

Clínicas Geriátricas

Incontinencia Urinaria.

Definición

La incontinencia urinaria constituye uno de los grandes síndromes geriátricos y es definida según la International Continence Society como: una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable ocasionando problemas sociales e higiénicos para el individuo.

Visión del problema

- Constituye uno de los grandes síndromes geriátricos.
- Conlleva una elevada prevalencia en la tercera edad.
- En Cuba hasta el momento no existen estudios en el adulto mayor que reflejen la verdadera magnitud de este problema de salud.
- Genera un impacto negativo con deterioro importante del estado funcional y de la calidad de vida del paciente.
- Origina notables repercusiones físicas, psicológicas y socioeconómicas.
- Generalmente presenta un origen multifactorial.
- Requiere para su adecuado manejo de una sistematización diagnóstica.
- Es curable en un porcentaje elevado de los pacientes.
- Actualmente se cuenta con importantes avances tecnológicos en el manejo diagnóstico y terapéutico.
- Puede ser manejada por personal capacitado de forma favorable tanto
- para los propios pacientes como para sus cuidadores.

Epidemiología

Constituye una de las patologías más comunes y características de la población anciana.

A pesar de su elevada prevalencia el índice de consulta generado por la incontinencia urinaria en el anciano es sorprendentemente bajo (menor de un 50%).

La prevalencia varía en dependencia del nivel asistencial considerado: Comunidad (30%), Hospital (30%) y Residencias (50%).

Envejecimiento e incontinencia urinaria

El envejecimiento no es causa de incontinencia urinaria, pero si determina una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden influir, en mayor o menor medida, conjuntamente con patologías asociadas en el control de la continencia.

Estas modificaciones ocurren principalmente en el sistema nervioso central, tracto urinario inferior, próstata y vagina.

El inicio o exacerbación de la incontinencia en los ancianos a menudo obedece a factores ajenos a las vías urinarias y que son susceptibles de tratamiento, de ahí la importancia de abordar estos factores de riesgo que incluso pueden restaurar la continencia aunque exista disfunción de las vías urinarias.

Sistema nervioso central:

- Atrofia progresiva de la corteza cerebral
- Disminución del número de neuronas

Tracto urinario inferior:

- Disminución de nervios autonómicos
- Mayor trabeculación
- Disminución del número de células uretrales y su reemplazamiento por tejido conectivo fibroso
- Disminución de la capacidad vesical
- Disminución de la habilidad para postponer la micción
- Aumento del residuo postmiccional
- Disminución de la presión de cierre uretral y del flujo urinario.
- Presencia de contracciones no inhibidas del detrusor

Próstata:

- Crecimiento de la glándula prostática

Vagina:

- Déficit estrogénico con disminución de la celularidad y atrofia del epitelio

Repercusiones de la incontinencia urinaria

- Depresión
- Aislamiento social

- Dependencia
- Caídas
- Infecciones recurrentes de las vías urinarias
- Úlceras por presión
- Eritemas perianales
- Estrés en la familia, amigos o cuidadores
- Predisposición a la institucionalización
- Aumento de los costos económicos

Clasificación

Básicamente se distinguen dos tipos de Incontinencia Urinaria:

- aguda, reversible o transitoria
- crónica, persistente o establecida

La crónica a su vez se clasifica en los cinco tipos siguientes:

- Incontinencia Urinaria de urgencia
- Incontinencia Urinaria de esfuerzo o estrés
- Incontinencia Urinaria de rebosamiento
- Incontinencia Urinaria funcional
- Incontinencia Urinaria mixta o compleja

Incontinencia Urinaria Aguda

Se caracteriza por su aparición súbita, a menudo de forma secundaria a agresiones iatrogénicas, enfermedades agudas o consumo de fármacos, desapareciendo por lo general con el tratamiento adecuado del trastorno subyacente.

Incontinencia Urinaria Crónica

Es aquella que persiste durante un largo período de tiempo, independientemente de la enfermedad aguda o de la agresión iatrogénica y normalmente se clasifica en cinco tipos diferentes.

Incontinencia Urinaria de Urgencia

Representa el tipo más común de IU en la población anciana. Se define como la pérdida involuntaria de orina relacionada siempre con el deseo urgente de orinar.

Generalmente los pacientes presentan síntomas dados por urgencia miccional, polaquiuria, tenesmo y nicturia (levantarse en la noche más de dos veces a orinar)

desencadenados en ocasiones por circunstancias tales como lavarse las manos, fregar, escuchar agua correr o simplemente por experimentar frío.

Las fugas de orina son episódicas pero frecuentes, con un volumen de moderado a importante, cursa con sensibilidad sacra y reflejos conservados.

Se caracteriza por contracciones involuntarias de la vejiga, asociándose tanto a un incremento de la actividad espontánea de la musculatura lisa del detrusor como con cambios específicos celulares.

Si existe lesión neurológica se utiliza el término hiperreflexia del músculo detrusor y cuando no hay tal lesión, inestabilidad del detrusor.

En los ancianos se produce en ocasiones hiperactividad del detrusor con alteración de la contractilidad (HDAC).

Como en la HDAC las contracciones vesicales son débiles, se produce con frecuencia retención urinaria que puede interferir con los tratamientos de relajación vesical.

Incontinencia Urinaria Crónica de Esfuerzo

Se denomina así a la pérdida involuntaria de orina al efectuar un esfuerzo físico determinado (toser, estornudar, reírse, levantar pesos, entre otros desencadenantes) sin producirse contracciones vesicales.

Predomina en el sexo femenino y está relacionada fundamentalmente con debilidades del piso pélvico muscular

En los varones se relaciona fundamentalmente con lesiones del esfínter tras resecciones prostáticas amplias.

El síntoma clínico característico es la fuga instantánea con maniobras de estrés, empeorando generalmente la fuga durante el día.

Incontinencia Urinaria de Rebosamiento

Representa el segundo tipo más frecuente de IU en el sexo masculino.

Teniendo lugar la pérdida involuntaria de orina al sobrepasarse la cantidad de orina que puede ser contenida dentro de la vejiga.

Se caracteriza clínicamente por micciones frecuentes con pérdidas de volúmenes pequeños de orina que ocurren tanto durante el día como la noche.

Incontinencia Urinaria Funcional

Constituye la incontinencia observada en pacientes con una función vesicouretral normal y parece deberse a la incapacidad por parte del enfermo para reconocer la necesidad de orina o de comunicar su inminencia.

Incontinencia Urinaria Compleja o Mixta

Es la combinación de más de un tipo de incontinencia crónica.

Causas de la incontinencia urinaria

Factores de riesgo asociados a la incontinencia:

- Inmovilidad
- Sexo femenino
- Hospitalización
- Infecciones del tracto urinario
- Retención urinaria
- Demencias
- Medicación
- Depresión
- Impactación fecal
- Cirugía pélvica previa
- Deterioro funcional: físico y/o mental
- Barreras arquitectónicas

Medicamentos relacionados con la incontinencia urinaria:

- Diuréticos
- Bloqueadores de los canales de calcio
- Beta adrenérgicos agonistas
- Alfa adrenérgicos agonistas
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Hipnóticos
- Analgésicos narcóticos

Causas de incontinencia urinaria aguda:

- Delirio
- Infecciones
- Vaginitis o uretritis atróficas
- Fármacos
- Trastornos endocrinos
- Movilidad restringida
- Impactación fecal
- Disfunción psicológica

Causas de incontinencia urinaria crónica:

- Hipoestrogenismo
- Debilidad de musculatura pélvica
- Obesidad
- Debilidad del esfínter uretral
- Partos múltiples
- Cirugía prostática

Causas de incontinencia urinaria de urgencia:

- Cistitis
- Litiasis vesical
- Neoplasia vesical
- Uretritis
- Obstrucción del tracto de salida
- Parkinsonismo
- Daño o enfermedad en la médula espinal suprasacra
- Demencia

Causas de incontinencia urinaria crónica de rebosamiento:

- Crecimiento prostático
- Neuropatía diabética
- Estenosis uretral
- Enfermedad medular
- Impactación fecal
- Medicamentos
- Disinergia detrusor-esfinteriana

Causas de incontinencia urinaria crónica funcional:

- Enfermedades musculoesqueléticas
- Uso de restricciones físicas
- Deterioro del estado mental
- Depresión
- Ambiente no familiar
- Hostilidad
- Acceso difícil
- Ausencia de luz
- Desatención por parte del personal para facilitar el acceso a los urinarios

Principios generales de tratamiento

- Toda persona con incontinencia debe ser considerada para estudio y tratamiento.
- La decisión del tratamiento debe estar basada en una adecuada evaluación del paciente.
- El tratamiento debe ser individualizado y específico para cada paciente.
- Para lograr una buena cooperación del paciente en su tratamiento es necesario brindarle una clara y suficiente información.

Opciones terapéuticas

- Medidas Generales
- Técnicas de Modificación de la Conducta
- Rehabilitación del Suelo Pélvico
- Medicamentos
- Cirugía
- Terapia de Soporte

Medidas generales

- Modificación del hábitat y de las barreras arquitectónicas
- Reducir el consumo de sustancias excitantes como el alcohol, café y té (ya que pueden provocar episodios de urgencia miccional).
- Limitar la ingesta de líquidos a partir de la merienda de la tarde en aquellos casos de nicturia e Incontinencia Urinaria nocturna evitando así algunos escapes nocturnos (sin disminuir a la vez la cantidad total de líquido diario).
- Modificación de aquellos fármacos que alteran el mecanismo normal de la continencia urinaria, intentando sustituirlos por otros grupos farmacológicos o al menos reducir sus dosis sin descompensar por supuesto la enfermedad de base.
- Utilizar sustitutos de los servicios (orinales, cuñas).
- Simplificar la vestimenta utilizada por el paciente (cremalleras más sencillas, velcros).

Técnicas de modificación de la conducta

El objetivo de estas técnicas es intentar restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical, promoviendo así la continencia urinaria. Están consideradas altamente eficaces y para su realización en el anciano es imprescindible una adecuada capacidad física y mental, así como una suficiente motivación para permitir su aprendizaje, en caso contrario, disponer de un número suficiente de cuidadores para que las realicen ellos.

Estas Técnicas comprenden:

- Reentrenamiento vesical
- Entrenamiento del hábito miccional
- Micciones programadas

La Rehabilitación del Suelo Pélvico comprende:

- Ejercicios del suelo pélvico
- Conos
- Biofeedback
- Estimulación eléctrica

Ejercicios del Suelo Pélvico

Desde que el Dr. Arnold Kegel propuso en 1948 los ejercicios pélvicos para el tratamiento de la IU, éstos continúan siendo el pilar fundamental en la rehabilitación del suelo pélvico.

No sólo mejoran la Incontinencia Urinaria, sino que también contribuyen al mejor comportamiento sexual de los pacientes. Mejoran el tono de la musculatura

estriada uretral y el control de la orina hasta en un 70% de los pacientes, dependiendo el éxito de la habilidad del propio paciente para efectuar los ejercicios.

Estimulación Eléctrica

Se utiliza fundamentalmente en la Incontinencia Urinaria de esfuerzo y en la de urgencia con resultados positivos y muy escasos efectos secundarios. Comunicándose porcentajes de mejoría entre un 50-70% y de recuperación en aproximadamente el 20-40%.

Terapia Farmacológica

- Agentes anticolinérgicos
- Antidepresivos tricíclicos
- Agentes alfa-adrenérgicos
- Estrogenoterapia
- Agentes alfa-bloqueadores

Terapia Farmacológica en la Incontinencia Urinaria de Urgencia

Oxibutidina	2,5-5 mg	3 o 4 v/d
Tolterodina	1-2 mg	2 v/d
Cloruro de trospio	10-20 mg	2 v/d
Imipramina	25-100 mg	al día
Doxepina	25-50 mg	al día
Diciclomina	10-25 mg	3 v/d
Propantelina	7,5-15 mg	3 o 4v/d
Flavoxato	100-200 mg	3 veces/d

Terapia Farmacológica en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Fenilpropanolamina	25-75 mg	2 v/d
Imipramina	25-100 mg	al día
Estrógenos		equivalente a 0,3-1,25 mg de estrógenos conjugados oralmente o 1,25 mg de estrógenos tópicos

Terapia Farmacológica en la Incontinencia Urinaria de Rebosamiento

Cloruro de betanecol	10-20 mg	3 o 4 v/d
Prazosina	1 mg	2 a 3 v/d

Terapia Quirúrgica

Existe una gran variedad de técnicas quirúrgicas, dependiendo del tipo de Incontinencia Urinaria.

En la actualidad se utilizan inyecciones locales de material pesado como el teflón o de preferencia tejido conjuntivo para aumentar así la resistencia de salida de la vejiga.

También se ha recurrido con éxito al uso de microimplantes de silicona como una alternativa en el tratamiento del daño esfinteriano intrínseco

Terapia de Soporte

Tanto los pañales como los paños protectores son eficaces para recoger y absorber la orina, cambiándose a intervalos indicados por la frecuencia de la Incontinencia Urinaria. Existen de varias tallas y calidad pudiéndose utilizar en ambos sexos. Son inestimables si se demuestra que la Incontinencia Urinaria es refractaria.

Estos elementos suponen un alivio para los pacientes incontinentes, pero pueden retardar una debida evaluación médica y además causar la aceptación de la incontinencia.

Componentes del manejo diagnóstico en la incontinencia urinaria.

A todos los pacientes:

- Anamnesis
- Examen físico
- Instrumentos y/o escalas
- Parcial de orina
- Urocultivo
- Hemoquímica (Creatinina, Glicemia)
- Determinación del residuo postmiccional por US
- US abdominal, transvaginal, transrectal, vesico-prostático

A pacientes seleccionados:

- Citología urinaria
- Estudios imagenológicos
- Uretrocistoscopia
- Urodinamia multicanal

Anamnesis en la incontinencia urinaria

- Características de la fuga de orina
- Patrón y tipo
- Síntomas asociados
- Características del chorro y la micción
- APP y APF
- Hábitos tóxicos
- Historia ginecológica y sexual.
- Alteraciones del hábito intestinal.
- Medicación utilizada
- Capacidad de deambulación
- Estatus mental.
- Esfera psicoafectiva.
- Factores sociales y ambientales
- Percepción de la incontinencia

Examen físico en la incontinencia urinaria

- Movilidad y destreza
- Trastornos de la marcha
- Examen del estado mental y motivación
- Edema en miembros inferiores y signos de ICC
- Signos de focalización neurológica
- Reflectividad y sensibilidad
- Vejiga crónicamente distendida
- Masas abdominales
- Sensibilidad perianal y tono del esfínter anal
- Prueba de esfuerzo
- Q-tip o Prueba del hisopo
- Impactación fecal y masas
- Tamaño, características y contornos de la próstata
- Sensibilidad perineal y condiciones de la piel perineal
- Vaginitis o uretritis atrófica, prolapso uterino

Instrumentos y/o escalas

- Diario miccional
- Cuestionario de calidad de vida
- Escalas de Katz y Lawton
- Minimental
- Escalas de depresión
- Tinetti para equilibrio y marcha
- Baremo

Exámenes complementarios

- Creatinina
- Glicemia
- Calcio
- Albúmina
- Electrolitos
- Análisis de orina
- Cultivo de orina

Estudios imaneológicos

Indicaciones en pacientes con Incontinencia Urinaria

- Determinación del volumen de orina residual.
- Valoración renal.
- Estimar tamaño, volumen, contorno de la próstata.
- Investigar cambios de posición de la base vesical.
- Evaluar espesor de la pared vesical.
- Detección de divertículos uretrales, cánceres vesicales.
- Complemento del estudio urodinámico.

Estudios endoscópicos

El estudio endoscópico del aparato urinario inferior es en la actualidad básico para el estudio de las alteraciones urológicas en los pacientes con Incontinencia Urinaria y por medio de este estudio es posible observar las lesiones morfológicas así como las funcionales (sensibilidad, movilidad del cuello vesical, capacidad vesical y vaciado).

Estudios urodinámicos

En la actualidad existe un acuerdo general en cuanto a la urodinamia como método diagnóstico confiable para los diferentes tipos de IU, incluso la International Continence Society (I.C.C) incluye en sus definiciones de casi todas las variedades de Incontinencia Urinaria términos o características que pueden obtenerse sólo a través de estudios urodinámicos multicanal.

Consejos para un mejor manejo de su incontinencia

La incontinencia urinaria, es decir la pérdida del control de la vejiga o el escape de orina en forma involuntaria, representa un problema de salud grave en la población anciana, originando discapacidad y dependencia. Muchos pacientes con fuga de orina se aíslan de sus familiares y amigos tratando incluso de esconder el problema a sus médicos, por vergüenza.

Contrariamente a lo aceptado por gran parte de la población y por los propios profesionales de la salud el envejecimiento no es causa de incontinencia urinaria, esto constituye una falsa creencia. Lo que ocurre es que con la edad se producen una serie de cambios en el organismo que conjuntamente con la aparición de enfermedades y el uso de medicamentos pueden contribuir a la fuga de orina, esto explica el hecho de que a medida que avanza la edad aumente la frecuencia de la incontinencia.

Es curable en gran parte de las personas mayores que la padecen y en aquellos en los cuales no es posible la curación puede ser manejada de forma favorable tanto para los propios pacientes como para familiares y cuidadores.

A continuación le ofrecemos una serie de recomendaciones y medidas prácticas que lo ayudarán al mejor manejo de sus fugas de orina:

- ❑ Ante cualquier episodio de pérdida involuntaria de orina consulte a su médico.
- ❑ Utilice ropas cómodas y fáciles de quitar, siendo recomendable el uso de cremalleras, velcros o sistemas elásticos en lugar de botones.
- ❑ Modere su consumo de café, alcohol y té.
- ❑ No ingiera líquidos dos horas antes de acostarse (sin disminuir a la vez la cantidad total de líquido diario).
- ❑ Acuda a orinar de manera voluntaria cada 1,5-2 horas (tenga o no deseos de hacerlo).
- ❑ Elimine todos los obstáculos que limiten su acceso al baño (distancias largas, escalones, falta de iluminación) y en caso de ser necesario utilice un retrete más elevado o barandillas al lado de este para permitir así un acceso más fácil.
- ❑ Si lo anterior no es posible, entonces recurra a sustitutos como: orinales, cuñas, botellas sanitarias y patos, colocándolos siempre junto a la cama.
- ❑ Al tener deseos urgentes de orinar no corra inmediatamente al cuarto de baño, por el contrario hágalo despacio y la sensación de urgencia tenderá a pasar, aunque no haya orinado.
- ❑ En ocasiones es recomendable modificar aquellos medicamentos que pueden interferir en su control de la orina.

- ❑ También pueden ser de ayuda la utilización de colectores externos, paños absorbentes, pañales protectores y excepcionalmente sondas vesicales.
- ❑ Los ejercicios de Kegel le permitirán ganar fuerza y tono en sus músculos del suelo de la pelvis y por tanto controlar su orina: a) puede realizarlos tanto sentado como de pie (pues la comodidad es muy importante), b) en cualquier momento ya sea viendo la televisión o esperando el autobús, c) imagine que quiere controlar su deposición y contraiga los músculos del ano, d) repita este ejercicio varias veces, e) siéntese en el retrete o bidé y comience a orinar, f) interrumpa el chorro contrayendo los músculos de la zona, g) repita el ejercicio hasta que esté seguro del movimiento y note que lo realiza correctamente, h) primero haga uno, después el otro y finalmente ambos a la vez, i) cuente hasta cuatro antes de relajar los músculos, j) haga estos ejercicios una vez por hora durante al menos tres meses, k) a medida que los practique le resultarán más fáciles.
- ❑ En la actualidad hay disponibles una serie de medicamentos para este problema como: imipramina, oxibutidina, flavoxato, tolterodina, estrógenos sistémicos y/o tópicos, prazosin, siempre por supuesto bajo indicación médica.
- ❑ En algunos pacientes puede ser necesaria una operación para eliminar un problema estructural (próstata aumentada de tamaño en el hombre o descenso del útero en la mujer).
- ❑ Tanto en la mujer como en el varón es posible utilizar una serie de sustancias (teflón, colágeno, grasa autóloga), las mismas muestran resultados positivos, pero en ocasiones es preciso la reinyección periódica de estas.
- ❑ En casos seleccionados que presenten incontinencia severa es posible la implantación de un esfínter urinario artificial.
- ❑ Confíe en que su problema tiene solución.

Mensaje clave

Aunque los ancianos y proveedores de salud con frecuencia la ignoran, descuidan e incluso consideran como un fenómeno fisiológico asociado al hecho de envejecer, la incontinencia es tratable y a menudo curable en muchos de los pacientes ancianos y en aquellos en los cuales no es posible la curación puede ser manejada de forma favorable tanto para los propios pacientes como para sus familiares y cuidadores

Anexos:

Instrumentos:

[**Historia Clínica Incontinencia Urinaria**](#)

[**Diario miccional**](#)

[**Cuestionario calidad de vida en la Incontinencia Urinaria**](#)