

Incontinencia Urinaria en el adulto mayor.

Conceptos generales

La incontinencia urinaria se define como la “condición en el cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/médico”. Este es un síntoma-problema heterogéneo que es frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales ya que se ha demostrado que siempre contribuye a:

- promover al aislamiento social
- producir trastornos psíquicos
- producir abrasiones cutáneas
- producir infecciones urinarias
- es una razón frecuente de ingreso a instituciones

Existe en los miembros del equipo de la salud y en la población general, una escasa y mala concepción sobre que es la incontinencia urinaria. Frecuentemente, se atribuye a una consecuencia normal del proceso de envejecimiento y lo que es aún peor a un trastorno sin solución o irreversible. La Geriátrica ha demostrado que dichas suposiciones son falsas y promueve que el médico de atención primaria y los otros especialistas deben tener conocimientos suficientes para detectar y evaluar casos de incontinencia urinaria en el adulto mayor. Todo médico debe saber cuáles son las posibilidades terapéuticas en cada caso y saber cuando derivar a tiempo a los pacientes. En el adulto mayor siempre debemos buscar una solución que mejore su calidad de vida y poder aliviar a los cuidadores.

Prevalencia.

Los estudios epidemiológicos indican que es un trastorno de alta prevalencia: en promedio varían las series entre un 10 a 34% en las personas mayores de 65 años de edad que viven en la comunidad y puede llegar a ser un 50 a 60% en las instituciones geriátricas y hospitales generales. Sabemos que estos porcentajes son aún mayores entre las mujeres, aumenta el porcentaje a mayor edad (>75 años) y se relaciona estrechamente con aquellos que presentan alteraciones y/o fallas de las funciones cognitivas y funcionales-físicas.

Con toda seguridad, estas cifras son subestimadas ya que sólo una pequeña proporción de los pacientes que la padecen solicitan ayuda médica por considerarla como parte del envejecimiento normal, además hay miedo y sobretodo vergüenza de los propios pacientes de contárselo a sus familiares. Algunos estudios demuestran que el 30% de aquellos que refieren el síntoma al médico general no reciben ningún tipo de evaluación.

Las preguntas recomendadas para su pesquisa son: “Pierde Ud. orina cuando no lo desea?” “Usa Ud. algún protector, toalla o paño higiénico en caso de pérdida de orina?” “Tiene Ud. problemas con su vejiga, se moja sin querer?”

Fisiopatología de la incontinencia urinaria.

Antes de discutir el proceso diagnóstico o el tratamiento, es necesario conocer el proceso normal de la continencia urinaria y algunos de los cambios que sufre el aparato urinario inferior con el paso de los años.

Para mantener la continencia urinaria es básico que estén indemnes las estructuras anatómicas que participan en la micción, como ser la vejiga, uretra, músculos del piso pelviano, pero también la médula espinal y los nervios periféricos que inervan el aparato urinario. Lo anterior debe ser acompañado a un estado cognitivo que permita reconocer la necesidad de la micción y una adecuada movilidad. Eventualmente, una alteración en cualquiera de estos niveles podría inducir incontinencia urinaria, pero muchas veces en el adulto mayor existe una sumatoria de factores que participan. Además, debemos tener presente los factores ambientales (tipo de habitación, calidad de los baños, etc.) y los iatrogénicos (fármacos, amarras, etc.) que son frecuentes de observar en los pacientes de edad.

No se sabe exactamente como el proceso de envejecimiento afecta a la morfología y funcionamiento del sistema urinario. Con los años se produce una disminución: células del sistema nervioso central, de la musculatura estriada, de los nervios autonómicos, actividad estrogénica y otros. Uno de los fenómenos más importantes a destacar son el cambio en el patrón urinario ya que los adultos mayores tienden a excretar en la noche la mayor parte del líquido ingerido durante el día (nicturia). Mediante los estudios urodinámicos se ha determinado otros cambios, como ser una disminución de la capacidad vesical, disminución del compliance vesical y uretral, disminución de la presión de cierre uretral máxima, aumento del residuo postmiccional y un aumento de las contracciones no inhibidas del detrusor.

Sabemos que en la vejiga los receptores parasimpáticos colinérgicos están fundamentalmente en el cuerpo vesical (producen contracción); los receptores simpáticos A adrenérgicos están principalmente en la base de la vejiga, cuello vesical y uretra (producen contracción); los receptores B adrenérgicos en mayor proporción en el cuerpo vesical (producen relajación) aunque existen en el cuello y uretra.

Clasificación clínica de las incontinencias.

Los síntomas, pueden ser producidos cuando se afecta la vejiga y la uretra por: procesos inflamatorios, problemas de almacenamiento, disfunción del vaciamiento, vejiga neurogénica y nicturia.

Para un manejo clínico - práctico la incontinencia urinaria se subdividen en:

Incontinencia urinaria aguda: lo primero, siempre, en toda evaluación de un paciente incontinente es siempre identificar si el baño está muy lejos y/o tiene alguna falla funcional que no le permite llegar a tiempo; además debemos buscar y tratar las llamadas *causas transitorias*. Estas se agrupan **DRIP** (goteo en inglés)

Delirio-confusión: siempre requiere su identificación y tratamiento médico de la causa subyacente

Restricción de la movilidad-inmovilidad: ya sea secundaria a patologías médicas o impuesto por el personal del equipo de salud; también se inducen al disminuir la conciencia del paciente en cuanto a la necesidad de orinar o simplemente no hay una accesibilidad y/o un lugar físico adecuado para efectuar la micción., Siempre se debe intentar primero manejar estas situaciones con cambios de las condiciones ambientales, tales como: horarios fijos para ir al baño, uso de sustitutos del baño, baños portátiles cerca, educación al paciente y cuidadores. Si ello no resultara, se puede utilizar una sonda o recolector por tiempo corto.

Incontinencia urinaria por rebosamiento: sospecharla en todo caso de incontinencia urinaria de comienzo brusco en presencia de globo vesical. Puede ser causado por causas prostáticas, neurológicas, fármacos (anticolinérgicos, alfa-adrenérgicos, narcóticos, etc.) y también por la impactación de un fecaloma.

Inflamación-infección: cualquier proceso inflamatorio (infeccioso o no) puede inducir incontinencia: vaginitis, uretritis, infección urinaria. El rol de la bacteriuria asintomática en la incontinencia es incierto, algunos autores sugieren tratarla si es de reciente comienzo y observar el resultado; otros no tratar aquellos casos de incontinencia de larga data.

Poliuria: relativamente poco común de observar en los ancianos. Buscar y manejar los trastornos como diabetes mellitus mal controlada, hipercalcemia, ingesta de bebidas que contienen cafeína y reabsorción de edemas entre otros.

Polifarmacia: frecuentemente los adultos mayores utilizan varios medicamentos en forma simultánea, muchos de los cuales de ellos pueden inducir incontinencia: diuréticos, anticolinérgicos, alfa adrenérgicos y narcóticos (pueden producir retención urinaria); bloqueadores alfa adrenérgicos (disminuyen el tono uretral) y psicotrópicos (disminuyen la conciencia de la necesidad de micción). Siempre que sea posible, se debería suspender el medicamento en cuestión, o modificar su posología o cambiar en el horario de toma. No olvidar el rol que puede tener la ingesta exagerada de alcohol.

Incontinencia urinaria persistente:

Existen algunos tipos básicos de *incontinencia urinaria persistente* en el anciano. No necesariamente son excluyentes y pueden coexistir varios de ellos en un mismo paciente.

Incontinencia de esfuerzo (stress):

Es el tipo más frecuente en mujeres postmenopáusicas recientes y muy poco común en los mayores de 75 años. Se produce pérdida urinaria de pequeños volúmenes frente a

esfuerzos físicos que suponen un aumento de la presión intraabdominal (toser, reír, estornudar) por esfuerzo. En estos casos, la presión intravesical supera la presión de cierre uretral, no hay falla intrínseca del esfínter ni participación de contracciones del detrusor. Frecuentemente es secundario a una falla a nivel de los mecanismos de soporte pélvico, relajación de las estructuras perianales, traduciéndose en un descenso de la vejiga y la uretra.

Es característico el hipoestrogenismo y a veces observar cistocele. El manejo general es evitar tener la vejiga llena, disminuir la obesidad y tratar la tos; además los ejercicios de Kegel o la colocación de un pesario pueden ser útiles.

Debe diferenciarse de la producida por *incompetencia esfinteriana intrínseca* (llamada grado III) que es producida por daño del esfínter post cirugía vaginal múltiple, algunas enfermedades neurológicas, vasculares y divertículos uretrales.

Incontinencia de urgencia o urgeincontinencia (inestabilidad del detrusor, hiperreflexia, incontinencia noinhibida): es común observarla en ambos sexos (hombres es en general secundaria a obstrucción) y en los mayores de 75 años. Típicamente el paciente relata que no alcanza a llegar al baño. Consiste en la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo repentino – brusco de orinar. La vejiga no se relaja durante la fase de acomodación y se vacía apenas siente el deseo de orinar, por lo que puede perder gran cantidad de orina. Frecuentemente está ligada a una hiperreflexia del destrusor, por lo que la vejiga se contrae durante la fase de continencia sobrepasando la presión del esfínter. Se asocia también a trastornos neurológicos como la demencia y enfermedades cerebrovasculares. Se recomienda horario fijo para ir al baño y relajantes de la vejiga.

Incontinencia por rebosamiento (overflow): hay un volumen residual excesivo. Se produce pérdida de orina, generalmente de pequeños volúmenes, que es secundaria a una dificultad del vaciamiento vesical por obstrucción mecánica o falla vesical. La vejiga es incapaz de vaciarse en su totalidad y va acumulando orina en su interior hasta que la presión intravesical sobrepasa la presión esfinteriana y se produce un goteo. Entre las etiologías mecánicas cabe destacar: hipertrofia benigna de la próstata, estrechez uretral, gran cistocele. Entre las causas funcionales, son aquellas en que la vejiga no es capaz de contraerse adecuadamente (vejiga hipotónica) como la vejiga neurogénica y lesiones de médula espinal.

Incontinencia funcional: existe pérdida de orina asociada con la incapacidad de ir al baño debido a trastornos mentales y/o físicos, resistencia psicológica u obstáculos ambientales para ese paciente. Algunos ejemplos son: demencia grave, trastornos neurológicos, depresión, ira, hostilidad.

Incompetencia esfinteriana masculina: es muy poco común, en general se presenta después de cirugía prostática o urológica en que se produce un daño del esfínter. Fisiopatológicamente corresponde a un incontinencia urinaria de esfuerzo Grado III de

la mujer.

Incontinencia Mixta: probablemente ocurre en el 10% de los casos de adultos mayores; co-existe inestabilidad del detrusor y debilidad del esfínter uretral.

Evaluación de la incontinencia urinaria

Es un síntoma-problema que su diagnóstico debe ser abordado mediante la anamnesis completa (incluye cartilla miccional o ciclo miccional), exámenes de laboratorio generales y exámenes complementarios (residuo post miccional, estudio urodinámico y cistoscopia o uretrocistografía) los cuales no abordaremos.

No es el propósito de este artículo profundizar extensamente sobre los diferentes tratamientos disponibles actualmente para la incontinencia urinaria. Si es recomendable para los médicos generales que se enfrentan día a día con pacientes incontinentes saber el manejo inicial de ellos, cuándo derivarlos al especialista y sobretodo conocer una aproximación básica de los tratamientos.

Evaluación diagnóstica – primera fase

En todos los pacientes se debe realizar una acuciosa anamnesis:

inicio de la incontinencia y factores precipitantes

síntomas asociados

frecuencia y cantidad de pérdida de orina (ciclo miccional)

Evaluar en el examen físico:

función cognitiva

movilidad

estado neurológico, especialmente en lo que se refiere a la inervación lumbosacra

examen pelviano y rectal: buscando cistocele, hipertrofia benigna de la próstata, vaginitis atrófica, etc.

Cartilla miccional

Con estas simples herramientas, generalmente y en la mayoría de los casos de adultos mayores es posible realizar una buena aproximación diagnóstica, evitando así someter a todos los pacientes a otros exámenes que pueden ser costosos, incómodos e invasivos.

Siempre y lo primero que debe realizar el médico, es debe buscar, para descartar y/o tratar alguna de las *condiciones reversibles* que predisponga a la incontinencia urinaria.

Para ello, en la literatura se sugiere solicitar a todos los pacientes mayores:

examen de orina completa

urocultivo

niveles plasmáticos de glucosa, urea y creatinina

tacto rectal y ginecológico
determinación del volumen residual postmiccional.

Indicaciones de derivación a especialista:

Anamnesis :

Antecedente de cirugía del tracto urinario inferior o pelviana, irradiación pelviana en los últimos 6 meses.

Recaída o recurrencia frecuente de infecciones sintomáticas del tracto urinario.

Examen Físico:

Prolapso pelviano pronunciado o masa pélvica.

Hipertrofia prostática o sospecha de carcinoma

Pruebas simples de función del tracto urinario inferior:

Dificultad marcada en el inicio de la micción o interrupción del chorro urinario.

Incontinencia urinaria de esfuerzo marcada en una mujer que es candidata para cirugía, fracaso de la terapia conductual o farmacológica, incontinencia urinaria de esfuerzo en un hombre.

Pasaje dificultoso de un catéter recto French 14.

Residuo postmiccional mayor a 100 ml.

Análisis de orina.

Microhematuria en ausencia de bacteriuria y piuria.

Incertidumbre diagnóstica, incapacidad para realizar un diagnóstico luego de la evaluación inicial y pruebas simples de la función del tracto urinario inferior.

Falla de respuesta a un ensayo terapéutico adecuado en aquellos casos de incontinencia de urgencia o de esfuerzo.

Estudio Urodinámico.

Permite el más acabado análisis de las variables fisiopatológicas que intervienen en la acumulación de orina y la micción. Además, establece con seguridad la presencia de inestabilidad vesical y la presencia o ausencia de hipocontrabilidad del detrusor, la incompetencia esfinteriana, disinergia del esfínter (descoordinación en la apertura del esfínter durante la micción). Este estudio ayuda mucho en los casos difíciles, en el control pre y post operatorio, Parkinson, etc.

Tratamiento de la incontinencia urinaria.

Dependerá obviamente del diagnóstico pero un concepto clave del tratamiento de un adulto mayor es que muchas veces el objetivo del tratamiento a iniciar no siempre es la cura del problema, sino que la mayoría de las veces es intentar mejorar los síntomas, prevenir futuras complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Debe ser además individualizado a ese caso en su contexto social y familiar. Por ello, es fundamental siempre plantear en conjunto con el paciente y sus familiares o cuidadores expectativas que sean

realistas para ese caso.

Al elegir un tipo de tratamiento, se debe tener en cuenta por un lado la mayor vulnerabilidad de los adultos mayores a la cirugía y a la terapia farmacológica y por otra parte siempre buscar el grado de confort del paciente, ya que muchas veces para sentirse cómodo puede bastar el disminuir la intensidad de los síntomas.

Es muy importante asimismo, informar a los pacientes que los resultados positivos de cualquier intervención terapéutica no siempre son inmediatos, pudiendo pasar semanas a meses para observar alguna mejoría.

Existen una serie de *medidas generales aplicables a la gran mayoría de los pacientes mayores* que sufren de incontinencia urinaria:

Asegurar un ambiente que facilite la continencia: tener accesos fáciles a los cuartos de baño, bien iluminados. En el caso de pacientes con problemas de movilidad: sillas con orinal al lado de la cama, botellas sanitarias, cuñas etc.

Terapias conductuales: el objetivo es fomentar un cambio de conducta para restablecer un patrón normal de las micciones.

Terapia farmacológica.

Cirugía

Terapias Conductuales: se dividen en dependientes del paciente y dependientes de los cuidadores:

Dependientes de los pacientes: exige un estado cognitivo adecuado para aprender las técnicas. Aquí se encuentran: los *Ejercicios de Kegel* (o del suelo pélvico) destinados a fortalecer la musculatura del cuello vesical y mejorar la función del esfínter uretral. El paciente debe tratar de parar el chorro miccional cada vez que acude al baño por períodos de 10 segundos. Otro método es el *Reentrenamiento de la vejiga:* se le solicita que orine sólo cuando está programado y con intervalos progresivamente más largos hasta llegar a cada 3-4 horas.

Dependientes de los cuidadores: útiles en pacientes que estén mental y/o físicamente deteriorados. Más que cambiar un hábito, se intenta en ellos mantener al paciente no mojado. Un método demostrado como eficaz es el *Prompt voiding*, en que el paciente es preguntado a intervalos regulares si desea orinar.

Tratamientos Específicos de la Incontinencia urinaria.

Incontinencia urinaria de urgencia: Buscar cosas corregibles como: edema, ajustar cantidad y horario de ingesta de líquido, acercar el WC, etc. Sino resulta lo anterior, es efectiva una combinación de tratamientos: terapia conductual (reentrenamiento de la vejiga o prompt voiding en los casos que el paciente no pueda cooperar) y fármacos. Algunos de ellos son: anticolinérgicos, oxibutidina (combinación de relajante músculo liso y anticolinérgico), Flavoxato (relajante músculo liso),

antidepresivos tricíclicos (imipramina) que en general deben usarse a dosis bajas por los efectos secundarios indeseables que producen en los adultos mayores. Actualmente está Tolterodine que es más selectiva, con menos efectos secundarios y alcanzando hasta un 70% de efecto positivo en los síntomas.

Incontinencia urinaria de esfuerzo: incluye los ejercicios del suelo pélvico (Kegel) y para fortalecer la acción del esfínter uretral. Si son comprendidos y practicados regularmente se ha reportado hasta un 70% de éxito a las 6 semanas y 50% a los 5 años. Se recomienda además apoyo farmacológico: estrógenos orales o tópicos para tonificar las partes blandas combinado o no a un agonista alfaadrenérgico como la fenilpropanolamina (que eleva el tono muscular uretral). En los casos que no responde a estas terapias, se indica la cirugía.

Incontinencia por rebosamiento: la finalidad del tratamiento es mejorar el drenaje vesical. En los casos de adenoma prostático, gran cistocele y la estenosis uretral el tratamiento definitivo de elección es la cirugía. Cuando este es rechazado, puede plantearse el tratamiento farmacológico basándose en antagonistas alfaadrenérgicos: prazocina, terazocina, doxazocina. Para el caso de rebalse por vejiga hipotónica, existe poca experiencia con agentes colinérgicos. Mejores resultados se ha dado con el cateterismo intermitente cada 4-6 hrs o la frecuencia necesaria para mantener volúmenes residuales menores de 150 ml.

Incontinencias funcionales se benefician con las terapias conductuales y algunos simples cambios ambientales.

Cateter definitivo:

Cuando todas las medidas terapéuticas fallan o si el paciente no tolera el cateterismo intermitente o en situaciones especiales como el pacientes terminal, se puede usar los catéteres permanentes o también los colectores externos, que no deben ser más de 1-2% de los casos. Las complicaciones y los riesgos potenciales de su uso, que son entre otras las infecciones urinarias, sepsis, formación de cálculos en la vejiga.