

Tema 20

Incontinencia urinaria en el paciente geriátrico

CARLOS VERDEJO BRAVO

Servicio de Geriátria. Hospital Clínico San Carlos.
Universidad Complutense. Madrid.

Presentación del problema en geriatría

El paciente mayor y el paciente geriátrico no son exactamente lo mismo. Este último se define por una serie de características que lo diferencian de otros pacientes tanto en la forma de presentar y padecer una enfermedad como en sus repercusiones. Siguiendo los criterios propuestos por el Insalud en el año 1996, podemos definir al paciente geriátrico como una persona que cumpla tres o más de los siguientes requisitos: edad superior a los 75 años, presencia de pluripatología relevante, tendencia a la incapacidad del proceso o enfermedad principal, existencia de patología mental acompañante o predominante y una situación social problemática en relación con su estado de salud.

En este grupo de pacientes se presenta una serie de problemas médicos específicos que, por su elevada prevalencia y por el impacto negativo que generan, reciben el nombre de síndromes geriátricos, entre los cuales se encuentra la incontinencia urinaria (Tabla 1).

Tabla 1. Principales síndromes geriátricos

- Caídas.
- Confusión.
- Demencia.
- Depresión.
- Impotencia.
- Incontinencia.
- Inmovilidad.
- Malnutrición.
- Úlceras por presión.
- Yatrogenia.

Tabla 2. Principales requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria en el paciente mayor

- Almacenamiento adecuado en el tracto urinario inferior.
- Vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- Motivación suficiente para ser continente.
- Capacidad cognitiva suficiente para percibir el deseo miccional.
- Movilidad y destreza suficientes para alcanzar el retrete.
- Supresión de las barreras ambientales que limiten el acceso al retrete.

La opinión actual es que la continencia urinaria es una función básica que en el anciano sano se debe mantener, independientemente de su edad, y que la pérdida de la continencia debe ser interpretada como un síntoma de una disfunción, bien del tracto urinario inferior o de algún otro sistema integrado en el mantenimiento de la continencia urinaria. Dicho de otra forma, la incontinencia **no es un fenómeno normal del envejecimiento**.

En el anciano, como sucede a otras edades, es preciso que se cumplan varios requisitos para el mantenimiento de la continencia urinaria. Algunos de ellos, aunque se dan por sentado en el adulto sano, deben valorarse específicamente en el paciente mayor^(1, 2) (Tabla 2).

Definición y valoración del impacto de la incontinencia

Obviamente, cualquier proceso que interfiera con alguno de estos requisitos puede llegar a producir la pérdida de la continencia urinaria. No obstante, pueden aplicarse diferentes criterios para considerar la incontinencia urinaria, dependiendo fundamentalmente de la frecuencia y severidad de la misma. La tendencia actual es a tratar de homogeneizar estos criterios, y seguir el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia que recientemente lo modificó, definiéndola como “la pérdida involuntaria de orina que condiciona cualquier problema higiénico al paciente”⁽¹⁻⁴⁾.

Las repercusiones que conlleva este problema de salud pueden ser múltiples y variadas, no dependiendo directamente de la severidad del mismo, al verse influido por factores individuales que pueden condicionar un mayor o menor impacto en la calidad de vida del anciano^(2, 5, 7). Las principales repercusiones se resumen en la Tabla 3.

Con intención de conocer las repercusiones de la incontinencia en diferentes aspectos de la vida y la salud del paciente geriátrico se han diseñado diversos cuestionarios, con los que es posible medir de forma sistematizada la influencia que la pérdida de la continencia tiene sobre determinadas actividades o funciones del paciente, si bien hay que destacar que la gran mayoría de es-

Tabla 3. Principales repercusiones de la incontinencia urinaria

- *Médicas:* infecciones urinarias, úlceras cutáneas, caídas.
- *Afectivas:* pérdida de autoestima, ansiedad, depresión.
- *Sociales:* aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar, mayor necesidad de recursos socio-sanitarios, mayor riesgo de ingreso en residencia.
- *Económicos:* elevado coste de las complicaciones y de las medidas paliativas (absorbentes, colectores, sondas).

tos cuestionarios fueron diseñados para mujeres jóvenes, aunque su administración está validada en otros grupos de pacientes (Tabla 4).

En estos cuestionarios se valoran aspectos específicos acerca de la incontinencia (frecuencia, severidad) junto con otros síntomas urinarios (polaquiuria, disuria), y de qué forma repercute sobre la función física (movilidad), la esfera psicológica (conducta emocional, ansiedad, comunicación), las relaciones sociales, la calidad de vida, la actividad sexual, etc. ⁽⁸⁻¹²⁾.

Resulta difícil conocer con exactitud la prevalencia de la incontinencia en la población anciana, ya que los estudios epidemiológicos disponibles poseen una serie de limitaciones (tamaño y heterogeneidad de las muestras, nivel asistencial estudiado, colección de los datos, concepto y características de la incontinencia, duración del estudio) que explican que las cifras oscilen dentro de amplios intervalos. De forma general, y extrapolando datos de otros países, se considera que entre un 10 y un 15% de los sujetos mayores de 65 años que viven en la comunidad sufren incontinencia, frente al 30-40% en caso de ingreso hospitalario por un proceso agudo, alcanzando su máxima prevalencia (50-60%) en los pacientes institucionalizados ^(1, 2, 5, 13-21).

No obstante, es sorprendente el bajo índice de consulta que genera en el anciano (aproximadamente sólo un tercio de los ancianos incontinentes consultan al médico sobre este problema), influyendo en ello factores individuales, socioculturales y puramente asistenciales ^(1, 2, 22). Por ello, se recomienda que de forma sistemática se investigue acerca de la continencia urinaria al recoger la

Tabla 4. Cuestionarios para valorar el impacto de la incontinencia urinaria

- The sickness impact profile.
- The bristol female lower urinary tract symptoms.
- The quality of life of persons with urinary incontinence (I-QOL).
- The york incontinence perceptions scale (YIPS).
- The incontinence impact questionnaire.
- The urogenital distress inventory.
- The international consultation on incontinence questionnaire (ICIQ).

historia clínica general, con intención de detectar lo más pronto posible la pérdida de esta función básica.

Influencia del envejecimiento en la continencia urinaria

Es indudable que el envejecimiento fisiológico (o sea, los cambios derivados solamente del paso de los años, sin influencia de la enfermedad) se relaciona con una serie de cambios en distintas estructuras de nuestro organismo que pueden interferir con la continencia urinaria (tracto urinario inferior, próstata, vagina, sistema nervioso central), aunque no se puede ni debe aceptar que el envejecimiento fisiológico por sí mismo conlleve la pérdida de la continencia urinaria ^(1, 2, 5, 23, 24) (Tabla 5).

Estas modificaciones fisiológicas no bastan para causar una incontinencia. La elevada prevalencia de esta enfermedad en los mayores se explica mejor por su relación con la comorbilidad (envejecimiento patológico) y la polifarmacia. Estos, junto con el deterioro funcional físico y/o mental por cualquier causa, son los factores más directamente relacionados con la aparición de incontinencia urinaria en el anciano ^(1, 2, 5, 6) (Tabla 6).

Tabla 5. Cambios ligados al envejecimiento fisiológico que pueden influir sobre la continencia urinaria

Sistema nervioso central	↓ del nº de neuronas
Sistema nervioso autonómico	↓ del nº de nervios autonómicos
Vejiga	<p><i>Alteraciones anatómicas:</i> Ø del nº de nervios autonómicos ↑ de la trabeculación Desarrollo de divertículos</p> <p><i>Alteraciones funcionales:</i> ↓ capacidad ↓ acomodación ↓ capacidad de diferir la micción ↑ el número de contracciones involuntarias ↑ residuo postmiccional</p>
Uretra	<p><i>Alteraciones anatómicas:</i> ↓ en el número de células y sustitución por tejido fibroso</p> <p><i>Alteraciones funcionales:</i> ↓ acomodación ↓ presión de cierre</p>
Próstata	Crecimiento, hiperplasia
Vagina	↓ células y atrofia epitelial
Suelo Pélvico	Debilidad muscular, ↑ depósito de colágeno, fibrosis.

Tabla 6. Enfermedades no urinarias implicadas más frecuentemente en la pérdida de la continencia urinaria de los mayores

- *Patología neurológica:* demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, hidrocefalia, tumores, neuropatías autonómica y periférica.
- *Deterioro de la movilidad:* patología osteoarticular, secuelas de fractura de cadera, enfermedad de Parkinson, secuelas de ictus, obesidad, privación visual.

Además, es importante destacar que los fármacos desempeñan un papel etiológico considerable en la etiología de la incontinencia del anciano ^(1,2,5,25). Los mecanismos por los que cada medicamento puede producir la pérdida de la continencia urinaria podrá ser diferente, como se detalla en la Tabla 7.

Tipos clínicos de incontinencia urinaria

Es posible caracterizar desde el punto de vista clínico la pérdida involuntaria de orina. Se acepta que ésta puede ocurrir precedida de urgencia miccional (**“incontinencia de urgencia”**), o bien precipitarse por maniobras que aumenten la presión intraabdominal como la tos, risa, esfuerzos, estornudos, etc. (**“incontinencia de esfuerzo”**). En ocasiones, pueden existir las dos presentaciones asociadas (**“síntoma incontinencia mixta”**), e incluso es posible que la incontinencia aparezca de una forma inconsciente, denominándose **“incontinencia sin percepción del deseo miccional o inconsciente”** ^(1, 2, 5, 7).

Se ha intentado establecer una correlación entre los tipos clínicos de incontinencia y el mecanismo productor de la misma, aunque no se ha encontrado un modelo fiable que pueda predecir con la suficiente sensibilidad estas asociaciones. No obstante, y con limitaciones metodológicas, al-

Tabla 7. Fármacos relacionados con incontinencia y mecanismo implicado

Fármacos	Mecanismo implicado
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria, urgencia miccional.
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirium
Antipsicóticos	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad, delirium
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica
Calcio-antagonistas	Retención urinaria, estreñimiento, impactación fecal
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal, delirium
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, delirium

gunos autores comunican una correlación entre la urgencia-incontinencia y la Hiperactividad vesical, así como entre la incontinencia con la tos y la incontinencia de estrés^(26, 28).

Clasificación clínica de la incontinencia

Incontinencia transitoria (o aguda)

Se definen así los casos de incontinencia de corta evolución (menos de 4 semanas), así como a aquellas situaciones en las que la pérdida de la continencia urinaria se considera como funcional, sin que necesariamente tenga que existir una alteración estructural responsable de la misma. En estos casos, mediante la historia médica, la exploración física y la analítica se podrá descubrir un porcentaje considerable de los procesos responsables de la incontinencia. El tratamiento estará basado en la corrección de esos factores^(1, 2, 5, 7, 29, 31).

En la Tabla 8 se presentan los principales procesos etiopatogénicos considerados como responsables de incontinencia transitoria en los pacientes geriátricos.

Para facilitar la memorización de estas causas, algunos autores anglosajones han propuesto la utilización de reglas mnemotécnicas, como DRIP (*goteo*) o DIAPPERS (*pañales*), que recogen las principales causas transitorias (Tabla 9).

Incontinencia establecida (o crónica)

Existen otro grupo de procesos que causan incontinencia urinaria en los que ya existen alteraciones estructurales, bien del tracto urinario, bien fuera de él, responsables de la pérdida de la continencia urinaria, y que reciben el nombre de **“causas establecidas o crónicas”**^(1, 2, 5, 7, 29, 31) (Tabla 10).

Tabla 8. Causas transitorias de incontinencia urinaria frecuentes en los ancianos

- Delirium (síndrome confusional agudo).
- Infección urinaria.
- Fármacos.
- Impactación fecal.
- Alteraciones metabólicas: ↑ glucosa y calcio, ↓ potasio.
- Vaginitis atrófica.
- Inmovilidad.
- Alteraciones psicológicas.

Tabla 9. Reglas mnemotécnicas para recordar las causas transitorias de Incontinencia en los ancianos

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

Tabla 10. Causas establecidas o crónicas de incontinencia urinaria más frecuentes en los pacientes geriátricos

HIPERACTIVIDAD VESICAL

- Patología neurológica (Parkinson, ACV, demencia, hidrocefalia, tumores).
- Patología vesical (litiasis, neoplasia, infección).
- Obstrucción del tracto urinario inferior (hiperplasia prostática, estenosis uretral).
- Idiopática.

INCONTINENCIA DE ESTRÉS

- Debilidad de la musculatura del suelo pélvico (partos múltiples, cirugía ginecológica, hipoestrogenismo).
- Debilidad o lesión del esfínter uretral (resección transuretral de próstata, cirugía pélvica).

INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO

- Obstrucción del tracto de salida (hiperplasia prostática, estenosis uretral).
- Arreflexia vesical (lesiones medulares, neuropatía autonómica y/o periférica).
- Hiperreflexia del detrusor con contractilidad alterada.

INCONTINENCIA FUNCIONAL

- Deterioro cognitivo severo.
- Inmovilidad.
- Alteraciones psicológicas (depresión, inhibición, falta de motivación).
- Barreras arquitectónicas que impiden el acceso al retrete.
- Falta de cuidadores.

Habitualmente la duración de la incontinencia suele ser superior a las 4 semanas, y en la gran mayoría de los casos se requiere la contribución de la urodinámica para descubrir el mecanismo productor de la incontinencia. Es importante recordar que algunas causas transitorias de incontinencia urinaria pueden contribuir a manifestar o agravar una forma establecida (hecho frecuente en

los pacientes mayores), y que en el anciano no es infrecuente la existencia de incontinencias mixtas, en las que se combinan diferentes mecanismo etiopatogénicos.

A continuación se exponen las características fundamentales de los distintos tipos de incontinencia establecida y sus especificidades en el pacientes mayor.

Hiperactividad vesical

Es la causa más común de incontinencia urinaria establecida en el anciano. Aparece cuando la vejiga escapa del control inhibitorio que ejerce el SNC, y se producen espontáneamente contracciones involuntarias del detrusor. El problema etiológico puede estar en el sistema nervioso central (fundamentalmente la corteza) o a nivel vesical. Clínicamente se caracteriza por urgencia miccional y polaquiuria, produciéndose escapes de volúmenes de orina moderados o grandes ^(1, 2, 32-34).

Estrés

Es más común en las mujeres ancianas e infrecuente en los varones, excepto cuando el esfínter uretral externo ha sido dañado durante la resección prostática. Las causas suelen estar relacionadas con una debilidad del suelo pélvico, relacionándose con partos múltiples, hipoestrogenismo, obesidad y cirugía pélvica. Suelen ser escapes de orina de pequeño volumen y se presentan cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como sucede con la tos, esfuerzos, risa, etc.

Rebosamiento

Aparece cuando la presión intravesical excede la presión uretral, siempre que existan grandes volúmenes de orina en el interior de la vejiga. Los dos mecanismos básicos de producción son: 1) obstrucción del tracto urinario de salida, y 2) arreflexia vesical. Los síntomas clínicos son la dificultad para iniciar la micción, la sensación de micción incompleta, los episodios de retención urinaria y en ocasiones la ausencia de deseo miccional. Los 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.

Dentro de este grupo puede incluirse una entidad bastante característica de la población anciana que padece deterioro funcional, y que se denomina hiperactividad del detrusor con contractilidad alterada (*Detrusor Hyperactivity with Impaired Contractility*, DHIC) cuyo diagnóstico urodinámico se incluye en la “*Agency for Health Care Policy and Research Adult Incontinence Guidelines*” como: “Pacientes que tienen contracciones involuntarias del detrusor a pesar de las cuales no podrían vaciar la vejiga completamente. Clínicamente, los pacientes con DHIC generalmente tienen síntomas de urgencia incontinencia y un elevado residuo postmiccional, pero podrían tener también síntomas de obstrucción, incontinencia de estrés, o incontinencia por rebosamiento. La DHIC debe de

ser distinguida de otros tipos de incontinencia urinaria porque puede simularlos, dando lugar a un diagnóstico y tratamiento incorrectos". La DHIC debe ser considerada como un tipo fisiopatológico diferente de hiperactividad vesical y se presenta con una semiología paradójica: la vejiga es hiperactiva pero el vaciamiento es ineficiente. Esta alteración del vaciado se debe a una disminución de la contractilidad del detrusor y se asocia con trabeculación vesical, una velocidad de contracción vesical lenta, fuerza de reserva del detrusor pequeña y un residuo postmiccional significativo. Supone la segunda causa de incontinencia en los ancianos institucionalizados, que padecen una mayor comorbilidad y un deterioro funcional, detrás de la hiperactividad vesical.

Funcional

Existen determinadas situaciones, como la demencia o la incapacidad física severas, que pueden ser las responsables de la incontinencia. No obstante, este diagnóstico debería utilizarse por exclusión de los otros mecanismos etiopatogénicos, ya que no es infrecuente que los pacientes severamente incapacitados puedan ser incontinentes por otro proceso diferente del puramente funcional (inestabilidad, obstrucción, arreflexia, formas mixtas) o añadido a él.

Orientación diagnóstica del anciano con incontinencia

Conviene recordar que la etiología de la incontinencia en el anciano es muchas veces multifactorial, por lo que es necesario llevar a cabo una valoración multidimensional. En ocasiones, la valoración del anciano con incontinencia puede resultar compleja y precisar de exploraciones técnicas para conocer el mecanismo productor de la misma.

Actualmente no está suficientemente consensuada la extensión de la valoración diagnóstica, debiendo plantearse de forma individual y en base a las características de cada paciente (clínicas, funcionales, mentales), así como de la repercusión que la incontinencia provoca en cada caso. De una forma general se acepta que existen dos niveles de valoración diagnóstica, uno considerado *básico* que recae sobre el médico de atención primaria, y otro *especializado* que será realizado por urólogo, ginecólogo o geriatra.

Dentro de la valoración básica se incluyen la historia médica, una evaluación funcional, una exploración física y un estudio analítico. Mediante este protocolo diagnóstico, que puede efectuarse en un total de dos visitas médicas, será posible descubrir un porcentaje considerable de causas tratables de incontinencia urinaria. De forma esquemática se exponen los diferentes aspectos a considerar en la valoración diagnóstica básica ^(1, 2, 5, 7, 35-38).

1. Historia médica general

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

2. 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 familiar recoge las micciones voluntarias, los escapes involuntarios así como su motivo, junto con otros síntomas urinarios (Figura 1).

SERVICIO DE GERIATRÍA - HOJA AMBULATORIA DE REGISTRO MICCIONAL				
PACIENTE:				
FECHA:				
Intervalo de tiempo	Micción voluntaria	Volumen	Escape involuntario	Motivo
6 a 8				
8 a 10				
10 a 12				
12 a 14				
14 a 16				
16 a 18				
18 a 20				
20 a 22				
22 a 24				
NOCHE				
NUMERO TOTAL DE ABSORBENTES UTILIZADOS:				
OTROS DATOS DE INTERÉS (ingesta hídrica, acceso al retrete...):				

Figura 1: Hoja de registro miccional.

3. Valoración funcional básica

En todo paciente con incontinencia interesa conocer cómo se encuentra la *movilidad*, para lo cual es suficiente ver cómo deambula mientras entra en la consulta, y su habilidad para levantarse de una silla, recorrer una distancia de 3 metros y volver a sentarse (simulando la necesidad de ir al retrete a orinar). Asimismo es importante valorar la *función mental*, apreciando durante la entrevista si existen rasgos de deterioro cognitivo o no, y profundizando posteriormente en caso de detectarlos.

4. Exploración física

Dirigida a descubrir alteraciones anatómicas responsables de la pérdida de la continencia. Sistemáticamente se debe realizar una *exploración abdominal*, un *tacto rectal* (tono del esfínter anal, ocupación de la ampolla rectal por heces o masas, volumen y características de la próstata), una *exploración vaginal* (vaginitis atrófica, cistocele) y una *exploración neurológica* (marcha, focalidad neurológica, sensibilidad perineal).

La *medición del residuo vesical postmiccional* ha demostrado ser una técnica muy útil para descubrir un residuo patológico. Se debe realizar unos 5 y 10 minutos después de orinar, con una sonda rígida en la mujer y una sonda de Foley (calibre 12-14) en el varón. La existencia de un residuo elevado (>100 cc), indica una obstrucción al tracto urinario de salida o una alteración contráctil del detrusor.

5. Estudio analítico básico

Incluye una bioquímica (glucosa, iones, calcio, función renal) y una orina (sedimento y cultivo).

6. Remisión al especialista

Hasta aquí puede llegar sin problemas el médico general, y probablemente pueda resolver un porcentaje significativo de casos, especialmente descartando incontinencias transitorias. Sin embargo, una vez completada la evaluación básica, puede ser necesaria la participación de un especialista, fundamentalmente el urólogo, para llegar a conocer el mecanismo productor de la incontinencia. La gran mayoría de las veces, los pacientes son remitidos al especialista para estudio urodinámico.

Actualmente se aceptan los siguientes motivos para enviar el paciente al especialista (urólogo, ginecólogo, geriatra):

- 1) Evidencia o sospecha de patología orgánica subyacente:
 - Dificultad para pasar el catéter
 - Residuo postmiccional elevado
 - Infecciones urinarias de repetición
 - Hematuria sin causa conocida
 - Marcados cambios anatómicos (prolapso, hiperplasia prostática)
- 2) No haber descubierto una causa transitoria de incontinencia, mediante la valoración básica, y considerar que la situación del anciano que sufre incontinencia va a mejorar con la intervención del especialista.
- 3) En caso de haber corregido alguna causa transitoria de incontinencia, considerada como responsable de la misma, el hecho de que persista la incontinencia.
- 4) Etiología desconocida, y que el paciente pueda mejorar con su intervención.

Esquema terapéutico de la incontinencia urinaria del anciano

En el manejo del anciano con incontinencia urinaria deben considerarse diversos aspectos, que no son excluyentes entre sí, debiendo ser usados de forma complementaria para obtener los mejores resultados terapéuticos. Actualmente se considera que con las diferentes opciones terapéuticas es posible recuperar la continencia urinaria en un porcentaje próximo al 40-50% de los mayores, disminuyendo la severidad de la incontinencia en otro 20-30% de los casos. No obstante, hay que ser muy realistas en el planteamiento de los objetivos terapéuticos, ya que en determinadas condiciones patológicas (demencia severa, inmovilidad, enfermedades neurológicas en fases avanzadas) habrá que perseguir la disminución de la severidad de la incontinencia y no la curación ^(1, 2, 5, 7, 15, 39).

A continuación se desarrollan las principales opciones terapéuticas en el manejo de la incontinencia urinaria del anciano (Tabla 11).

Tabla 11. Manejo de la incontinencia urinaria en el paciente geriátrico

MEDIDAS GENERALES (para todos los pacientes) ^(40, 41)

- Modificación del hábitat y del entorno, disminuyendo las barreras arquitectónicas, y tratando de conseguir que el retrete sea lo más accesible posible, o que el anciano pueda disponer de un orinal o cuna sanitaria para utilizarla cuando precise.
- Medidas higiénicas y dietéticas. Se debe reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té). En los casos de nicturia e incontinencia nocturna se puede limitar la ingesta de líquidos a partir de la merienda.
- Medidas paliativas. En algunos ancianos, y de forma complementaria a otras actuaciones, se pueden utilizar los absorbentes (o los colectores externos en varones sin obstrucción al tracto de salida), para tratar de minimizar las repercusiones de este problema.
- Reducción o cambio de los fármacos potencialmente implicados en la aparición de incontinencia urinaria.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA ^(1, 2, 5, 7, 40-42)

Estas técnicas, usadas desde hace bastantes años, persiguen el restablecimiento de un patrón normal de vaciamiento vesical, tratando de promover así la continencia. Se encuadran en dos grupos, dependiendo de la posibilidad de ser efectuadas por el propio paciente o por el cuidador. Todas ellas resultan altamente eficaces en el manejo de la incontinencia urinaria, consiguiéndose una mejoría significativa, e incluso la recuperación de la continencia urinaria.

Dependientes del propio paciente

- **Ejercicios del suelo de la pelvis (de Kegel).** Consisten en la realización de contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico (unas 25-30 cada sesión), debiéndose efectuar unas 3 ó 4 sesiones diarias. Su objetivo es incrementar la resistencia del suelo pélvico, siendo muy útiles en la incontinencia de esfuerzo.
- **Reentrenamiento vesical.** Se pretende restablecer el hábito miccional mediante un esquema variable de vaciamiento vesical. Para ello, y sobre la base de la hoja de registro miccional de cada paciente, se indicará individualmente la periodicidad de las micciones voluntarias. De forma progresiva se irá prolongando la periodicidad de las micciones voluntarias, hasta conseguir una frecuencia miccional diurna de cada 3-4 horas. Suele utilizarse esta modalidad en la incontinencia por urgencia, y en las incontinencias de corta evolución (tras sondaje vesical, por fármacos, etc.).
- **Biorretroalimentación.**

Dependientes de los cuidadores del paciente

- **Entrenamiento del hábito miccional.** En pacientes severamente incapacitados, es posible reducir el número de escapes mediante la instauración de un esquema variable de vaciamiento vesical, incrementándose progresivamente la periodicidad hasta conseguir una frecuencia miccional de cada 3 horas.
- **Micciones programadas.** En este caso, el 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 2 horas. Es usado con frecuencia en las residencias.

TRATAMIENTO DE LAS CAUSAS TRANSITORIAS

Cada causa transitoria tendrá su tratamiento específico (antibióticos, estrógenos, corrección de las alteraciones metabólicas, rehabilitación física, etc.). Tras su cumplimiento se deberá reevaluar la recuperación o no de la continencia o la modificación de la severidad de los escapes.

TRATAMIENTO EMPÍRICO FARMACOLÓGICO

En algunos pacientes seleccionados, con sintomatología fundamentalmente irritativa y con un residuo postmiccional normal, puede plantearse de forma individualizada un tratamiento farmacológico empírico con escasos efectos secundarios (tolterodina, soliferacina), valorando muy estrechamente la aparición de éstos y evaluando la respuesta clínica tras al menos 8 semanas de tratamiento. Especialmente, en el caso de los varones, hay que vigilar estrechamente la aparición de complicaciones (retención urinaria).

TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD VESICAL ⁽⁴³⁻⁵⁰⁾

- **Fármacos.** Actualmente no está del todo claro el lugar que ocupan los fármacos en el manejo de este tipo de incontinencia, ya que su eficacia clínica puede ser similar incluso a las técnicas de modificación de conducta. Los fármacos que se han mostrado más eficaces han sido:

- *tolterodina*: antimuscarínico selectivo de los receptores vesicales;
- *oxibutinina*: de acción mixta anticolinérgica y relajante muscular, dosis recomendada 2,5 mgr/8 horas.

Otros fármacos, con diferentes mecanismos de acción, también se han utilizado aunque con menor efectividad demostrada (imipramina: antidepresivo tricíclico con acción agonista alfa adrenérgica y anticolinérgica; cloruro de trospio: anticolinérgico; flavoxato: relajante muscular; doxepina: antidepresivo mixto con acción anticolinérgica).

Recientemente se ha comercializado en nuestro país la soliferacina (antimuscarínico M3 selectivo), con buenos resultados preliminares tanto en relación con su efectividad como con su perfil de seguridad ⁽⁵¹⁾.

En el anciano, para evitar efectos secundarios (fundamentalmente derivados de la actividad anticolinérgica) se deberá comenzar siempre con dosis muy bajas de todos estos fármacos y aumentarlas muy progresivamente hasta conseguir el efecto deseado o la dosis máxima siempre que no aparezcan efectos secundarios.

- Estimulación eléctrica. Mediante la administración de corriente farádica o interferencial se puede lograr relajar la vejiga y recuperar el control miccional. Los resultados son heterogéneos, ya que proceden de estudios con pocos pacientes y con metodologías diferentes.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ESTRÉS

- **Cirugía.** Se considera el tratamiento de elección, ya que consigue la fijación de la musculatura pélvica. La técnica más extendida y con mejores resultados es la de Marshall-Marchetti.
- **Fármacos.** Como alternativa a la cirugía se han utilizado la fenilpropanolamina (un agonista alfa adrenérgico) o la imipramina, bien solos o asociados con estrógenos para mejorar las alteraciones locales provocadas por el hipoestrogenismo, si bien los resultados pueden ser positivos, no superan a la técnica quirúrgica. Próximamente se va a comercializar la duloxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y serotonina a nivel de S2-S4, con una buena eficacia demostrada en los estudios preliminares) ⁽⁵²⁻⁵³⁾.

- **Conos vaginales.** a través de un sistema de conos vaginales, con el mismo tamaño pero con pesos diferentes, se pretende reforzar de forma progresiva la musculatura pélvica. Su mecanismo de acción es similar a los ejercicios del suelo pélvico, aunque puede facilitar el cumplimiento de esta técnica.
- **Estimulación eléctrica.** En este tipo de incontinencia la corriente eléctrica se utiliza para aumentar la resistencia de la musculatura pélvica y recuperar la función de soporte de estas estructuras.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO

- **Obstrucción al tracto urinario de salida.** En este tipo de incontinencia se debe plantear siempre la corrección quirúrgica de la obstrucción (hiperplasia prostática, estenosis uretral).
- **Arreflexia vesical.** En este caso la técnica de elección es el sondaje vesical intermitente, recurriendo sólo al sondaje permanente, cuando la situación funcional del paciente o bien la falta de apoyo familiar o social, impidan la realización de esta técnica.

INCONTINENCIA FUNCIONAL

Se intentará mejorar las condiciones físicas y/o mentales, generalmente mediante un enfoque multidisciplinar. Cuando esto no fuera posible, se intentará reforzar la actitud de los cuidadores para establecer un programa de micciones programadas (cada 2 horas), disminuyendo la severidad de la incontinencia y evitando las principales complicaciones.

MEDIDAS PALIATIVAS

En ancianos con deterioro funcional o una incontinencia severa, con afectación importante de la calidad de vida, se pueden utilizar de forma adicional una serie de medidas dirigidas a ofrecer alivio o bienestar (absorbentes, colectores externos, sistemas oclusivos uretrales o tapones uretrales femeninos), sin perseguir la recuperación de la continencia^(54, 55).

Bibliografía

1. Ouslander JG. Geriatric urinary incontinence. Dis Mon 1992; 2: 70-149.
2. Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research. Rockville MD (USA). Public Health Service March 1992.
3. Bates P, Bradley WE, Glen E et al. Fourth report on the standardization of terminology of lower urinary tract function. Terminology related to neuromuscular dysfunction of lower urinary tract. Br J Urol 1981; 53: 333-5.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The Standardisation of Terminology in Lower Urinary Tract Function. Neurourol Urodyn 2002; 21: 167-78.
5. Chutkan DS, Fleming KC, Evans MP, Evans JM, Andrews KL. Urinary incontinence in the elderly population. Mayo Clin Proc 1996; 71: 93-101.
6. Grupo de Trabajo de Incontinencia de la SEGG. Manejo de la incontinencia urinaria en el adulto. Madrid: Idepsa, 1997.
7. Verdejo C. Incontinencia urinaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ (eds.). Geriátrica en Atención Primaria (3.ª edición). Barcelona. Aula Médica, 2002, págs. 267-77.
8. Lenderking WR, Nackley JF, Anderson RB, Testa MA. A review of the quality of life. Aspects of urinary urge incontinence. PharmacoEconomics 1996; 9: 11-23.

9. Naughton MJ, Wyman JF. Quality of life in geriatric patients with lower urinary tract dysfunction. *Am J Med* 1997; 314: 219-27.
10. Brown JS, Posner SF, Stewart AL. Urge Incontinence: New Health-Related Quality of Life Measures. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 980-8.
11. Hajjar RR. Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. *Clin Geriatr Med* 2004; 20: 553-64.
12. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004; 23: 322-30.
13. Ames D, Hastie IR. Urinary incontinence. *Postgrad Med J* 1995; 71: 195-205.
14. The Royal College of Physicians of London. Incontinence: causes, management and provision of services. London: Cathedral Print Services Ltd., 1995.
15. Busby-Whitehead J, Johnson TM. Urinary incontinence. *Clin Geriatr Med* 1998; 14: 285-96.
16. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 473-80.
17. McGrother C, Resnick NM, Yalla SV et al. Epidemiology and etiology of urinary incontinence in the elderly. *World J Urol* 1998; 16 (Suppl 1): S3-S10.
18. Adedokun AO, Wilson MMG. Urinary incontinence: historical, global and epidemiologic perspectives. *Clin Geriatr Med* 2004; 20: 399-408.
19. Martín JM^a, Lobo F, Damián J. et al. Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. En: Jiménez Cruz JF (eds.). *Urología Geriátrica*. Madrid. Aula Médica, 1999; págs. 59-72.
20. Pérez del Molino J, Gavira J. Definición, prevalencia, consecuencias y clasificación clínica de la incontinencia urinaria en el anciano. *Geriatría (Monografías de Geriatría y Gerontología)* 2000; (2): 103-30.
21. Zunzunegui Pastor MV. Prevalencia de la Incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2003; 32: 337-42.
22. Umlauf MG, Goode PS, Burgio KL. Psychosocial issues in geriatric urology: problems in treatment and treatment seeking. *Urol Clin North Am* 1996; 23: 127-37.
23. Ouslander JG. Aging and the lower urinary tract. *Am J Med Sci* 1997; 314: 214-8.
24. Verdejo C. Aging of the urogenital system. *Rev Clin Gerontol* 2000; 10: 315-24.
25. Gormley EA, Griffiths DJ, McCracken PN, Harrison GM. Polypharmacy and its effect on urinary incontinence in a geriatric population. *Br J Urol* 1993; 71: 265-9.
26. Jensen JK, Nielsen R, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 904-10.
27. Zinner NR. Clinical aspects of detrusor instability and the value of urodynamics. *Eur Urol* 1998; 34 (suppl 1): 16-9.
28. Griffiths D. Clinical aspects of detrusor instability and the value of urodynamics: a review of the evidence. *Eur Urol* 1998; 34 (suppl 1): 13-5.
29. Dubeau CE, Resnick NM. Evaluation of the causes and severity of urinary incontinence. A critical appraisal. *Urol Clin North Am* 1991; 18: 243-256.
30. Resnick NM. Urinary incontinence. *Lancet* 1995; 346: 94-9.
31. Yim PS, Peterson AS. Urinary incontinence. Basic types and their management in older patients. *Postgrad Med* 1996; 99: 137-50.

32. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff J.W. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997; 50 (suppl 6A): 4-14.
33. Abrams P, Wein J. The overactive bladder and incontinence: definitions and a plea for discussion. *Neurourol Urodynam* 1999; 18: 413-6.
34. Ouslander JG. Management of Overactive Bladder. *N Engl J Med* 2004; 350(8): 786-99.
35. Rousseau P, Fuentevilla-Clifton A. Urinary incontinence in the elderly. Part 1: patient evaluation. *Geriatrics* 1992; 47(June): 22-34.
36. Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. *Am Fam Physician* 1998; 57: 2675-84.
37. Johnson TM, Busby-Whitehead J. Diagnostic assessment of geriatric urinary incontinence. *Am J Med Sci* 1997; 314: 250-6.
38. Palmer RM. Geriatric assessment. *Med Clin North Am* 1999; 83: 1503-23.
39. Rousseau P, Fuentevilla-Clifton A. Urinary incontinence in the elderly. Part 2: management strategies. *Geriatrics* 1992; 47: 37-48.
40. Weinberger MW. Conservative treatment of urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38: 175-88.
41. Füsgen I, Bienstein C, Böhmer F et al. Interdisciplinary care of urinary incontinence in the elderly. *World J Urol* 1998; 16 (Suppl 1): S62-S71.
42. Teunissen TA, De Jonge A, Van Weel C et al. Treating urinary incontinence in the elderly—conservative therapies that work: a systematic review. *J Fam Pract* 2004; 53(1): 25-32.
43. Iqbal P, Castleden CM. Management of urinary incontinence in the elderly. *Gerontology* 1997; 43:151-7.
44. Chutka DS, Takahashi PY. Urinary incontinence in the elderly. Drug treatment options. *Drugs* 1998; 56: 587-95.
45. Thüroff JW, Chartier-Kastler E, Corcus J et al. Medical treatment and medical side effects in urinary incontinence in the elderly. *World J Urol* 1998; 16 (Suppl 1): S48-S62
46. Chapple CR. Muscarinic receptor antagonists in the treatment of overactive bladder. *Urology* 2000; 55 (5A): 33-47.
47. Malone-Lee JG, Walsh JB, Maugourd MF. Tolterodine a safe and effective treatment for older persons with overactive bladder. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 829-30.
48. Andersson KE. Treatment of overactive bladder: other drug mechanisms. *Urology* 2000; 55 (5A): 51-7.
49. Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003; 70 (1): 54-61.
50. Andersson KE. Antimuscarinics for treatment of overactive bladder. *The Lancet Neurology* 2004; 3: 46-53.
51. Kelleher CJ, Cardozo L, Chapple CR, Haab F, Ridder AM. Improved quality of life in patients with overactive bladder symptoms treated with solifenacin. *BJU Int* 2005; 95: 81-5.
52. Millard RJ, Moore K, Rencken R, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial. *BJU Int* 2004; 93 (3): 311-8.
53. Zinner NR. Stress urinary incontinence in women: efficacy and safety of duloxetine. *European Urology Supplements* 2005; 4: 29-37.
54. Díez-Rabago Barrio V. Manejo de la incontinencia urinaria en el paciente geriátrico con deterioro funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34(S3): 59-64.
55. Verdejo C. Urinary and faecal incontinence and dementia. *Rev Clin Gerontol* 2004; 14: 129-36.

