

Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor

- Continencia urinaria → Función básica, que en el anciano sano se debe mantener ↔ Independientemente de su edad.
- Pérdida de esta función → Síntoma de una disfunción (Tracto urinario inferior o de algún otro sistema).
- **No es un fenómeno normal del envejecimiento.**

Requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria en el anciano

- ✓ Almacenamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- ✓ Vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- ✓ Motivación suficiente para ser continente.
- ✓ Capacidad cognitiva suficiente para percibir el deseo miccional e interpretarlo como tal.
- ✓ Movilidad y destreza suficientes para alcanzar el retrete.
- ✓ No existencia de barreras ambientales que limiten el acceso al retrete.

Definición:

- Problema higiénico-social
- Síndromes geriátricos
- Causa de incapacidad y deterioro de la calidad de vida

• Clásicamente:

Pérdida involuntaria de orina que condicionaba un problema higiénico y/o social, y que se podía demostrar objetivamente.

• Sociedad Internacional de Continencia (ICS) (2002):

Cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente.



- ✓ Problema Higiénico-Social.
- ✓ Síndrome Geriátricos.
- ✓ Causa de Incapacidad y deterioro de la Calidad de Vida.

Repercusiones:

- **Médicas:**

- ➔ Infecciones urinarias, úlceras cutáneas, dermatitis, infecciones de las úlceras, caídas, fracturas de cadera.

- **Psicológicas:**

- ➔ Pérdida de autoestima, **dependencia**, ansiedad, **depresión**.

- **Sociales:**

- ➔ Aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar “**estres**”, mayor necesidad de recursos sanitarios, mayor riesgo de **institucionalización**.

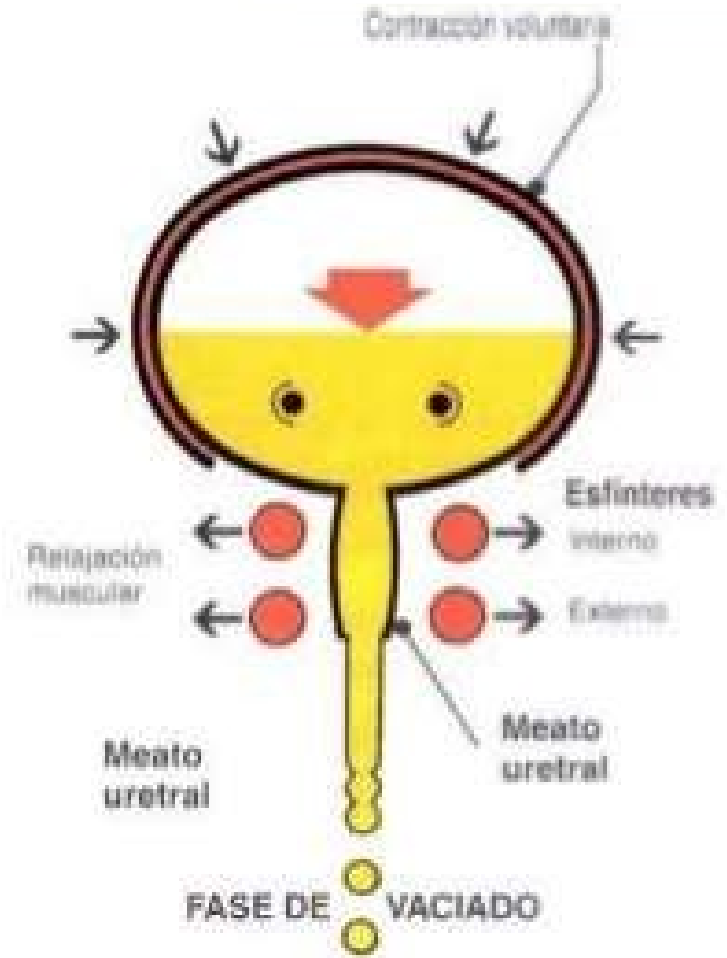
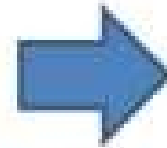
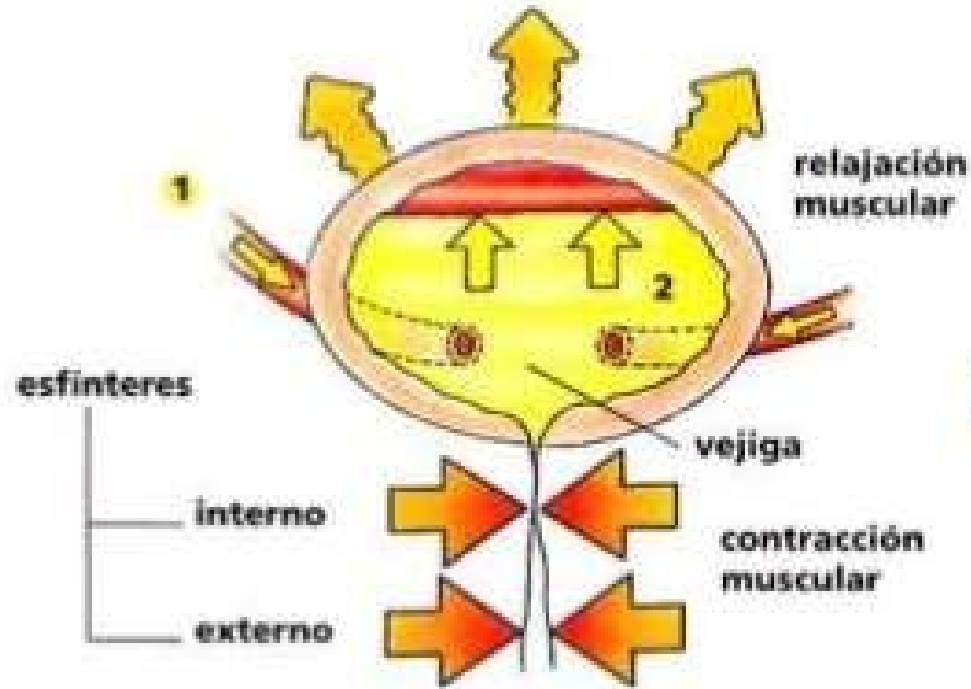
- **Económicas:**

- ➔ Elevado coste de las medidas diagnósticas y terapéuticas, así como de las complicaciones.

Papel del envejecimiento sobre la continencia urinaria:

Cambios ligados al envejecimiento	
Vejiga	<p><u>Alteraciones anatómicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• < del n.º de nervios autonómicos.• > de la trabeculación.• Desarrollo de divertículos. <p><u>Alteraciones funcionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• < capacidad.• < acomodación.• < capacidad de diferir la micción.• > el n.º de contracciones involuntarias.• > residuo postmiccional.
Uretra	<p><u>Alteraciones anatómicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• < en el número de células y sustitución por tejido fibroso. <p><u>Alteraciones funcionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• < acomodación.• < presión de cierre.
Próstata	Crecimiento, hiperplasia.
Vagina Piso Pélvico	< células y atrofia epitelial. > depósito de colágeno, fibrosis, debilidad muscular

▶ FASE DE LLENADO



Fármacos relacionados con incontinencia urinaria y mecanismo implicado

Fármacos	Mecanismo implicado
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional.
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirio.
Antipsicóticos	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad, delirio.
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica.
Calcioantagonistas	Retención urinaria.
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, delirio.

Factores de Riesgo:

Población general	Ancianos
Establecidos: <ul style="list-style-type: none">- Edad.- Deterioro de la movilidad.- Otros síntomas urinarios.- Sexo femenino.	Edad (en hombres). Incontinencia fecal. Deterioro cognitivo. Deterioro de la movilidad. Comorbilidad. Fármacos. Caídas. Restricciones físicas. Ictus.
Sugeridos: <ul style="list-style-type: none">- Diabetes.- Actividades de impacto físico.- Enfermedades neurológicas.- Depresión.- Deterioro cognitivo.	
Mujeres	Hombres
Raza blanca. Multiparidad. Tratamiento hormonal oral. Aumento índice de masa corporal. Cirugía genitourinaria.	Prostatectomía radical.

Causas Básicas:

- Urológicas.
- Neurológicas.
- Iatrogénicas/Ambientales
- Funcionales/Psicológicas.

Clasificación clínica de la incontinencia:

1. Incontinencia transitoria o aguda:

- Corta evolución (<4 semanas)
- Incontinencia urinaria funcional, sin que necesariamente tenga que existir una alteración estructural.
- Principales causas transitorias: DRIP o DIAPPERS.

2. Incontinencia establecida o crónica:

- >4 semanas
- Incontinencia urinaria, en los que ya habría alteraciones estructurales, bien localizadas a nivel del tracto urinario o fuera de él.
- Requiere la contribución de la urodinámica para descubrir el mecanismo productor de la incontinencia.

Causas transitorias de incontinencia urinaria (acrónimos DRIP o DIAPPERS)

D	Delirium	D	Delirium
	Drogas y fármacos	I	Infección
R	Retención urinaria	A	Atrófica (vaginitis)
	Restricción ambiental	P	Polifarmacia
I	Infección	P	Psicológicas
	Inflamación	E	Endocrinopatías
	Impactación	R	Restricción movilidad
	Inmovilidad	S	Stool (fecal)
P	Poliuria		
	Polifarmacia		

Mecanismos:

a) Urgencia o Hiperactividad vesical:

- Tipo más común.
- Se produce cuando la vejiga escapa del control inhibitorio que ejerce el sistema nervioso central, y aparecen contracciones involuntarias del detrusor, que no son inhibidas y provocan las pérdidas de orina.
- **Causas:** patología neurológica (Parkinson, ACV, demencia, hidrocefalia, tumores); patología vesical (litiasis, neoplasia, infección) y la obstrucción al tracto urinario inferior (hiperplasia prostática, estenosis uretral).
- **Clinicamente:** Polaquiuria, Urgencia Miccional, Escapes de moderado-grandes volúmenes de orina.



b) Estrés:

- Más común en las mujeres ancianas e infrecuente en los varones, excepto cuando el esfínter uretral externo ha sido dañado durante la cirugía prostática.
- **Causas:**
 - **Debilidad del suelo pélvico:** Partos múltiples, hipoestrogenismo, obesidad.
 - **Cirugía pélvica previa:** Ginecológica, resección prostática.
- **Clínicamente:**
 - Escapes, de pequeño volumen de orina, cuando la presión intravesical supera la presión uretral (tos, esfuerzos, risa, maniobras de Valsalva, etc.).



c) Rebosamiento:

- En situaciones de sobredistensión vesical:
 - **Obstrucción del tracto urinario de salida:** Hipertrofia prostática, compresión extrínseca, estenosis uretral.
 - **Alteración contráctil vesical:** Lesiones medulares, neuropatía periférica y/o autonómica.
- **Clínicamente:**
 - Dificultad para iniciar la micción.
 - Sensación de micción incompleta.
 - Episodios de retención urinaria.
 - Ausencia de deseo miccional (Ocasionalmente).
 - Escapes de orina son de escaso volumen, y en ocasiones se produce la micción gracias a la prensa abdominal, permaneciendo un residuo vesical postmiccional elevado.

d. Funcional:

- **Situaciones Responsables:**

- Demencia o la incapacidad física severas.
 - Barreras arquitectónicas o la falta de cuidadores.
- Diagnóstico debería utilizarse por exclusión de los otros mecanismos etiopatogénicos.

Graduación de severidad de Sandvik (78).

¿Con qué frecuencia experimenta pérdidas de orina?

0 = Nunca

1 = Menos de una vez al mes

2 = Una o varias veces al mes

3 = Una o varias veces a la semana

4 = Todos los días / noches

X

Cuánta orina pierde cada vez?

1 = Unas gotas o muy poco

2 = Más

=

0 = No hay pérdidas

1 - 2 = Leve

3 - 4 = Moderada

6 - 8 = Severa

Multiplique la frecuencia de las pérdidas por su volumen para calcular el grado de severidad de incontinencia.



Valoración diagnóstica:

- Etiología multifactorial → Valoración multidimensional → Realización de técnicas complejas para conocer el mecanismo productor de la misma.
- Individualizar Modelo de valoración diagnóstica del anciano, en base a:
 - a. Características de cada paciente (clínicas, funcionales, expectativa de vida, etc.).
 - b. Repercusión que la incontinencia provoca en cada caso.
- Niveles de valoración diagnóstica:
 - a. Básico: recomendable en todos los ancianos, y que recae sobre el médico de Atención Primaria.
 - b. Ampliado o especializado: en pacientes seleccionados.

1. Componentes de la valoración básica:

- **Historia médica general:**

- **Antecedentes personales:** historia ginecológica; cirugía pélvica previa; patología neurológica; patología osteoarticular; alteración visual.
- **Consumo de fármacos:** diuréticos, benzodiazepinas, hipnóticos, narcóticos, calcioantagonistas, anticolinérgicos.

✓ **Historia médica dirigida:** tiempo de evolución y momento de aparición de la incontinencia; frecuencia de los escapes; intensidad de la incontinencia; presentación de los escapes; factores precipitantes; frecuencia miccional diurna y nocturna, etc.

✓ Para conocer todas estas características es muy útil la hoja de registro miccional (o diario miccional), en donde el propio paciente o un cuidador recoge lo que ha ocurrido en las 24 horas previas con respecto a las micciones voluntarias, los escapes involuntarios así como su motivo, etc.

Figura 1. Hoja de registro miccional o diario miccional

Paciente:

Fecha:

Intervalo Tiempo	Micción Voluntaria	Volumen	Escape Involuntario	Motivo
6 - 8				
8 - 10				
10 - 12				
12 - 14				
14 - 16				
16 - 18				
18 - 20				
20 - 22				
22 - 24				
NOCHE				

Número total de absorbentes utilizados:

Ingesta de líquidos:

Otras anotaciones:

- **Valoración funcional básica:**

- ✓ Interesa conocer cómo se encuentra:

- ✓ Movilidad: Ver cómo deambula y/o la habilidad que tiene para levantarse de una silla, recorrer una distancia de tres metros y volver a sentarse (Tinetti).

- ✓ Valorar la función mental → Deterioro cognitivo (Mini Mental State; Pfeiffer).

- **Exploración física:**

- ✓ Descubrir alteraciones anatómicas:

- ✓ **Examen abdominal:** Masas abdominales, globo vesical.

- ✓ **Examen rectal:** Tono del esfínter anal, ocupación de la ampolla rectal por heces o masas, volumen y características de la próstata.

- ✓ **Examen vaginal:** Vaginitis atrófica, cistocele.

- ✓ **Examen neurológico:** Marcha, focalidad neurológica, sensibilidad perineal.

- ✓ Destacar la medición del residuo vesical postmiccional (> 100cc) → Incontinencia por rebosamiento.

- **Estudio analítico básico:**

- ✓ Bioquímica hemática: Glucosa, iones, calcio, función renal.

- ✓ Sedimento de orina.

Tabla 4. Aspectos más relevantes en la valoración del anciano con incontinencia.

- Comorbilidad.
- Historia farmacológica.
- Duración de la incontinencia.
- Tipo de incontinencia.
- Impacto de la incontinencia.
- Movilidad.
- Función mental.
- Medición del residuo posmiccional.
- Estudio analítico.

2. Valoración ampliada o por el especialista:

- Participación de otro especialista (urólogo) → Estudio urodinámico.

Tabla 7. Criterios de derivación al especialista para estudio ampliado

- Evidencia o sospecha de patología subyacente:
 - Dificultad para cateterizar.
 - Residuo postmiccional elevado.
 - Infecciones urinarias de repetición.
 - Hematuria sin causa aparente.
 - Marcados cambios anatómicos (prolapso, hiperplasia prostática).
- Persistencia de incontinencia tras el tratamiento de una causa transitoria.
- Etiología desconocida, y que el paciente pueda mejorar con su intervención.

Tabla 8. Valoración del anciano incontinente

- Comorbilidad del paciente.
- Historia farmacológica.
- Duración de la incontinencia.
- Tipo de incontinencia.
- Impacto de la incontinencia.
- Movilidad.
- Función mental.
- Datos de patología orgánica (neurológica, urológica).
- Medición del residuo postmiccional.

Tratamiento de la incontinencia urinaria:

- Opciones terapéuticas:
 - Recuperación la continencia urinaria (30-40%)
 - Disminución de Severidad de la incontinencia (40-50%)

1. Medidas generales (en todos los pacientes):

- **Medidas higiénico-dietéticas:**

- Tipo de ropa a utilizar con sistemas de apertura y cierre sencillos (elásticos, velcros).
- Reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té).
- Hidratación óptima (en las mañanas)
- Modificar el patrón de ingesta líquida por las tardes-noches (2 horas antes de acostarse).
- Reducción o cambio de los fármacos potencialmente implicados en la aparición de incontinencia urinaria.
- Modificación del hábitat del anciano: Disminuyendo las barreras arquitectónicas, tratando de conseguir que el retrete sea lo más accesible posible o que el anciano pueda disponer de un orinal o cuña sanitaria para utilizarlo cuando precise.
- Modificación de la composición corporal: Tratamiento nutricional y de ejercicio aeróbico (caminata, baile, bicicleta).
- Promover la autoimagen y el autoestima.
- Fomentar la relaciones sociales (salidas o paseos).
-

2. Técnicas de modificación de conducta:

Grupos de técnicas:

a) Efectuadas por el propio paciente:

- a) Ejercicios del suelo pélvico.
- b) Reentrenamiento vesical.
- c) Biofeedback.

b) Efectuadas por el cuidador:

- a) Entrenamiento miccional.
- b) Micciones programadas.

- **Ejercicios del suelo pélvico (Kegel):**

- Realización de contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico (25-30 cada sesión), debiendo efectuar unas tres o cuatro sesiones diarias.
- Practican mientras orinan en el baño, iniciando y deteniendo el chorro urinario.
- **Objetivo:** Incrementar la resistencia del suelo pélvico, siendo muy útiles en la incontinencia de esfuerzo.
- **Programa de ejercicios:**
 - **1°.** Contraer genitales 5 veces seguidas, descansar 10 segundos. Repetir 10 veces.
 - **2°.** Contraer genitales y ano por 10 segundos con fuerza máxima, soltar, descansar 10 segundos y repetir 10 veces.
 - **3°.** Contraer 15 segundos con intensidad media descansar 30 segundos y repetir 10 veces.
- Además:
 - **Pesetas:** Dispositivos de silicona que se insertan dentro de la vagina para proporcionar soporte a los órganos pélvicos.



Condiciones para ser derivado a especialista en rehabilitación de piso pélvico:

- ✓ Presencia de síntomas neurológicos, debilidad muscular o ambos.
- ✓ Incontinencia de esfuerzo severa.
- ✓ ITU recurrente.
- ✓ Microhematuria o macrohematuria.
- ✓ Urgeincontinencia de reciente inicio.
- ✓ Prolapso de grado II o más.
- ✓ Antecedente de cirugía pélvica radical, radiación pélvica o incontinencia postcirugía.
- ✓ Incapacidad de identificar la musculatura pélvica al examen en paciente motivada con un tratamiento conservador.
- ✓ Falta de respuesta clínica frente a tratamiento conductual y de educación.
- ✓ Residuo miccional > 200 ml.

- **Reentrenamiento vesical:**

- Esta técnica suele utilizarse en la incontinencia de urgencia, y en las incontinencias agudas (tras sondaje vesical, fármacos, etc.).
- Objetivo: Restablecer el hábito miccional mediante un esquema variable de vaciamiento vesical. → Hoja de registro miccional (voluntarias).
 - De forma progresiva se va prolongando la periodicidad de las micciones voluntarias, hasta conseguir una frecuencia miccional diurna de cada dos-tres horas.
 - Por las noches puede ser suficiente con que orinen 1 ó 2 veces.

- **Entrenamiento del hábito miccional:**

- Instauración de un esquema variable de vaciamiento vesical
- Incrementándose progresivamente la periodicidad hasta conseguir una frecuencia miccional de cada 3 horas.

- **Micciones programadas:**

- Esquema de vaciamiento vesical es fijo, intentando condicionar las micciones voluntarias a través de la estimulación periódica y las técnicas de refuerzo positivo.
- Habitualmente se establece una frecuencia miccional de cada dos horas.

3. Tratamiento de las causas transitorias:

- Tratamiento específico:
 - Antibióticos.
 - Estrógenos.
 - Corrección de las alteraciones metabólicas.
 - Rehabilitación física, etc.

4. Tratamiento farmacológico empírico:

- Fármacos con acción anticolinérgica
 - Incontinencia (urgencia o mixta), con una exploración física normal, con un residuo vesical no patológico y un sedimento de orina normal.

5. Tratamiento de la hiperactividad vesical:

- **Fármacos:**

- **Tolterodina:** Antimuscarínico selectivo de los receptores vesicales.
- **Oxibutinina:** Acción mixta: anticolinérgica y relajante muscular; dosis recomendada 2,5 mg/8 horas.
- **Soliferacina:** Antimuscarínico M3 selectivo.

- **Otras opciones:**

- Estimulación eléctrica (*biofeedback*).
- Neuromodulación.
- Cirugía.



6. Tratamiento de la incontinencia de estrés:

- **Cirugía:**

- “Técnica de elección”
- Fijación de la musculatura pélvica con las diferentes técnicas quirúrgicas.

- **Fármacos:**

- Duloxetina: Inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y noradrenalina a nivel de S2-S4.

- **Conos vaginales:**

- Sistema de conos vaginales.
- Reforzar de forma progresiva la musculatura pélvica.

7. Tratamiento de la incontinencia por rebosamiento:

- **Obstrucción al tracto urinario de salida:**
 - Corrección quirúrgica de la obstrucción: Hiperplasia prostática, estenosis uretral, prolapso uterino).
- **Alteración contráctil:**
 - Técnica de elección: Cateterismo vesical intermitente.
 - Cateterismo permanente cuando la situación funcional del paciente, o bien la falta de apoyo familiar o social, impidan la realización de esta técnica.

8. Tratamiento de la incontinencia funcional:

- Intentar mejorar las condiciones físicas y/o mentales del anciano.
- Tratar de reforzar a los cuidadores para establecer un programa de micciones programadas (cada dos horas).
- De forma complementaria, se puede utilizar alguna de las medidas paliativas.

9. Medidas paliativas:

- En pacientes con deterioro funcional o con una incontinencia severa.
- Medidas pueden ofrecer:
 - Alivio o bienestar al anciano, sin perseguir la recuperación de la continencia.
- Medidas más comunes son:
 - Absorbentes.
 - Colectores (en varones sin obstrucción al tracto de salida).
 - Sistemas oclusivos uretrales (en varones con incontinencia de estrés).
 - Tapones uretrales para las mujeres.