

## PARTE II:

# Incontinencia Urinaria

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

22



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

## OBJETIVOS

1. Describir los mecanismos de la continencia e incontinencia urinaria.
2. Describir las características y presentación clínica de la incontinencia por urgencia, esfuerzo y rebosamiento.
3. Describir el diagrama de flujo para la evaluación inicial de la incontinencia.
4. Identificar los factores ambientales y funcionales que la propician.
5. Aplicar las indicaciones para referencia al nivel inmediato superior.
6. Aplicar el tratamiento inicial para las tres causas más comunes.

## 1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria, es la *incapacidad para controlar la micción*. La incontinencia urinaria puede variar desde una fuga ocasional hasta una incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina.

La incontinencia urinaria no es un resultado inevitable de la edad, pero es común en las personas mayores. A menudo, se debe a cambios específicos en la función del cuerpo como consecuencia de enfermedades, la toma de medicamentos y/o el inicio de una enfermedad. Algunas veces es el primer y único síntoma de infección del tracto urinario. La prevalencia de la incontinencia urinaria es mayor en mujeres que en hombres en adultos con edades entre los 50 y 75 años. En edades avanzadas, la prevalencia no varía por sexo. Entre 15% y 30% de las personas adultas mayores viviendo en la comunidad padecen de incontinencia urinaria. La nicturia, en particular, es un factor de riesgo para caídas.

La importancia de su detección deriva de las repercusiones que puede producir:

- Médicas: infecciones urinarias, úlceras por presión, caídas, depresión.
- Psicológicas y sociales: pérdida de autoestima, ansiedad, aislamiento social.
- Económicas: costo de complicaciones, costo de cuidados de larga duración.

### 1.1.- CAMBIOS NORMALES QUE OCURREN CON EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO:

Los cambios que ocurren en las vías urinarias con el envejecimiento son los siguientes:

- Piso pélvico debilitado.
- Disminución del volumen vesical.
- Disminución en la inhibición de las contracciones vesicales esporádicas.
- Aumento en el volumen urinario residual.
- Disminución del volumen necesario para desencadenar contracciones vesicales.

### 1.2.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente con incontinencia urinaria no acude de manera habitual al médico por este problema, ni facilita la información de manera voluntaria. Esto se debe fundamentalmente a la vergüenza que pudiera producir en la persona y a que se considera como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Por lo que es de primordial importancia cuestionar acerca de este problema a todo paciente de edad, como parte de una rutina de evaluación.

## 2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

## 2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

A pesar de lo señalado con anterioridad, los cambios funcionales relacionados con la edad no son suficientes para causar por sí mismos incontinencia urinaria.

Las causas de incontinencia urinaria se pueden dividir en **agudas y persistentes**.

**Las causas agudas** se deben descartar antes de realizar cualquier intervención y son fácilmente recordables mediante la nemotecnia ESFÍNTER:

**E**ndocrinológicas (hiperglucemia, hipercalcemia, vaginitis atrófica).

**S**icológicas (depresión, delirio).

**F**ármacos (ver Cuadro 21.1).

**I**nfecciones.

**N**euroológicas (delirium, enfermedad vascular cerebral, parkinson, hidrocefalia normotensa).

**T**ratamientos (fármacos).

**E**strogénico (vaginitis atrófica, estreñimiento).

**R**estricción de la movilidad.

**CUADRO 21.1. FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR INCONTINENCIA<sup>1</sup>**

Fármaco	Efectos Potenciales
Diuréticos	Incontinencia urinaria, frecuencia, urgencia.
Anticolinérgicos	Retención urinaria, incontinencia por rebosamiento, impactación fecal.
Antidepresivos	Efecto anticolinérgicos, sedación.
Antipsicóticos	Igual al anterior; inmovilidad.
Hipnóticos-sedantes	Incontinencia urinaria, sedación, delirio, inmovilidad, relajación muscular.
Narcóticos	Retención urinaria, incontinencia urinaria, impactación fecal, sedación, delirio.
Bloqueadores alfa	Relajación uretral.

<sup>1</sup> Adaptado de Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997:136

Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina	Incontinencia por esfuerzo secundaria a tos.
Bloqueadores de calcio	Retención urinaria.
Cafeína	Incontinencia urinaria, irritación vesical.
Alcohol	Incontinencia urinaria, frecuencia, urgencia, sedación, delirio, inmovilidad.

Las **causas persistentes** pueden agruparse en cuatro grupos, cuyos síntomas y causas más frecuentes se resumen en el Cuadro 21.2.

**CUADRO 21.2. TIPOS, SÍNTOMAS Y CAUSAS DE LAS INCONTINENCIAS URINARIAS PERSISTENTES<sup>2</sup>**

Tipo	Síntomas	Causas comunes
<b>ESFUERZO</b>	Salida involuntaria de orina (casi siempre en pequeñas cantidades) con aumentos de la presión intraabdominal (ej: tos, risa o ejercicio).	<p>Debilidad y laxitud del piso pélvico que provoca hipermovilidad de la base vesical y de la uretra proximal.</p> <p>Debilidad de esfínter uretral o de su salida de la vejiga, casi siempre por cirugía o traumatismo.</p>
<b>URGENCIA</b>	Derrame de orina (casi siempre volúmenes grandes, aunque es variable) por la incapacidad para retrasar la micción después de percibir la sensación de plenitud vesical.	<p>Hiperactividad del detrusor, aislada o asociada a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones locales como uretritis, cistitis, tumores, litiasis, divertículos.</li> <li>• Asociado a alteraciones del SNC como EVC, demencia, parkinsonismo, lesión espinal.</li> </ul>

<sup>2</sup> Adaptado de Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriátría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997:138

<b>SOBREFLUJO</b>	Fuga de orina (casi siempre en pequeñas cantidades) secundaria a fuerzas mecánicas sobre una vejiga sobredistendida o por otros efectos de la retención urinaria sobre la vejiga y la función del esfínter.	Obstrucción anatómica: por la próstata o por un cistocele grande. Vejiga hipocontráctil (neurogénica) asociada a diabetes o lesión medular.
<b>FUNCIONAL</b>	Fuga de orina relacionada con incapacidad para usar el inodoro por daño de la función cognoscitiva o física, falta de disociación psicológica o barreras en el ambiente.	Demencia grave. Inmovilidad. Ataduras. Depresión.

## **2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA**

En pocas patologías es tan importante como en la incontinencia urinaria el preguntar directamente acerca de la presencia de la enfermedad. Pocos pacientes ofrecen esta información voluntariamente debido a factores sociales, vergüenza o el pensamiento de que se trata de una consecuencia natural del envejecimiento que no tiene remedio. Por lo que, se debe preguntar si el paciente ha tenido “accidentes” con la orina, o bien si alguna vez ha tenido fuga de orina antes de llegar al baño. Si esto es así, se debe hacer la historia médica de la incontinencia.

Las preguntas para realizar la documentación de la historia médica de la incontinencia pueden ser, entre otras:

### **Características**

- Describir el problema
- ¿Cuándo ocurre?
- ¿Por cuánto tiempo ha sido la incontinencia un problema?
- ¿Qué tan problemática se ha vuelto esta condición?
- ¿Cuántas veces al día ocurre?
- ¿Tiene conciencia de la necesidad de orinar antes de tener fugas?
- ¿Está inmediatamente consciente de que se está orinando?
- ¿Está mojado la mayor parte del día?

- ¿Usa pañales para protegerse de accidentes?, ¿Ocasionalmente?, ¿Todo el tiempo?
- ¿Evitan situaciones sociales para prevenir accidentes?

### **Factores agravantes**

- ¿Hay una infección del tracto urinario ahora?, ¿Hay antecedentes?
- ¿Es más difícil controlar la orina cuando tose, estornuda, se esfuerza o ríe?
- ¿Es más difícil controlar la orina cuando corre, salta o camina?
- ¿Es la incontinencia peor al estar sentado o parado?
- ¿Sufre de estreñimiento?

### **Factores de alivio**

- ¿Hay algo que se pueda hacer para reducir o evitar los accidentes?
- ¿Ha recibido tratamiento para esta condición con anterioridad?, ¿Fue de utilidad?
- ¿Ha intentado hacer ejercicios del suelo pélvico (Kegel)?, ¿Fueron útiles?

### **Factores asociados**

- ¿Qué cirugías ha tenido?
- ¿Qué lesiones ha sufrido?
- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Toma café?, ¿Cuánto?
- ¿Ingiere alcohol?, ¿Cuánto?, ¿Con qué frecuencia?
- ¿Fuma?, ¿Cuántos cigarrillos al día?

### **Otras**

- ¿Existen otros síntomas?

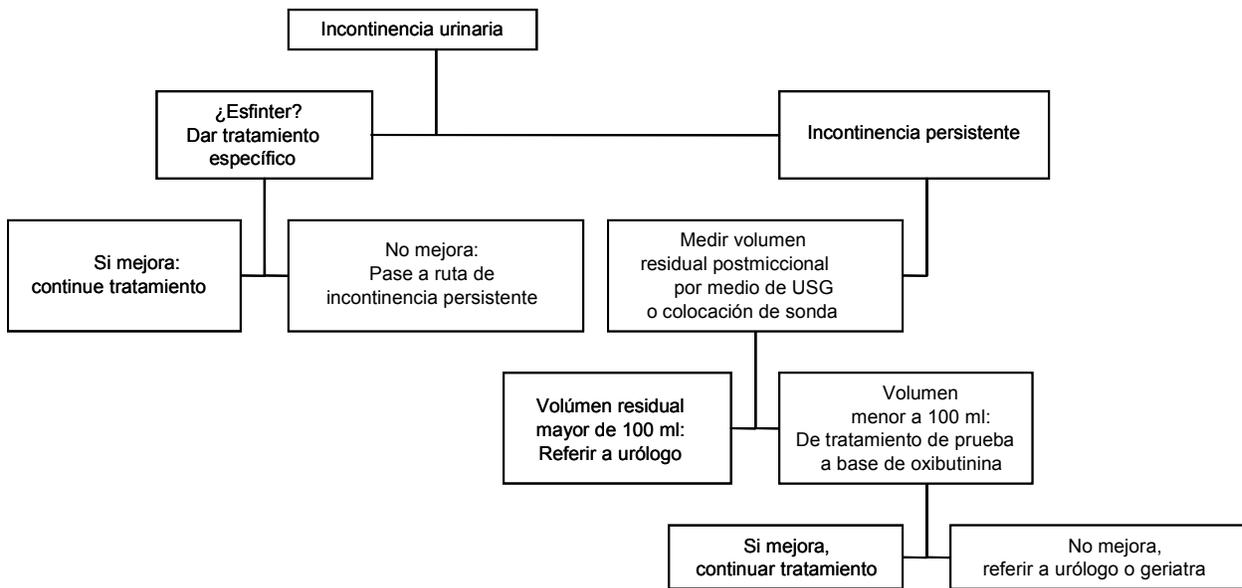
El examen físico consiste en una evaluación abdominal; genital en el hombre, genito-pélvica en la mujer; rectal y neurológica.

### 3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

#### 3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

El proceso diagnóstico puede identificar claramente el tipo y causa de la incontinencia, o no hacerlo. En caso de no tener un diagnóstico claro en cuanto al origen de la incontinencia urinaria se puede utilizar el siguiente algoritmo de tratamiento, Diagrama 21.1:

**DIAGRAMA 21.1. TRATAMIENTO EN LA INCONTINENCIA URINARIA**



Las principales acciones de tratamiento indicados en las incontinencias urinarias agudas se resumen en el cuadro 21.3.

**CUADRO 21.3. TIPOS Y TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA AGUDA**

Tipo	Tratamiento
Delirio	Dar tratamiento específico para delirio; no utilice sondas vesicales pues pueden causar o exacerbar el delirio (ver módulo 6).
Vaginitis atrófica	Tratamiento local basado en estrógenos con dos aplicaciones diarias por dos meses.
Infección	Dar tratamiento antibiótico. Si al término del tratamiento la incontinencia no se resuelve, buscar otras causas y no repetir tratamiento a menos que se documente un germen resistente.

Fármacos	De ser posible, retirar todos los fármacos que pudieran causar incontinencia. En caso de antihipertensivo, cambie por otra clase. En caso de antidepresivos tricíclicos, cambiar por inhibidores de recaptación de serotonina.
Psicológicas	Ingesta excesiva de líquidos:, limitar a 1.5 litros al día y no tomar líquidos después de las 8 p.m. En caso de otras causas, referir al especialista.
Endocrinológicas	En caso de diabetes, dar tratamiento específico. En los otros casos refiera a especialista.
Restricción de la movilidad	Fisioterapia y modificaciones en el hogar tendientes a facilitar el desplazamiento del paciente o utilizar “orinales” o “cómodos”.
Impactación fecal	Dar tratamiento como se refiere en el capítulo de constipación e incontinencia fecal.

Las acciones de intervención para las incontinencias urinarias persistentes tienen un amplio espectro, y aunque para la mayoría de ellas se necesita la participación de especialistas en la materia, el cuidador primario de salud debe conocerlas. Estas están resumidas en el cuadro 21.4.

**CUADRO 21.4. TRATAMIENTO DE LAS INCONTINENCIAS URINARIAS PERSISTENTES**

<b>Tipo</b>	<b>Tratamiento primario</b>
Stress	Ejercicios para piso pélvico (Kegel). Adiestramiento del comportamiento. Cirugía.
Urgencia	Procedimientos de adiestramiento. Fijar horario para miccionar. Modificaciones que faciliten la llegada al baño. Relajantes vesicales: - Oxibutinina; inicie con 2.5 mg 1 hora antes de la actividad en la que la Incontinencia urinaria es más disruptiva (ej: al dormir, antes de salir a la calle) y aumente en caso necesario hasta 5 mg bid. - Tolterodina: provoca menos xerostomía que la anterior: se utiliza de la misma manera que el anterior, con dosis de 1-2 mg bid. - Terazocina
Rebosamiento	Quirúrgico. Uso de pañales o sonda de condón (externa).

En todo paciente en el cual se inicia tratamiento se debe vigilar la aparición de los siguientes efectos secundarios:

Oxibutinina:

- Retención aguda de orina.
- Constipación.
- Deterioro del estado cognoscitivo.
- Xerostomía.

Tolterodina: igual al anterior

Terazocina:

- Hipotensión.

#### **PLAN DE TRABAJO Y SEGUIMIENTO:**

El paciente debe ser visto dos semanas después del inicio cualquier intervención y se le deben dar indicaciones claras de acudir inmediatamente en caso de presentar datos de retención urinaria aguda.

Si el tratamiento es eficiente, los intervalos entre las consultas dependerán de las patologías que el paciente pudiera presentar. Si la incontinencia urinaria fuera la única patología, *el seguimiento debe ser cada 4 a 6 meses si hay respuesta adecuada al tratamiento.*

El paciente debe ser cuestionado sobre este aspecto en visitas subsecuentes por la enfermedad o enfermedades de base.

### **3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS**

Algunas de las medidas preventivas a menudo incluyen la realización de ejercicios de Kegel, re-entrenamiento de la vejiga, bioretroalimentación y estimulación eléctrica, además de eliminación de irritantes uretrales y de la vejiga, tales como:

- Demasiado alcohol o café
- Cigarrillos (si hacen toser)
- Diuréticos
- Beta-bloqueadores
- Diversos medicamentos antiespasmódicos
- Antidepresivos

- Antihistamínicos
- Medicamentos para la tos/gripe
- Ventolin (albuterol) u otros agonistas beta

La mayoría de las personas incontinentes son capaces de manejar episodios menores de incontinencia gracias al uso de diversos productos para la incontinencia urinaria (prendas interiores absorbentes o con protección).

### **3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD**

El paciente debe ser referido a urología o geriatría cuando las medidas implementadas para tratar la incontinencia urinaria aguda fracasan, o bien, si el paciente presenta incontinencia urinaria persistente que no mejora con las medidas iniciales.

**La retención aguda de orina es una emergencia real que se puede manifestar como incontinencia urinaria, delirium o deterioro funcional, aún sin la presencia de dolor, por lo que debe ser tratada con sonda vesical y ser referido de inmediato.**

### **4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR**

- El diagnóstico depende casi en su totalidad de que el médico pregunte acerca de su existencia.
- Siempre es patológica y no un cambio normal de la edad.
- Las causas agudas y reversibles son las más frecuentes.
- Siempre descartar una *causa obstrucciona en el hombre* antes de iniciar tratamiento.
- La retención aguda de orina es una urgencia urológica.

## 5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Journal of Med Sci. 1997; 314(4), 214-272. Este número de la revista está dedicado completamente a la evaluación y el manejo de la incontinencia urinaria.

Beers, Mark H. y Robert Berkow (eds.) The Merck Manual of Geriatrics. Versión internet. [www.merck.com/pubs/mm\\_geriatrics/](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/)

El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: [www.miahonline.org/tools/UI/](http://www.miahonline.org/tools/UI/)  
"Tool kit" sobre incontinencia urinaria dirigido a médicos de atención primaria.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: [www.healthandage.com](http://www.healthandage.com) , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre incontinencia urinaria.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 133-167

Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Assessment and treatment of urinary incontinence. Lancet. 2000; 355(9221):2153-2158. ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com))

U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Managing acute and chronic urinary incontinence. Clinical practice guideline No. 2, 1996 update. AHCPR Pub. No. 96-0686, March 1996.