

Incontinencia Urinaria del Adulto Mayor

INTRODUCCIÓN: Se denomina Incontinencia Urinaria (IU) a la pérdida involuntaria de orina en una cantidad o frecuencia tal, que representa un problema social o de salud para las personas afectadas. Es un problema común en el adulto mayor, alcanzando una frecuencia cercana al 15% en la comunidad y al 50% en pacientes institucionalizados. Aumenta con la edad y es claramente superior en las mujeres.

OBJETIVO: La IU en muchas ocasiones no es considerada un problema por el propio adulto mayor ni por el equipo de salud, por lo tanto, no se consulta por ella ni se busca en el examen tradicional. El objetivo de este artículo es llamarnos la atención sobre el tema y aportar algunos elementos para el diagnóstico y manejo de la Incontinencia Urinaria del adulto mayor.

COMENTARIO: La IU del adulto mayor no es un problema menor, ya que acarrea importantes consecuencias físicas (*úlceras de la piel*), psíquicas (*favorece la depresión y afecta la autoestima*), económicas (*mayor costo de los cuidados*) y sociales (*aislamiento*). Dado su impacto y sus variadas posibilidades terapéuticas debe ser buscada por los integrantes del equipo de salud en forma activa y debe ser tratada adecuadamente.

Dra. Juana Silva O,

*Médico Geriatra,
Directora del Instituto Nacional
de Geriatría*

Dr. Cristián Carvacho A,

*Médico Familiar del Centro de
Salud Familiar Rosita Renard*

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ANATOMIA Y FISILOGIA URINARIA

El músculo de la pared de la vejiga (*detrusor*) se encuentra inervado por el sistema parasimpático. El músculo detrusor facilita el almacenaje o la micción si se relaja o contrae, respectivamente. Por su parte, el músculo del **trígono vesical**, ubicado entre los orificios ureterales y la zona posterior de la salida de la vejiga, se extiende al interior de la uretra posterior y actúa como **esfínter interno** involuntario (*inervado por el sistema simpático*). En cambio, el **esfínter uretral externo** y los **músculos perineales**, que juegan un papel fundamental para evitar la incontinencia cuando aumenta la presión abdominal (ej: tos), están bajo control voluntario a través de los nervios pudendos. Existen receptores sensitivos en la pared de la vejiga, los cuales transmiten

información al SNC a través de los tractos espinotalámicos. A su vez, el SNC envía señales inhibitorias o excitatorias por medio de los tractos corticoespinales y columnas dorsales como respuesta.

A partir de un volumen de 300 cc de orina al interior de la vejiga, se produce la estimulación del sistema. Con volúmenes bajos, el simpático se estimula produciéndose la contracción del esfínter interno, y el parasimpático se inhibe ocurriendo, a su vez, la relajación del detrusor. Con volúmenes altos, ocurre el fenómeno contrario produciéndose la micción al vencer la resistencia de la presión intrauretral, volviendo a un estado basal de estímulos (*Figura 1*).

Son, por lo tanto, requisitos para que ocurra la micción:

· *Función efectiva de las vías urinarias inferiores:*

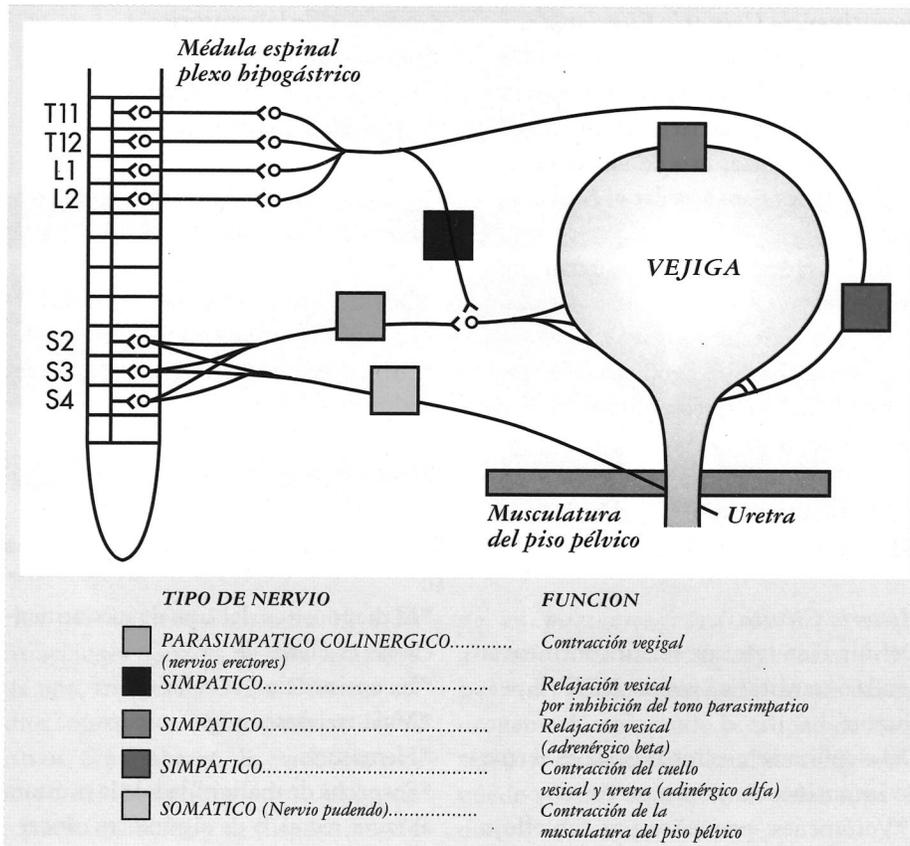


Figura 1. Nervios periféricos que participan en la micción

1. Capacidad de almacenamiento
2. Aceptación de volúmenes crecientes de orina con baja presión
3. Salida vesical cerrada
4. Percepción adecuada de plenitud vesical
5. Ausencia de contracciones vesicales involuntarias

Vaciamiento adecuado:

1. Vejiga capaz de contraerse
2. Ausencia de obstrucción anatómica al flujo urinario
3. Disminución de la resistencia a la salida, coordinada con las contracciones vesicales
4. Paciente con función cognoscitiva conservada y estar en condiciones de funcionalidad que le permitan desplazarse y utilizar el inodoro.

5. Paciente motivado en conservar la continencia
6. Ausencia de barreras ambientales

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MICCIÓN DEL ADULTO MAYOR

En el adulto mayor se produce una reducción del tamaño vesical y un aumento del volumen residual, lo cual ocasiona un aumento en la frecuencia miccional. Por otra parte, en las mujeres mayores, se produce un aumento en la frecuencia de las contracciones vesicales involuntarias y una disminución de la presión de resistencia uretral y de salida o escape uretral. Por último, son muchas las condiciones comunes del adulto mayor que se asocian con Incontinencia Urinaria,

tales como: infección urinaria, prostatismo, postración, defectos del piso pélvico, fecalomas, etc. Estas características fisiológicas del adulto mayor facilitan la aparición de la Incontinencia Urinaria, pero no implican que ésta sea una condición inherente a la edad.

TIPOS DE INCONTINENCIA

En primer término, es importante reconocer algunas condiciones (DRIP) que pueden asociarse a Incontinencia Urinaria aguda-transitoria, o explicar el deterioro en una incontinencia urinaria persistente:

- D: Delirium, Drogas y Fármacos (*ver más adelante*)
- R: Retención Urinaria, Restricciones a la movilidad y/o ambientales
- I: Infección urinaria, Inflamación (*uretritis, vaginitis atrófica*)
- Impactación fecal
- P: Poliuria

Cuando se trata de una Incontinencia Urinaria persistente o establecida, ésta se puede clasificar en cuatro grupos principales:

1. De Urgencia
2. De Esfuerzo
3. Sobreflujo
4. Funcional

Las características de cada tipo son:
Incontinencia Urinaria de Urgencia (Inestabilidad del Detrusor)
 Ocurre en el 40 a 70% de los casos y corresponde a contracciones tempranas del detrusor, ocasionando urgencia miccional, con pérdida de volúmenes pequeños a moderados de orina. Se encuentra en pacientes con inhibición defectuosa del SNC (*AVE, Tumores, Esclerosis Múltiple, Enfermedad de Parkinson*)

o aumento de estímulos sensitivos desde la vejiga (*ITU, uretritis atrófica, fecaloma, prolapso uterino, hiperplasia prostática*). El diagnóstico se realiza por historia clínica, no existiendo hallazgos patognomónicos.

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

Altamente frecuente en mujeres, corresponde a la pérdida urinaria, generalmente de volúmenes bajos, al aumentar la presión intrabdominal (*tos, ejercicio, risa, etc.*). Se puede verificar pérdida durante examen físico, haciendo toser a la paciente.

En mujeres, se relaciona con una relajación del piso pélvico asociado a un déficit hormonal producto de la menopausia. Es particularmente frecuente en las mujeres multíparas postmenopáusicas. El parto puede lesionar el soporte pélvico de la vejiga, de modo que ésta y la uretra pueden deslizarse hacia abajo, perdiéndose el ángulo uretrovesical normal, que es importante para el cierre del esfínter vesical. En varones, ocurre en aquellos que han sufrido un daño en el esfínter interno a raíz de procedimientos urológicos (*por ejemplo, cirugía prostática*).

Incontinencia Urinaria por sobreflujo (Rebalse)

Ocurre en 7 a 11% de los casos, y es producto de la combinación de una vejiga hipo o atónica con una obstrucción al flujo urinario (*mecánico o farmacológico*). También está relacionada a la lesión de nervios periféricos (*lesión sacra o Diabetes Mellitus*). Es característica encontrar la vejiga distendida al examen físico (*globo vesical*), así como un gran residuo postmiccional. Es relevante considerar que puede haber hidronefrosis y alteraciones en la función renal secundarias (*es preciso buscarlas*).

Incontinencia Urinaria Funcional

Corresponde a pacientes limitados cognitiva o físicamente en su continencia, tales como: artritis, somnolencia, delirio, demencia, uso de fármacos, dificultad física para acceder al baño, posturación.

Entre los fármacos que ocasionan más frecuentemente incontinencia, destacan: diuréticos, anticolinérgicos, sedantes, narcóticos, alcohol, agonistas y antagonistas alfa-adrenérgicos, bloqueadores de los canales de calcio.

EVALUACION DE LA INCONTINENCIA

Historia Clínica

Definir si se trata de una incontinencia aguda o transitoria (*evaluar DRIP*) ó persistente.

Debe realizarse una historia sobre el tipo de incontinencia y su repercusión.

- *Volúmenes: pequeños por sobreflujo o por esfuerzo moderados de urgencia
- *Relación con el esfuerzo: incontinencia por esfuerzo
- *Grado de aislamiento social producto de la incontinencia
- *Uso de protectores o absorbentes
- *Síntomas de urgencia miccional, chorro urinario, polaquiuria, asociación con síntomas intestinales, etc.

Antecedentes médicos:

- *Diabetes
- *Adenoma de próstata
- *Enfermedad neurológica
- *ITU recurrentes
- *Atrofia postmenopáusica
- *Cirugías, radiaciones, partos

Examen físico:

- Examen completo, destacando:
- *Palpación vesical
 - *Tacto rectal y examen pélvico
 - *Evaluación neurológica

Exámenes de laboratorio:

- *Orina completa.
- *Urocultivo y antibiograma
- *Creatinina plasmática
- *Glicemia
- *Volumen residual postmiccional (*mayor a 50 cc sugiere obstrucción o hipotonía*)
- *Otrós: Cistometría, medición del flujo urinario, perfil de presión uretral, estudio de imágenes (*Pielografía, uretrocistografía*)

DERIVACION A ESPECIALISTA

Se justificaría la derivación a especialista si:

- *El diagnóstico del tipo de incontinencia no es claro
- *Incontinencia por rebalse
- *Mala respuesta a tratamiento
- *Hematuria
- *Sospecha de malignidad de la próstata al tacto rectal, o de algún otro cáncer

TRATAMIENTO

Si se trata de una situación transitoria, abordar el manejo de la causa, según el caso (*DRIP*).

Cuando es una Incontinencia Urinaria establecida (*Figura 2*):

Incontinencia Urinaria de urgencia:

Se realiza terapia conductual y reentrenamiento.

Terapia farmacológica: anticolinérgicos (*Oxibutina, Flavoxate, Imipramina*)

Se debe iniciar con dosis bajas y en forma cuidadosa para evitar retención urinaria

Incontinencia Urinaria de esfuerzo:

El objetivo es aumentar el tono del esfínter externo. Para esto se indican ejer-

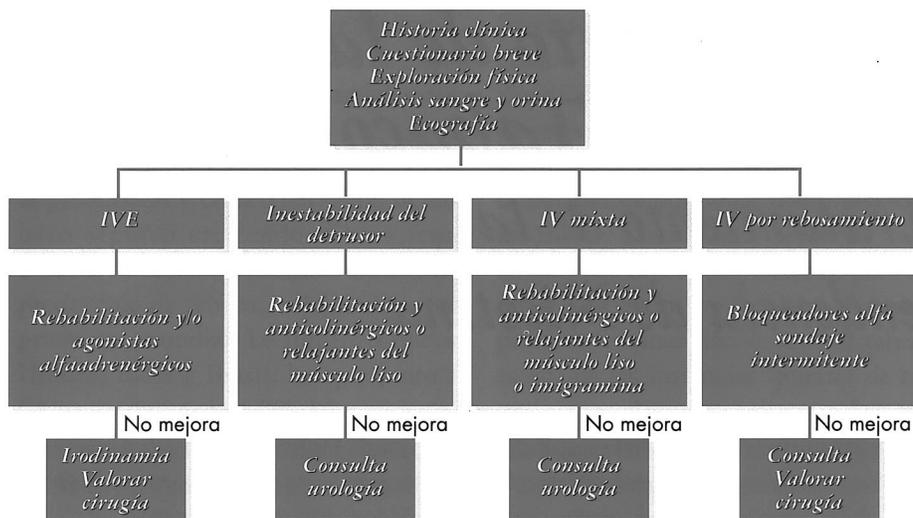


Figura 2: Actitud y manejo del paciente con incontinencia urinaria. IV; incontinencia urinaria o IVE incontinencia urinaria de esfuerzo.

cicios pélvicos (*de Kegel*), de 10 a 20 contracciones pélvicas de diez segundos cada una, tres veces al día. Diversos estudios sugieren un efecto positivo de los mismos. Sin embargo, la evidencia respecto al beneficio del uso de electroestimulación y de dispositivos de resistencia intravaginales es, hasta el momento, escasa. También, se recomienda el uso de los agonistas alfa-adrenérgicos, los cuales aumentan el tono del esfínter interno y la resistencia vesical (*con extremo cuida-*

do en pacientes cardiópatas o con arritmias). El uso de estrógenos es útil para el tratamiento de la atrofia urogenital, mejorando la calidad de los tejidos. La inyección local de colágeno puede ser útil en pacientes seleccionados.

La cirugía es una alternativa para corregir la relajación del piso pélvico como la insuficiencia del esfínter interno.

Incontinencia Urinaria por sobreflujo: Evaluación por especialista (*resolución*

habitualmente quirúrgica). El uso de antagonistas alfa-adrenérgicos (*prazosin, doxazosin*), que reducen la presión del esfínter interno, puede ser útil, si el paciente está fuera del alcance quirúrgico. También es posible considerar la cateterización intermitente o el uso de sonda permanente, según el caso (*paciente terminal*).

Incontinencia Urinaria funcional:

Modificación, en lo posible, de las condiciones ambientales que favorezcan el desplazamiento y el uso del inodoro. Es posible encontrar adultos mayores, especialmente mujeres, que presentan **Incontinencia Urinaria Mixta**, con síntomas atribuibles a incontinencia por urgencia miccional y también a incontinencia por esfuerzo, siendo necesario, igualmente, efectuar un tratamiento mixto que incorpore las recomendaciones para ambos tipos de incontinencia.

La incontinencia urinaria como cualquier patología del adulto mayor, requiere de un abordaje multidisciplinario y de la educación del propio paciente, familiares y cuidador.

Lecturas Seleccionadas

1) Geriatric Medicine. Mayo Clinic Rochester. Número 1263. 1998.		
2) Manual de Geriatria Salgado Guillén. Salvat Editores 1990.	5) The Michigan Electronic Library. MEL: Urinary Incontinence.	incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials.' British Journal of Urology. 1998. 82: 181-91).
3) Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 5. Nº 8	6) Stress urinary incontinence in women.' Bandolier: Nov. 1999. (Allí, se considera el artículo de LC Berghmans, HJ Hendriks, K BA, et al. 'Conservative treatment of stress urinary	7) Apuntes 'Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor', Dra. L. Montero / Dr. E. Valenzuela, Seminarios, Módulo Geriatria, Medicina Familiar-Adulto U.C. 1999.-
4) Jano, Medicina y Humanidades: Volumen 55.		