

Incontinencia urinaria en el adulto mayor

Aguilar-Navarro Sara Gloria

Médico Internista Subespecialista en Geriátrica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F. México

Resumen

La incontinencia urinaria (IU) en el adulto mayor es un problema potencialmente tratable. Sus consecuencias incluyen importante deterioro funcional, alteración en la calidad de vida, fragilidad, institucionalización y muerte. La IU es la pérdida involuntaria de orina, condiciona un problema higiénico-social que puede demostrarse de manera objetiva.

Es frecuente en las personas mayores y su prevalencia es más alta en mujeres. Dependiendo del tipo de estudio, de la población y definición, se calcula que 30 a 50% de personas mayores de 65 años la padecen. La IU no es una consecuencia inevitable de la edad, por tanto, la pérdida involuntaria de orina debe ser interpretada como síntoma de disfunción de algún sistema integrado en el mantenimiento de la continencia.

Palabras clave

- **Incontinencia urinaria**
- **Anciano**
- **Tratamiento no farmacológico**

Abstract

Urinary incontinence (IU) in elderly population is a treatable potential problem. Its consequences include an important functional deterioration, alteration in quality of life, fragility, institutionalization, and death. IU is the involuntary lost of urine that generates a hygienic/social problem which can be showed by itself in an objective manner. It is frequent in elderly people and its prevalence is higher in women. Depending on the sort of study, population, and definition, it is calculated that from 30 to 50% of people older than 65 years are affected by this condition. IU is not an inevitable consequence of aging. Thus, Lost of the basic function of continence should be interpreted as symptom of dysfunction in one of the systems which is integrated in the maintenance of incontinence.

Key words

- **Urinary incontinence**
- **Aged**
- **Non-pharmacologic treatment**

Correspondencia:

Vasco de Quiroga No. 15 Col Sección XVI. C.P. 14080. Deleg. Tlalpan México D.F. México
Teléfono 5655 9362. Dirección electrónica:tena@gcya.net

Introducción

La incontinencia urinaria (IU), considerado un problema médico social y un síndrome geriátrico en el adulto mayor, es potencialmente tratable. Sus secuelas incluyen importante deterioro funcional, alteración en la calidad de vida, fragilidad, institucionalización (reclusión en hospitales, asilos o casas de asistencia) y hasta la muerte.

Su prevalencia se estima de 15 a 65% de la población adulta mayor, la variabilidad de la cifra depende de la difícil detección por el personal de salud de primer contacto.

Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, si no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima incluyendo aislamiento social y depresión.¹

La pérdida involuntaria de orina (incontinencia urinaria) no es el único síntoma evidente de trastornos de la eliminación vesical, puede referir además: polaquiuria, nicturia, tenesmo vesical y dolor.²⁻⁴ Como datos de los cambios en el sistema genitourinario relacionados con la edad pueden explicar, en parte, el aumento de la prevalencia en ciertos grupos etáreos.

La capacidad de retener y controlar (continencia) la salida de orina, depende de una anatomía y funciones normales del tracto urinario y del sistema nervioso, en promedio la persona puede retener entre 350 y 550 ml de orina aproximadamente.³ La edad disminuye la capacidad vesical, reduce el flujo urinario máximo y aumenta el residuo posmiccional.^{1,2,5,10,14}

Definición y prevalencia

La IU es la pérdida involuntaria de orina, condiciona un problema higiénico-social que el individuo manifiesta, es altamente prevalente en población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en varones.

Dependiendo del tipo de estudio, de la población y definición, se ha calculado que entre 30 a 50% de mayores de 65 años de edad padecen IU; en mayores de 90 años 73%; y 50% de los ancianos que residen en instituciones geriátricas.⁶ Se estima que en México hay 8 millones de personas con incontinencia; hombres y mujeres, jóvenes y mayores, 75% de éstas son mujeres.^{1,3,7}

Factores condicionantes de incontinencia

La incidencia de IU aumenta paralelamente con la edad, reconociendo algunos cambios fisiológicos de la función urinaria como: incremento en las contracciones involuntarias del detrusor, alteración en la contractilidad de la vejiga, anomalías en el patrón de relajación del detrusor, además de incremento de la producción de orina nocturna (nicturia), en hombres el aumento en el tamaño de la próstata, en mujeres la uretra pequeña y debilidad del esfínter uretral externo; la inmovilidad es otro factor importante.⁸ Estos factores, entre otros, explicarían la prevalencia de IU, conforme aumenta la edad.⁹

La función cognitiva es un factor asociado de gran importancia, se ha observado una mayor prevalencia de IU (76%) en sujetos con demencia, depresión o enfermedad de Alzheimer.

Mecanismo y clasificación de la incontinencia urinaria

La IU se clasifica en cinco grupos: Hiperactividad del detrusor, incontinencia de estrés, incontinencia por sobreflujo, incontinencia funcional y las formas mixtas. A continuación se detalla la fisiopatología o mecanismo de cada una de ellas.

Vejiga hiperactiva es una patología en la que coexiste alteración en la contractilidad de la vejiga, frecuente en pacientes con diabetes mellitus e hi-

perplasia prostática, clínicamente se caracteriza por incontinencia y retención urinaria.

Incontinencia de urgencia (hiperactividad del detrusor)

Se presenta en uno de cada cuatro adultos mayores que rebase los 65 años de edad, las contracciones involuntarias del detrusor ocasionan salida de orina desde pequeña hasta importante cantidad, y posteriormente una urgencia de acudir al baño y se asocia con nicturia, el principal mecanismo es colinérgico y está mediado por la acetilcolina (Ach) y receptores muscarínicos en la vejiga. Otro mecanismo relacionado es el ATP (adenosín trifosfato) que media la contracción vesical, y un tercer mecanismo es que probablemente exista una producción local de Ach en el epitelio vesical y subsecuentemente la acción paracrina y local de los receptores muscarínicos.

Se ha estudiado la relación entre la edad y la transmisión colinérgica, sugiriendo una desproporción en la contracción voluntaria e involuntaria de la vejiga. En 40 a 70% de los casos, esta es la causa más frecuente de incontinencia en el adulto mayor. Además la hiperactividad del detrusor se asocia con inhibición defectuosa del sistema nervioso central que se observa en enfermedad vascular cerebral (EVC), tumores, esclerosis múltiple, Alzheimer, Parkinson, etc.⁹⁻¹⁰

La etiología es variable y puede incluir: Infección de vías urinarias, hipertrofia prostática benigna, uretritis atrófica, litiasis, tumores vesicales, prolapso uterino e impactación fecal.

Incontinencia de esfuerzo o de estrés

El 25% de las mujeres que tienen IU presentan síntomas de incontinencia de esfuerzo o estrés, usualmente es condicionada por una alteración anatómica o estructural del piso pélvico entre el ángulo del cuello de la vejiga y la uretra.

La falla en la coaptación de las paredes uretrales, trae como consecuencia salida involuntaria de orina posterior a un aumento de la presión intra abdominal como por ejemplo toser, reír, correr, caminar, en casos severos se observa incluso con los cambios de posición; es la incontinencia más frecuente en las mujeres. Se asocia a los siguientes factores de riesgo: multiparidad, cirugías pélvicas previas, obesidad, tabaquismo y enfermedad pulmonar, antecedentes de histerectomía y durante la fase de menopausia (figura 1). En el varón anciano es rara y comunmente está asociada a cirugía prostática previa, transuretral o suprapúbica.¹¹

Incontinencia por rebosamiento

Es el derrame intermitente de orina que se origina cuando la presión intravesical supera la uretral en ausencia de actividad del detrusor, existe un residuo posmiccional patológico; los mecanis-

mos por los cuales se produce son: obstrucción al tracto de salida o pobre contracción del detrusor.

Las personas que la padecen pueden referir malestar suprapúbico por la distensión de la vejiga, es frecuente en el hombre por crecimiento prostático. Otras causas son tumoraciones pélvicas y cistocele en mujeres.

Incontinencia funcional

Se manifiesta goteo constante de orina, secundario a una alteración física o cognitiva que interfiere con la independencia de las actividades de la vida diaria e inhabilidad para miccionar en los momentos y lugares socialmente permitidos. Este problema ocurre frecuentemente en adultos mayores con demencia, depresión, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson o delirium, así como en aquellos sujetos que están utilizando narcóticos, sedantes o neurolépticos. Otros factores que predis-

ponen a este tipo de incontinencia son déficit visual, alteraciones en la marcha o riesgo de caídas.⁶

Incontinencia urinaria mixta

Esta es la forma número cinco de incontinencia, es común que se tengan más de uno de los síntomas anteriormente mencionados principalmente componentes de la IU de urgencia y de la IU de estrés.

Consecuencias físicas y sociales

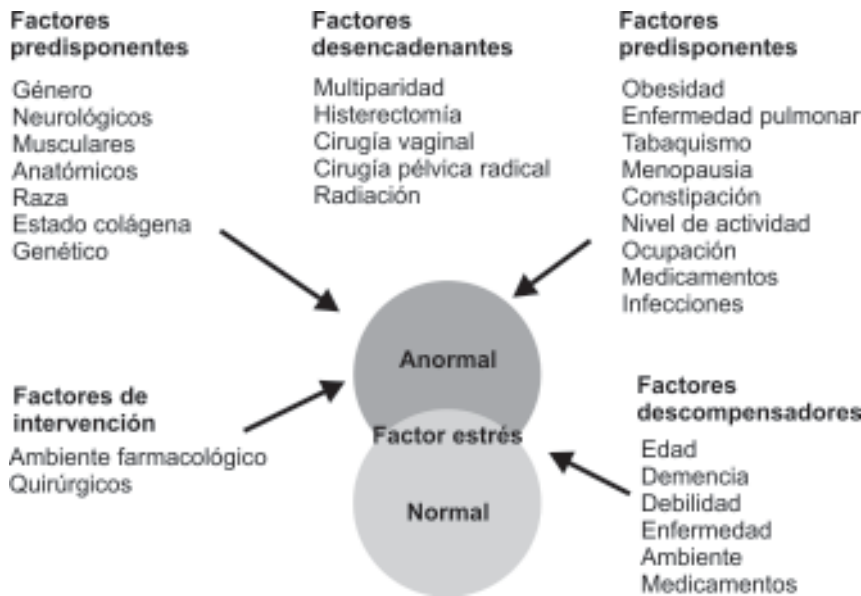
Las personas que padecen IU, frecuentemente experimentan sentimientos de angustia, pérdida de autoestima (60% desarrollan síntomas depresivos) así como aislamiento social. Por otra parte la IU limita la independencia funcional del individuo en las actividades de la vida diaria y puede llevarlo a un estado de dependencia total; afecta las relaciones de pareja. Estudios previos han demostrado una importante asociación con disfunción sexual principalmente en hombres.¹⁰

Las personas que padecen IU, están expuestas a un riesgo mayor de irritación, ulceración e infección en la piel y mucosas del tracto genitourinario.

Desde el punto de vista económico, es importante señalar los costos derivados de su atención, por ejemplo, en Estado Unidos de Norteamérica pueden rebasar los 20 billones de dólares anuales; la inversión en productos de protección varía dependiendo de las características, la calidad y cantidad que se utilice.

La incontinencia urinaria (IU) se constituye en un factor de riesgo para que el adulto mayor sufra daños adicionales a la salud, se relaciona de 20 a 40% de los casos con caídas reportadas en las mujeres de este grupo de edad; de éstos un 10% presentaron fractura de cadera y 30% requirieron de ingreso al hospital por lo menos en una ocasión. Batzan reporta incremento en la mortalidad en personas que cursan con esta patología.¹²

Figura 1. Factores de riesgo para incontinencia urinaria en mujeres



Tomado de: Landefeld Seth, Palmer Robert M. Current Geriatric. Diagnosis and Treatment, 2004

Evaluación clínica de la incontinencia

Es importante señalar que son pocos los profesionales de la salud que hacen un interrogatorio y exploración minuciosa ante este padecimiento, además es frecuente que los pacientes sientan vergüenza y no manifiesten los síntomas o lo perciban como algo inherente o asociado a la edad.

Realizar preguntas intencionadas sobre la pérdida involuntaria de orina, la postura en la que es más frecuente la salida de orina, si se asocia a incontinencia fecal y por el tipo y la cantidad de protectores que utiliza, son elementos valiosos para un diagnóstico oportuno. Adicionalmente se debe interrogar sobre factores predisponentes como antecedentes de diabetes mellitus, deterioro cognitivo, deterioro funcional o deterioro sensorial, el uso de medicamentos como diuréticos o medicamentos anticolinérgicos que puedan causar obstrucción uretral y como consecuencia IU por rebosamiento. El examen físico debe incluir evaluación neurológica, abdominal y urogenital, así como evaluación rectal.^{1,10,13,15}

En los estudios de gabinete es útil solicitar ultrasonido vesical con medición de volumen residual, esto ayuda a diagnosticar incontinencia por rebosamiento ya que un volumen mayor de 150 ml en las personas de edad avanzada sugiere un inadecuado vaciamiento vesical y un volumen de 200 ml o más, es indicativo de retención urinaria, este método de diagnóstico es de los menos invasivos y útiles.

Es importante recordar que en casos de sospecha de crecimiento prostático, alteraciones en el tacto vaginal o rectal, tumores pélvicos, u otros síntomas de alerta como hematuria, el paciente deberá ser enviado al especialista en urología o ginecología.

Estrategias prácticas de manejo

Una adecuada evaluación física en el adulto mayor ayuda a dirigir la intervención, The American Medical Directors Association (AMDA), en sus guías de manejo de la incontinencia urinaria en personas mayores de 65 años, recomienda tratamiento conservador en el que se incluye; examen de orina para descartar infección y medición del volumen residual tanto en hombres como en mujeres. La utilidad del tratamiento conservador en todos los casos aunado al tratamiento farmacológico adecuadamente indicado ha sido probada.¹¹⁻¹⁶

Tratamiento conservador (no farmacológico)

Modificaciones del entorno

Facilitar el acceso al cuarto de baño, evitando las barreras físicas, domésticas y disponer de sustitutos (orinales, protectores sanitarios, etc). Esto es especialmente importante en pacientes con limitada movilidad (adultos mayores).

Medidas higiénico-dietéticas

En mujeres con sobre peso un tratamiento aceptable es la disminución de peso. En la actualidad es una medida preventiva eficaz, evitar la sobre carga del suelo pélvico manteniendo un peso adecuado.

Cambio en el tipo de prendas de ropa a utilizar (cómoda y con aperturas fáciles).

En los casos de IU de urgencia se recomiendan terapias de comportamiento como:

1. Calendario miccional (reentrenamiento vesical). Las características miccionales pueden evaluarse a partir de un diario miccional en que el paciente anota durante tres a siete días el intervalo y número de micciones al día, el volumen vaciado,

los episodios de incontinencia y la causa (es decir, esfuerzo o urgencia) con ésto se programan las visitas al baño, progresivamente se va prolongando la periodicidad hasta lograr mayor intervalo de tiempo, se puede aplicar durante las noches.

2. Normas para la ingesta de líquidos: El paciente no debe dejar de tomar líquidos por miedo al escape de orina; la ingesta deber ser normal, se recomienda tomar líquidos en forma espaciada y distribuidos de manera homogénea a lo largo del día, evitando beber mucha cantidad de golpe y evitar bebidas muy frías o que estimulen la vejiga (café, té, vino blanco, refrescos, alcohol, tabaco).
3. Cuando toque ir al baño: El paciente debe intentar retrasar todo lo que pueda el inicio de la micción; una vez iniciada ésta, no debe interrumpirla.
4. Higiene y confort: Para prevenir las complicaciones de piel y mucosas, así como algunas consecuencias de tipo social, el paciente puede utilizar productos protectores (pañales) especializados de innovación y tecnología que permitan atender sus diferentes necesidades, con capacidad de absorción, eliminación del olor y ajuste anatómico que garanticen comodidad y seguridad (afortunadamente ya disponibles en nuestro medio), para que se sienta libre y seguro.¹⁷
5. Ejercicios del suelo pélvico: La inhibición vesical se logra activando el circuito inhibitorio somático que a través del nervio pudendo controla la musculatura del suelo pélvico. Los ejercicios de Kegel: Constituyen el tratamiento de primera línea en IU de esfuerzo y de urgencia o después de una prostatectomía radical o resección transuretral (RTU). Consisten en contraer de manera vigorosa los músculos pubococígeos sin utilizar los músculos del abdomen

o glúteos. El número de veces que debe repetirse, varía en función de cada paciente; lo óptimo son 30 minutos diarios de ejercicios. La duración mínima requerida para conseguir beneficios es de 15 a 20 semanas; se han reportado beneficios objetivos hasta del 60 a 90%.

6. Bioretroalimentación: Es una forma de aprendizaje o reeducación de la micción, son técnicas desarrolladas para regular la función del suelo pélvico. Son un gran aliado del fisioterapeuta, ya que enseña a controlar una musculatura no visible.

Tratamiento farmacológico

La contracción del detrusor depende de la acción de Ach y de los receptores muscarínicos de la vejiga. Las drogas antimuscarínicas son efectivas en el tratamiento de la IU de urgencia, pero los efectos adversos son frecuentes, como el delirium, deterioro cognitivo, hipotensión ortostática, caídas y arritmias cardíacas, por lo que su uso debe ser cuidadoso.

Nuevos agentes antimuscarínicos (Oxibutinina y Tolterodine)¹⁸ son una buena alternativa ya que se han reconocido cinco subtipos de receptores muscarínicos M1, M4, M5, M2 y M3 y receptores colinérgicos de predominio en vejiga (figura 2), los cuales juegan un papel muy importante en la inhibición y relajación de las contracciones del músculo detrusor.

La oxibutinina es el agente antimuscarínico con mayores efectos anticolinérgicos como boca seca, mareos, visión borrosa y delirium.

El Tolterodine es más selectivo, con efectividad similar pero con menor frecuencia de efectos adversos comparado con oxibutinina. Además de Trosipium, utilizado en Europa en las últimas tres décadas aprobado por la FDA con efecto M2 y M3 que atraviesa la barrera hematoencefálica, por lo que su uso en adultos mayores es limitado.¹

Tratamiento quirúrgico

La cirugía es el tratamiento de elección para la IU de esfuerzo grave o para aquella que no ha respondido al tratamiento conservador. El propósito es colocar el cuello vesical y la uretra proximal en una posición intrabdominal y lograr una compresión adecuada de la unidad esfinteriana. Las técnicas más utilizadas son la colposuspensión de Burch o la de Marschall-Marchetti-Krantz, con tasa de curación de 90%. La cirugía además es el tratamiento de elección para las dificultades del vaciamiento urinario debidas a obstrucción uretral extrínseca causadas por la compresión de un útero miomatoso o una hiperplasia prostática benigna.

Conclusiones

La IU es altamente prevalente en el adulto mayor y se asocia a una importante comorbilidad y a un incremento en la mortalidad.

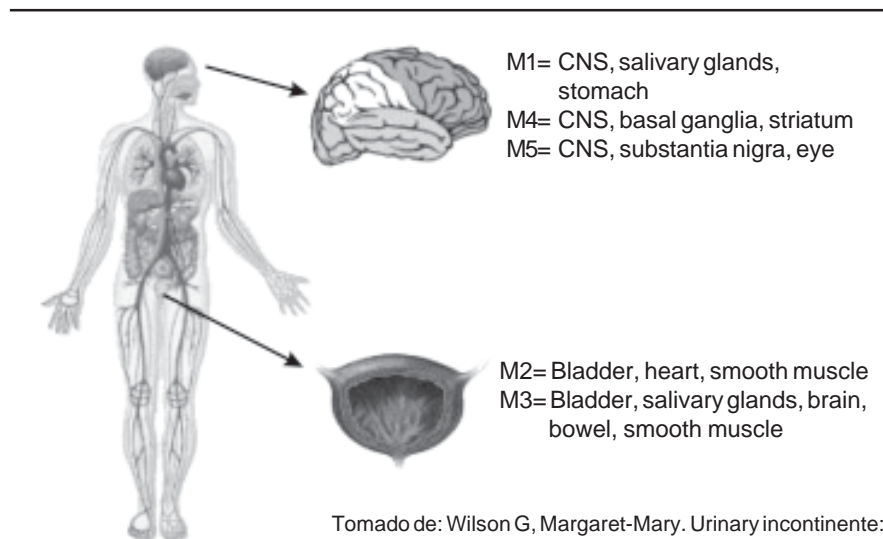
La atención de enfermería, como servicio de primer contacto, se resalta en la participación para realizar un exhaustivo examen clínico que deberá incluir la búsqueda

intencionada de este padecimiento y sus implicaciones médicas y sociales. Para su identificación se reconocen los diferentes tipos de incontinencia antes mencionados, sin embargo, es importante considerar las formas mixtas.

El tratamiento conservador (no farmacológico) en el adulto mayor, es un recurso de atención muy valioso que tiene como finalidad mejorar la independencia funcional y la calidad de vida de las personas de edad avanzada que se encuentran en la comunidad, incluso de los que están en unidades de cuidados prolongados (asilos).

El cuidado de enfermería debe profundizar en las medidas no farmacológicas, enfocarse en la capacitación de los pacientes para la realización continua y adecuada de todas las medidas conservadoras, contribuir con el paciente en la selección de productos protectores adecuados (pañales) que ofrezcan seguridad y confianza; en muchos de los casos, convencer al paciente que el uso de protectores es un recurso de fácil alcance, genera confort, previene lesiones e infecciones de piel, mucosas y del tracto genitourinario, ofrece protección contra el olor, incluso es conveniente desde el punto de vista económico.

Figura 2. Receptores muscarínicos



Tomado de: Wilson G, Margaret-Mary. Urinary incontinent: Selected Current Concepts. Med Clin N. Am, 2006

Referencias

1. Wilson MM. Urinary incontinence: selected current concepts. *Med Clin North Am* 2006; 90(5):825-36.
2. Tallis RC, Filit HM. *Geriatría Brocklehurst's*. Madrid: Marbán, 2005. p. 1323.
3. Salgado Alba A, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT. Asistencia en atención primaria de salud. En: *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. Barcelona: Masson, 1996. p. 17-26.
4. Kane RA and Rubenstein LZ. Assessment of functional status. En John Pathy, MS, editor. *Principles and practice of geriatric medicine*. 3rd ed. Chichester; New York: J. Wiley, 1998. p. 209-220.
5. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J Gerontol*. 1975; 30(1):85-9.
6. Bennahum DA, Forman WB, Vellas B, Albaredo JL. Life expectancy, comorbidity, and quality of life. A framework of reference for medical decisions. *Clin Geriatr Med*. 1997; 13(1):33-53.
7. Brocklehurst JC, The Bladder, En Brocklehurst JC, Tallis RC, Filit HM (ed). *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992. p. 629-646.
8. Bradway C. Urinary incontinence among older women. Measurement of the effect on health-related quality of life. *J Gerontol Nurs*. 2003; 29(7):13-19.
9. Baztan JJ, Arias E, Gonzalez N, Rodriguez de Prada MI. New-onset urinary incontinence and rehabilitation outcomes in frail older patients. *Age Ageing*. 2005; 34(2):172-175.
10. Staskin DR. Age-related physiologic and pathologic changes affecting lower urinary tract function. *Clin Geriatr Med*. 1986; 2(4):701-710.
11. DeLancey JO. Anatomy and embryology of the lower urinary tract. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1989; 16(4):717-731.
12. Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzio F, Bernabei R, Silvernet-HC Study Group. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age Ageing*. 2003; 32(2):194-199.
13. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management clinical practice guideline. Number 2 (1996 update) AHCPR publication No. 96-0682: march 1996. [En línea] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat6.chapter.9995> (Consultado 10/11/2006).
14. Ames D, Hastie IR. Urinary incontinence. *Postgrad Med J*. 1995; 71(834):195-197.
15. Klauser A, Frauscher F, Strasser H, Helweg G, Kolle D, Strohmeyer D, et al. Age-related rhabdosphincter function in female urinary stress incontinence: assessment of intraurethral sonography. *J Ultrasound Med*. 2004; 23(5):631-637.
16. American Medical Directors Association. Issues how-to guide for protocols on long-term care resident assessment. *LTC Regul Risk Liabil Advis*. 2000; 8(25):7-8.