropa), pantalones con botones que puedan dificultar su apertura (aconsejable que lleven cremalleras sencillas, velcro o que sean elásticos con goma en la cintura), faldas de difícil apertura con cremalleras o cierre de ganchos (aconsejable cintura con gomitas o elásticos).

b) Facilitar el acceso al cuarto de baño y uso del retrete: intentar retirar los obstáculos hasta el retrete, puerta de fácil apertura, colocar asideros al lado del retrete y un elevador de este.

c) Intentar mejorar la movilidad y el grado de destreza: tratar que el paciente esté lo más activo posible y que mantenga la mayor destreza posible para utilizar el retrete.

3) Técnicas sencillas de reeducación vesical:

a) Reentrenamiento miccional: es una técnica recomendable para pacientes independientes y con incontinencia de urgencia, que se basa en su diario miccional. Consiste en anticipar la micción, y para ello, una vez conocida la frecuencia miccional (tiempo entre cada micción) y cada cuánto tiene los escapes de orina, se programa que acuda al baño o se le asista para la micción (cuña / botella sanitaria) antes de que pueda tener las ganas de orinar o sufrir el escape, intentando progresivamente conseguir (si es posible) una frecuencia miccional durante el día de 3 horas.

b) Ejercicios del suelo pélvico: es una técnica recomendable para pacientes independientes y con incontinencia de esfuerzo, que pretende reforzar la musculatura perineal. Hay diversas formas de realizarlas:

*) Contrayendo los músculos del periné durante 3-5 segundos y luego relajándola durante 10 segundos, haciendo varias tandas de contracciones (unas 10-15 seguidas, 3 veces al día). Lo importante, y en ocasiones difícil, es identificar cómo se contraen estos músculos. Para ello lo pueden aprender cortando el chorro de la micción o cerrando la musculatura del ano como si se quisiera evitar la expulsión de una ventosidad.

*) Utilizando algunos dispositivos que faciliten la realización de estos ejercicios, como son los conos vaginales (equipo con varios conos del mismo tamaño, pero de distinto peso), para intentar retenerlos en el interior de la vagina (empezando por los de menor peso e ir progresivamente utilizando los de peso superior), para reforzar así los músculos del suelo pélvico.



c) Micciones programadas: es una técnica destinada a pacientes dependientes que no puedan realizar el reentrenamiento miccional. Lo que se trata es de que el paciente acuda al cuarto de baño o se le asista para que orine en la cuña o botella sanitaria, a intervalos fijos de tiempo (habitualmente cada 2 horas), combinándolo con maniobras de refuerzo positivo para lograr que orinen. Sería una técnica sencilla que pretende que el paciente vacíe la vejiga, antes de que puedan sufrir el escape.

Autores: *García Cuesta AM.* y *Verdejo Bravo C.*

Bibliografía

1. Guía sobre incontinencia urinaria. PACIENTES Y CUIDADORES. Comité de Expertos de Incontinencia Urinaria. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Madrid. IMC. 2018
2. Tratamiento de la incontinencia de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol 2018; 61: 630-5
3. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 10. Art. No.: CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub4 (acceso el 29 abril 2021).
4. Verdejo Bravo, C. Trastornos de la eliminación urinaria en el anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L eds. Tratado de Medicina Geriátrica. 2ª ed. Barcelona; Elsevier; 2020. p. 745-53.
5. Gibson W, Johnson IT, Kirschner-Hermanns R, Kuchel G, Markland A, Orme S et al. Incontinence in frail elderly persons: Report of the 6th International Consultation on Incontinence. Neurourol Urodyn 2021; 40: 38-54.