

http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/tratamiento-incontinencia-urinaria.shtml#Escena_1

La incontinencia

Introducción

La incontinencia urinaria se considera **uno de los principales síndromes geriátricos**, y se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, en cantidad o en frecuencia de importancia tal, que puede convertirse en un problema social o higiénico. **La incontinencia urinaria es siempre patológica**, y no debe ser considerada como un cambio normal del envejecimiento; la continencia urinaria se adquiere en la infancia, y la pérdida del control esfinteriano nunca debe ser considerada como normal.

La incontinencia urinaria puede tener importantes efectos en la salud física (contribuye a la aparición de lesiones en la piel e infecciones), pero también en el bienestar psicológico (promueve a la frustración y a la depresión) y social del paciente anciano (produce aislamiento social y necesidad de institucionalización). Sus costes sanitarios son importantes, ya sea para el sistema sanitario o para el propio paciente.

La incontinencia urinaria se presenta con alta frecuencia en la población anciana: se estima que afecta entre un 5 y un 15% de los mayores de 65 años que viven en su domicilio y hasta más de un 50% en los pacientes institucionalizados en centros residenciales o de larga estancia.

Sin embargo, únicamente un tercio de los pacientes de incontinencia urinaria consultan al profesional sobre este problema, ya sea por considerarlo como "normal para la edad", o por problemas de confianza o considerarla una patología vergonzante. Así, el profesional sanitario deberá, en todos los casos, interrogar sobre esta patología en la Valoración Geriátrica Integral.

Causas

Las causas de la incontinencia urinaria pueden ser muy variadas, puesto que cualquier alteración que incida sobre el sistema genitourinario, sobre la función neurológica o sobre la relación de éstos con sus órganos vecinos, podrá ser origen de la aparición del síndrome.

Así, las principales causas de incontinencia urinaria se consideran:

- Modificaciones del sistema genitourinario en la tercera edad (modificaciones en la vejiga, en el músculo detrusor, en la uretra, próstata, vagina, músculos del suelo pélvico),
- Patologías intercurrentes en el proceso de envejecimiento o sus tratamientos farmacológicos (demencia, Parkinson, diabetes, insuficiencia cardíaca, etc.),
- Secuelas de enfermedades anteriores o coexistentes (cirugía, partos, patologías colo-rectales, prostáticas, ginecológicas, etc.),
- Factores sociales (aislamiento, timidez), y
- Factores geográficos (barreras arquitectónicas).

Aunque la incontinencia urinaria crónica o persistente puede tener un tratamiento de éxito incierto, existe un grupo etiológico de incontinencia que puede considerarse frecuentemente reversible: son las incontinencias, sobretudo de duración inferior a las cuatro semanas, producidas por vaginitis, delirio, inmovilidad, infecciones del tracto urinario, impactación fecal, descompensaciones metabólicas y las producidas por fármacos o drogas (cafeína).

Anatomía genitourinaria

Para mantener la continencia urinaria es básica la buena funcionalidad de las estructuras anatómicas que participan en la micción y de su relación con el sistema nervioso: vejiga urinaria, uretra, músculos del suelo pélvico, médula espinal y los nervios periféricos que inervan el aparato urinario. Igualmente, se precisa que el estado cognitivo del paciente, permita reconocer la necesidad de la micción y una adecuada movilidad.

Básicamente, el sistema genitourinario se compone de dos grandes estructuras:

- La vejiga urinaria: reservorio de la orina, que vacía su contenido al contraerse el músculo detrusor que compone parte de su pared.
- La uretra: conducto por donde la orina accede al exterior y que posee unos mecanismos musculares (esfínteres) que permiten o interrumpen el tránsito de la orina hacia el exterior, para lo cual cuenta con la colaboración de estructuras externas al sistema como los músculos del suelo pélvico y otros tejidos.

El control de la micción en el individuo sano después de la infancia debe estar bajo control voluntario. Cualquier alteración en cualquiera de estas estructuras o en la relación funcional entre ellas, podrá inducir la aparición de incontinencia urinaria. También los factores ambientales pueden promover esta patología (habitación, tipo de baño, etc.) así como existen factores iatrogénicos (fármacos empleados para otras patologías, que pueden promover la incontinencia urinaria). También las enfermedades o alteraciones que afecten a los órganos vecinos al sistema genitourinario pueden hacer perder la capacidad de control voluntario y promover la aparición de incontinencia urinaria: sucesos que afecten al colon o al recto, vagina, útero o próstata serán los más frecuentes.

Con el proceso de envejecimiento, el sistema genitourinario sufre también algunos cambios, aún no del todo esclarecidos totalmente: puede influir la disminución de células del sistema nervioso central en los centros de control de la micción, de la musculatura estriada, de los nervios autonómicos y de la actividad hormonal. **Con el envejecimiento se tiende a aumentar la frecuencia de micciones nocturnas (nicturia), posiblemente por una disminución de la capacidad vesical, de su flexibilidad, de la presión máxima de cierre de la uretra, por un aumento del residuo postmiccional y quizás, por un aumento de las contracciones no inhibidas del detrusor. Todos estos cambios se han evidenciado en el sistema genitourinario de la persona anciana de modo fisiológico.**

Valoración diagnóstica

La incontinencia urinaria es un síndrome geriátrico de origen multifactorial; por ello, debe valorarse dentro del proceso de Valoración Geriátrica Integral de manera específica, abarcando las diversas dimensiones del problema y de sus repercusiones sobre el paciente en todos los ámbitos, en especial sobre su vida social y sobre su dimensión emocional y calidad de vida. A menudo se precisan exploraciones complementarias como analíticas de orina o estudios ecográficos o urodinámicos, cistoscopias o uretrocistografías.

Se debe interrogar sobre el momento de aparición de la incontinencia, la cantidad de orina perdida, la frecuencia de la pérdida, las circunstancias que la acompañan y los síntomas asociados.

En casos determinados puede ser conveniente que el paciente anote diariamente y durante una semana la hora y volumen urinario de la pérdida, y si alcanzó o no a llegar al baño, así como la realización de un diario miccional más exhaustivo.

Asimismo, se deben descartar todas las posibles patologías que puedan ser causa de incontinencia reversible y tratable, mediante la historia clínica, la exploración física y las pruebas diagnósticas necesarias.

En la mayoría de los casos, con estas estrategias se puede aproximar el diagnóstico y establecer un plan de tratamiento.

En general, se recomienda la derivación del paciente al especialista en casos de:

- Antecedentes de cirugía del tracto urinario inferior o cirugía pélvica, de irradiación pélvica en los últimos 6 meses, recaída o recurrencia frecuente de infecciones sintomáticas del tracto urinario,
- Prolapso pélvico pronunciado o masa pélvica, hipertrofia prostática o sospecha de carcinoma
- Dificultad marcada en el inicio de la micción o interrupción del chorro urinario, Incontinencia urinaria de esfuerzo marcada en una mujer que sea candidata para cirugía,
- Incontinencia urinaria de esfuerzo en un hombre, dificultad de cateterización, residuo postmiccional mayor a 100 ml.,
- Microhematuria en ausencia de bacteriuria y piuria, o
- Fracaso de la terapia conductual o farmacológica,
- Incertidumbre diagnóstica.

Definición y tipos de incontinencia

Se considera incontinencia urinaria la pérdida involuntaria de orina que cause alguna molestia en el paciente.

Diversas presentaciones y tipos de incontinencia urinaria son:

Según la clínica:

- **Transitoria (aguda)**: la incontinencia sucede sin la existencia de patología estructural durante un período menor a las cuatro semanas, generalmente debida a una enfermedad intercurrente (síndrome confusional, infección urinaria, impactación fecal, inmovilidad, alteraciones metabólicas, etc.) o por los efectos indeseables de un tratamiento farmacológico; puede convertirse en persistente.
- **Persistente (crónica)**: tras descartar las causas de incontinencia aguda, y cuando ésta tiene una duración superior a las cuatro semanas, puede clasificarse a su vez en:
 - **Incontinencia de urgencia (vejiga hiperactiva)**: la pérdida de orina sucede con gran sensación de urgencia miccional (no tienen tiempo de llegar al baño). Es la más común en ancianos, sobretodo en hombres, y suele ser producida por defectos en la regulación del sistema nervioso, obstrucción mecánica del tracto urinario, patología orgánica vesical. A menudo no se puede identificar su origen fisiopatológico
 - **Incontinencia por estrés**: frecuente en mujeres menores de 75 años, y sucede por la pérdida de fuerza de los mecanismos esfinterianos, que no pueden compensar el **aumento de fuerza** que tiene lugar al toser, reír, estornudar, etc., produciéndose una pérdida urinaria en estas situaciones.
 - **Incontinencia por rebosamiento**: no muy frecuente, puede producir retención urinaria e infecciones recurrentes. Sucede cuando la micción sólo ocurre cuando la vejiga se encuentra totalmente llena de orina y rebosa, casi sin intervención del músculo detrusor.

- **Incontinencia funcional:** no hay alteración del sistema genitourinario, y su origen está en factores ajenos, como la distancia al baño, las barreras arquitectónicas, los trastornos de la movilidad del paciente, la demencia, etc.
- **Incontinencia mixta:** sucede cuando en un mismo paciente coinciden diversos tipos de incontinencia al unísono (generalmente de urgencia y de estrés), produciendo una incontinencia urinaria de origen multifactorial. Muy frecuente en mujeres ancianas

La valoración del origen de la incontinencia urinaria y de su intensidad será de gran importancia para su manejo, para establecer su pronóstico y su tratamiento.

Tratamiento

En Geriátría, a menudo el objetivo del tratamiento no es la cura del problema, sino que, la mayoría de las veces es intentar mejorar los síntomas, prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Para ello, el plan de tratamiento debe ser individualizado en su contexto social y familiar y consensuado con el equipo interdisciplinar de atención geriátrica y con el paciente y su entorno, estableciendo objetivos realistas y compartidos. Debemos tener en cuenta la mayor vulnerabilidad de los ancianos a la cirugía y a los secundarismos de la terapia farmacológica, debiendo buscar en todos los casos el equilibrio entre el confort del paciente y los riesgos asumidos. Así, a menudo será suficiente con disminuir los síntomas, mediante pequeñas intervenciones terapéuticas o en el entorno para conseguir un tratamiento satisfactorio.

Antes que nada hay que intentar identificar y tratar, si es el caso, las posibles causas de incontinencia reversible.

El tratamiento de la incontinencia urinaria debe englobar el propio tratamiento del trastorno y el tratamiento de las áreas que éste pueda afectar (dependencia funcional, áreas emocional, social y económica, etc.).

Como primer paso del tratamiento, deben instruirse una serie de medidas generales:

- Medidas higiénicas: mantener el cuidado de la piel de la zona y la frecuencia de los cambios de absorbentes.
- Medidas dietéticas: marcar horarios de ingestión de bebidas para mantener la hidratación correcta y la diuresis sin interferir en lo posible las horas de sueño o de actividad física. Limitar el consumo de alcohol y cafeína.
- Revisión de los fármacos que el paciente tiene prescritos.
- Disminuir las barreras arquitectónicas que puedan entorpecer el acceso fácil del paciente al baño, facilitar ayudas a la deambulación (andadores, bastones, etc.) y controlar los motivos sociales que puedan retrasar el trayecto al baño (timidez, interrupciones, actividades excesivamente prolongadas sin interrupción, etc.).

Añadido a las medidas generales, se puede establecer un tratamiento no-farmacológico de la incontinencia urinaria, mediante terapias conductuales:

El primer tipo de estrategias precisan de un estado cognitivo adecuado en los pacientes y comprenden los ejercicios de suelo pélvico, tratar de parar el chorro miccional y el reentrenamiento de la vejiga.

Asimismo, los cuidadores pueden ser útiles en los pacientes con cierto deterioro cognitivo, interrogando periódicamente sobre la necesidad de acudir al baño o acompañando proactivamente al baño a los pacientes cada cierto intervalo.

El tratamiento específico de la incontinencia urinaria se basa en la suma de las medidas generales con las conductuales y farmacológicas. Algunos fármacos pueden

ser muy efectivos en algunos tipos de incontinencia, pero los efectos indeseables pueden ser frecuentes o importantes.

Añadido al tratamiento conductual, farmacológico y a las medidas generales, el uso de absorbentes, colectores, y otros dispositivos mecánicos será útil para disminuir las molestias y las consecuencias derivadas de este síndrome y será considerado un tratamiento paliativo.

En algunas ocasiones estará indicado el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria, en especial en los tipos de incontinencia por estrés y por rebosamiento.

Dra. Elisabeth Herrero i Vila Máster en Gerontología Clínica
Máster en Medicina Preventiva y Promoción de la Salud Postgrado en Psicopatología Clínica

Dr. Jordi Esquirol i Causa
Máster en Gerontología Clínica
Máster en Medicina Preventiva y Promoción de la Salud Máster en Bioética y Derecho

Síndrome de inmovilidad

Introducción

Para mantener el control de la postura corporal y de la marcha, se requiere una correcta interacción entre el sistema nervioso (control de los músculos y coordinación con los centros visuales y del equilibrio) y el sistema músculo-esquelético. Son actividades complejas y difíciles, que a menudo son realizadas de manera inconsciente o automática para la persona sana. Asimismo influyen en la capacidad de movilización factores psicológicos, tales como la autoestima y el nivel de autoconfianza, factores geográficos o arquitectónicos y factores sociales.

La capacidad de desplazamiento (movilidad) es fundamental para cualquier persona para mantener su estado de independencia funcional y autonomía. Asimismo, se considera un indicador de salud y de calidad de vida. Cuando una persona pierde su capacidad de desplazamiento, pierde su autonomía y su independencia.

En el paciente anciano, la coordinación entre estos sistemas puede estar comprometida por los propios cambios fisiológicos que tienen lugar con el envejecimiento: la disminución de la masa y la fuerza muscular, de la coordinación, de la sensibilidad de los reflejos posturales, etc.

Otros factores que pueden influir negativamente en la capacidad de desplazamiento del anciano, pueden ser los problemas médicos crónicos (enfermedades), los problemas psicológicos, cuestiones sociales (aislamiento) o las barreras arquitectónicas en el hogar o en su entorno geográfico.

Cuando disminuye la capacidad de desplazamiento en el medio habitual de la persona y se afecta por su causa, la capacidad para desempeñar Actividades de la Vida Diaria, consideramos que esa persona sufre de inmovilidad. El *síndrome de inmovilidad* (también llamado *síndrome por desuso* o *desacondicionamiento*) produce una dependencia de las Actividades de la Vida Diaria y predispone a la aparición de enfermedades y complicaciones, haciéndose a menudo necesaria la institucionalización y aumentando la mortalidad.

Por su alta prevalencia en las personas ancianas, el síndrome de inmovilidad se considera uno de los síndromes geriátricos, y está caracterizado por una escasa tolerancia al ejercicio físico, progresiva debilidad muscular e incluso la pérdida de los reflejos posturales. Su origen es multifactorial y se comporta como un "círculo vicioso", aumentando progresivamente en gravedad, por el cual la inmovilidad produce mayor inmovilidad y mayor dificultad para la mejora del propio síndrome.

En los casos agudos, en que la inmovilidad ha aparecido en los últimos tres días, debe considerarse como una urgencia médica por su mal pronóstico: conlleva gran repercusión funcional y una elevada mortalidad a corto y a medio plazo (aproximadamente la mitad han muerto al cabo de 6 meses).

El síndrome de inmovilidad establecido o crónico, puede ser de dos tipos principales:

- Parcial (inmovilidad relativa): el anciano lleva a cabo una vida sedentaria, pero tiene la capacidad de moverse y llevar a cabo una vida relativamente normal; tiene ciertos movimientos o distancias limitados, pero sus Actividades de la Vida Diaria se ven poco afectadas.
- Total (inmovilidad absoluta): implica que el paciente presenta dependencia total para sus Actividades de la Vida Diaria, incluso con imposibilidad de salir de la cama por sus propios medios. Se calcula que afecta a alrededor del 7% de la población anciana.

La prevalencia del síndrome de inmovilidad aumenta con la edad, en el sexo femenino, en los niveles socio-culturales más bajos y en los pacientes institucionalizados. En

general se considera que más de la mitad de los mayores de 75 años tienen problemas para salir de su domicilio y una quinta parte están confinados en él. La causa más frecuente de síndrome de inmovilidad es el encamamiento prolongado por enfermedades agudas u hospitalizaciones.

Complicaciones asociadas

Los cambios que produce una inmovilidad prolongada sobre el organismo del paciente anciano, tienden a perpetuar el síndrome, por hacer aún más difícil la movilización autónoma a medida que pasa el tiempo (a menudo "sólo" unos pocos días precipitan el síndrome).

Por ello, es fundamental la movilización precoz de todos los pacientes ancianos tras un período de encamamiento, que debe ser lo más breve posible (horas, o algún día). Sobre el sistema cardiovascular la inmovilidad produce una tendencia a la hipotensión ortostática (el paciente se mareará al levantarse), disminuye la tolerancia al ejercicio y promueve la aparición de trombos en las venas de las extremidades inferiores (con la consecuente posibilidad de embolia pulmonar).

Disminuye la capacidad respiratoria, aumenta la producción de mucosidad bronquial y disminuye la movilidad de los cilios bronquiales y del reflejo tusígeno, con los que las sobreinfecciones respiratorias se hacen más probables.

Sobre el sistema músculo-esquelético, la inmovilidad agrava la atrofia muscular por desuso (debilidad muscular), la anquilosis de las articulaciones, la osteoporosis (riesgo de fracturas).

La inmovilidad asimismo, es factor de la pérdida del apetito y de la sed (riesgo de malnutrición y deshidratación), y promueve el estreñimiento intestinal, el reflujo gastroesofágico y los atragantamientos y broncoaspiraciones. Aumenta el riesgo de infecciones de orina y de incontinencia tanto urinaria como fecal. La piel en los puntos de mayor presión tiende a ulcerarse, dando como resultado las úlceras por decúbito, de complicada curación en muchos casos.

Por disminuir el gasto energético y por alteraciones endocrinológicas, hay una mayor tendencia a la hiperglucemia, a la hiperlipidemia y a las pérdidas de calcio y otros elementos.

Pero una de las áreas más afectadas es la neuro-psicológica del paciente encamado o inmóvil: el deterioro cognitivo aumenta por la falta de estímulos, aumenta la prevalencia de síndrome depresivo, ansiedad, delirio alteraciones del equilibrio y de la coordinación y, en consecuencia, de pérdida grave de la autoestima. Socialmente, el paciente inmóvil se encontrará en situación progresiva de aislamiento social y aumenta la necesidad de institucionalización.

Valoración clínica

En los casos de pacientes con síndrome de inmovilidad, la valoración de las causas que han llevado a esta situación deben ser analizadas con cautela. A menudo, si se conocen y tratan las causas, algunas de las consecuencias pueden revertirse y, lentamente, mejorar el estado del paciente y su calidad de vida.

Debe realizarse una Valoración Geriátrica Integral del paciente para conocer el estado actual y el estado previo a la inmovilidad, las causas tratables del estado presente y la repercusión sobre su autonomía, las enfermedades subyacentes, el estado nutricional, la funcionalidad de los órganos de los sentidos y la historia de ingresos hospitalarios recientes. Hay que valorar también el estado cognoscitivo del paciente, su estado de ánimo y la calidad de sus relaciones socio-familiares. No debe olvidarse la historia farmacológica, puesto que algunos fármacos pueden dificultar la movilidad y promover la aparición de este síndrome o agravarlo.

En estos casos será también importante el análisis del entorno geográfico más próximo del paciente, valorando la presencia de barreras arquitectónicas o impedimentos que pueden provocar un pronóstico más complicado en el tratamiento de la inmovilidad del paciente, y la presencia o necesidad de ayudas ortésicas al desplazamiento del anciano dentro y fuera de su domicilio.

La exploración física será minuciosa para valorar todos los parámetros cardiovasculares y respiratorios, Asimismo la inspección cutánea en busca de lesiones por decúbito será obligada.

Las facultades músculo-esqueléticas conservadas, se evaluarán mediante la capacidad de movilizarse dentro de la cama (girarse, etc.), de realizar las transferencias silla-cama, la capacidad de desplazarse hasta el baño y el análisis de la marcha.

En algunos casos será aconsejable la realización de exploraciones complementarias tales como analíticas de sangre, orina, o de radiodiagnóstico o exploraciones cardíacas o vasculares.

Siguiendo las premisas de la Valoración Geriátrica Integral, las valoraciones deben ser repetidas a lo largo del tiempo para poder valorar la evolución de las patologías evidenciadas.

Tratamiento y manejo de la inmovilidad

Las consecuencias del síndrome de inmovilidad aparecen con rapidez en los pacientes ancianos, en especial los más frágiles.

Por ello, la actitud diagnóstica y terapéutica debe ser rápida. Tras la valoración, debe elaborarse un plan terapéutico con objetivos individualizados y realistas, con especial hincapié en el tratamiento de la causa de la inmovilidad (si aún está presente), una pauta de rehabilitación del estado motor, la adquisición de las ayudas ortésicas necesarias (bastón, caminador, obras en el domicilio, etc.) y en la prevención de las complicaciones del síndrome. Algunas veces se hace aconsejable trasladar al paciente a un centro de media o de larga estancia para el tratamiento.

En el síndrome de inmovilidad, como en la mayoría de la medicina geriátrica, es fundamental la participación de diversos profesionales en la composición del equipo interdisciplinar que valorará y atenderá al paciente. El objetivo final del tratamiento, es la vuelta gradual y progresiva al estado previo a la aparición de la inmovilidad, si la rehabilitación total es inviable. Objetivos igualmente importantes será el control de las complicaciones asociadas que hayan aparecido con la inmovilización y el control de las enfermedades de base del paciente.

Debe también preverse la realización de monitorizaciones y reevaluaciones frecuentes del estado funcional, para observar la progresión del paciente y para adaptar los métodos y los objetivos del tratamiento.

En general, el tratamiento rehabilitador constará de objetivos intermedios, comenzando con la consecución de cambios posturales activos en la cama y la sedestación en el sillón, para posteriormente conseguir la bipedestación, las transferencias de la cama al sillón y posteriormente la deambulación del paciente de modo autónomo (con o sin ayudas ortésicas). Tras la consecución de estos objetivos, el mantenimiento de la movilidad será la razón de la intervención rehabilitadora a través de la realización de programas de ejercicios aeróbicos, de resistencia, de equilibrio y de flexibilidad adecuados al paciente.

Sin embargo en algunos casos, la vuelta al estado anterior a la aparición del síndrome de inmovilidad es imposible y los objetivos del tratamiento deberán ser más modestos.

Prevención

El síndrome de inmovilidad puede ser sujeto de realizar prevención.

Como medida de *prevención primaria*, la principal medida para la prevención de la aparición del síndrome de inmovilidad en un anciano, es el mantenimiento diario de la actividad física y la movilidad, en el grado en que el paciente sea capaz de realizarlo y tolerarlo.

Así, en casos de enfermedad aguda o de hospitalización que haga imprescindible el encamamiento durante un período de tiempo, la movilización precoz será la pauta.

El ejercicio físico mantenido aumenta la capacidad cardiovascular, mejora la fuerza muscular, el equilibrio, la densidad mineral ósea y la flexibilidad de las articulaciones, la motilidad intestinal, el consumo de glucosa, disminuye la tensión arterial, las grasas sanguíneas y aumenta el apetito. Psicológicamente, disminuyen los pensamientos depresivos y mejora la adaptación social y las relaciones sociales y familiares del sujeto. Así, se logra una reducción de la morbilidad y la mortalidad de las personas en esta franja de edad.

La medida más sencilla y recomendable como prevención primaria de la inmovilidad es el andar: la acción de caminar, alrededor de 30 – 45 minutos diarios se ha demostrado efectiva como medida de ejercicio físico aeróbico beneficioso a todas las edades, incluida en la ancianidad.

La *prevención secundaria* del síndrome de inmovilidad es la detección y el tratamiento precoz de los casos existentes. Cuanto antes se detecte la aparición de la inmovilidad, tanto menos dificultoso será su control y tratamiento, y tanto más satisfactorios serán los resultados del plan de tratamiento y rehabilitación.

En cuanto a la *prevención terciaria*, será necesario por un lado disminuir las secuelas de la inmovilidad en los pacientes tratados, y por otro lado evitar las recidivas y promover la reinserción a la sociedad del paciente tratado. Por ello, estimular al paciente a mantenerse activo y realizar el ejercicio físico necesario a su estado de modo indefinido ahondará en una menor tasa de recurrencias en el síndrome de inmovilidad.