

I Curso de Enfermería Geriátrica en Residencias

VI Congreso de SEMER

INCONTINENCIA URINARIA EN EL ANCIANO

J. Pérez Muñoz
S^o de Geriatria

Paciente anciano

- ✓ **Pluripatología** con alta comorbilidad
- ✓ Cronicidad e incapacidad funcional
- ✓ **Polifarmacia** e interacciones
- ✓ Coexistencia de patología mental
- ✓ Coexistencia de problemática social

"Gigantes de la Geriatria"

Inestabilidad

Inmovilidad

Incontinencia

Fallo mental

Bernard Isaacs, 1975

Situaciones de enfermedad

Concepto

- ✓ Pérdida involuntaria de orina
- ✓ Objetivamente demostrable
- ✓ Origina un problema higiénico y/o social

SIC, 1990

Cualquier escape de orina que provoque molestias

SIC, 2002

Importancia

- ✓ Problema **frecuente** en cualquier nivel
- ✓ Más frecuente en **mujeres y ancianos**
- ✓ Causa de **deterioro funcional y C.V.**
- ✓ Elevados **costes** y recursos sociosanitarios

Importancia

✓ Escasa **información**: "profesionales y pacientes"

2/3 nunca consultan

La mayoría nunca antes de los 4 a.

Prevalencia

< 65 años: 1 y 7% en varones
4 y 37% en **mujeres**

> 65 años: 15,5% en la comunidad
40-60% en residencias

Agazzotti, Urology 2000

Prevalencia

- ✓ Incontinencia de esfuerzo (estrés):
 - 55% en mujeres
 - 6% en hombres
- ✓ Incontinencia de urgencia:
 - 20% en hombres
 - 12% en mujeres
- ✓ Incontinencia mixta:
 - 20% en hombres y 24% en mujeres

Genera dependencia en AVD

- ✓ I. Barthel
- ✓ I. Katz
- ✓ E. de la Cruz Roja

Repercusiones de la IU

Físicas

Psicológicas

Sociales

Económicas

Repercusiones físicas

- ✓ Infecciones urinarias, sepsis
- ✓ Lesiones cutáneas: úlceras, infecciones
- ✓ Restricción de la movilidad
- ✓ Alteración en las AVDB e I
- ✓ Caídas

Repercusiones psicológicas

- ✓ Pérdida de autoestima
- ✓ Sensación de culpa
- ✓ Ansiedad y depresión
- ✓ Miedo a salir de la casa
- ✓ Deterioro relaciones interpersonales
- ✓ Inhibición relaciones sexuales

Repercusiones sociales

- ✓ Aislamiento. Ocultan el problema
- ✓ Sobrecarga de cuidados
- ✓ Riesgo de institucionalización
- ✓ Elevado coste

Repercusiones económicas

✓ Medidas paliativas: 30.000 millones

INSALUD

✓ Absorbentes: 3,7% del gasto total

✓ Tipo supernoche: 54% (167 millones)

Estudio Sabadell, 2000

N: 260.000

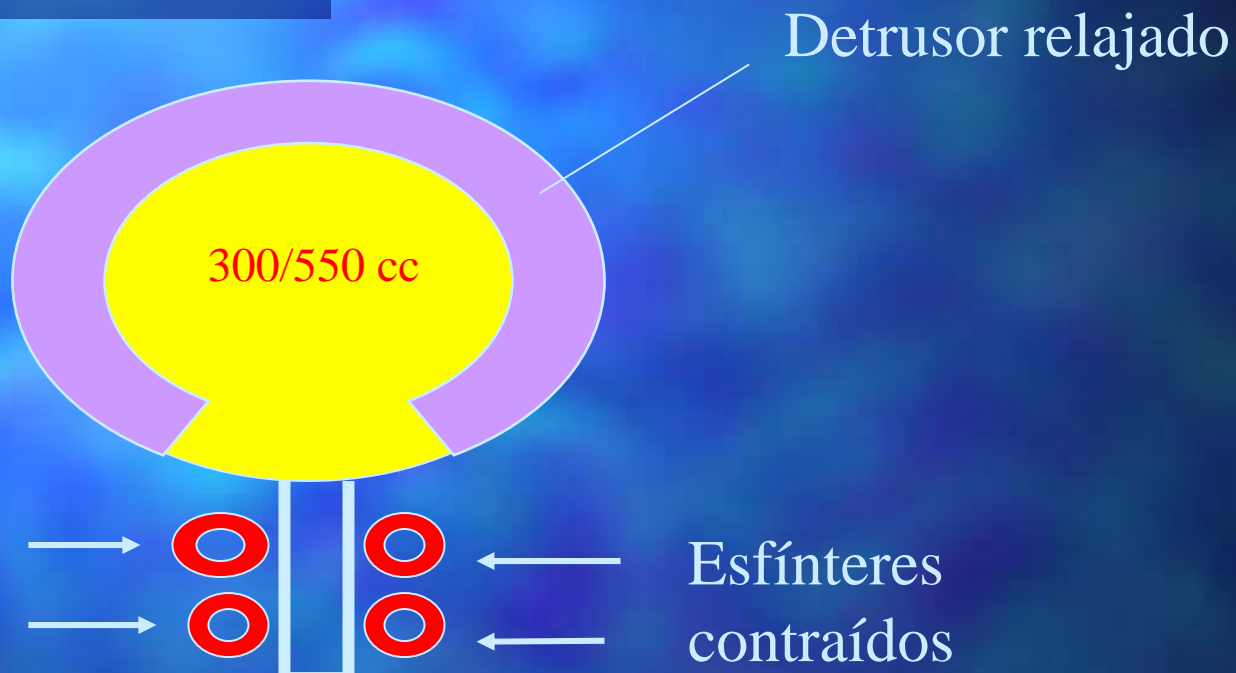
✓ Ingresos hospitalarios, residencias

Ciclo miccional

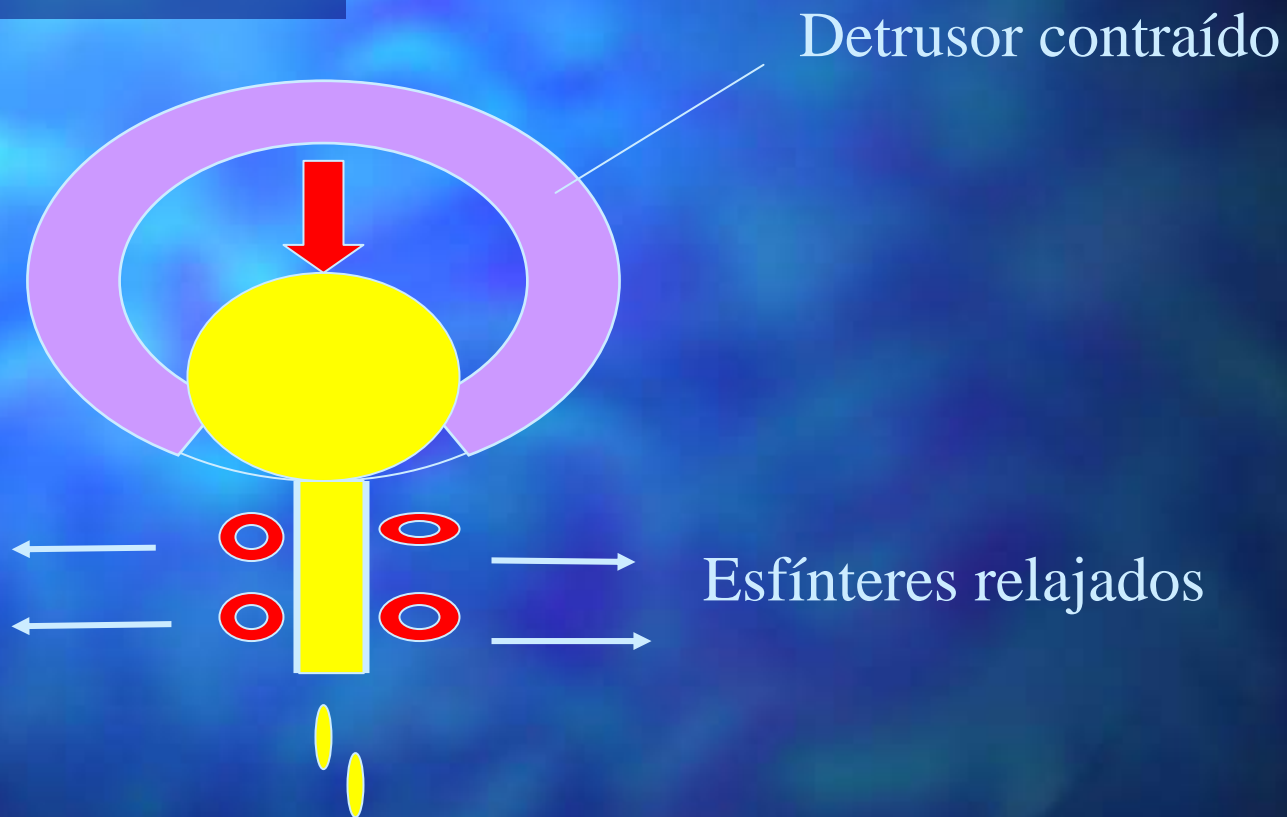
- **Fase de llenado** progresivo de la vejiga:
 - Relajación M. detrusor
 - Contracción esfínteres uretrales

- **Fase de vaciado:**
 - Contracción M. detrusor
 - Relajación esfínteres uretrales

FASE DE LLENADO



FASE DE VACIADO



Requisitos para la continencia

- ✓ Almacenamiento eficaz
- ✓ Vaciamiento efectivo
- ✓ Movilidad y destreza adecuada
- ✓ Capacidad cognitiva suficiente
- ✓ Motivación
- ✓ Ausencia barreras arquitectónicas

Cambios en el envejecimiento

- ✓ Alteraciones anatómicas y funcionales en la vejiga y uretra
- ✓ Crecimiento, hiperplasia prostática
- ✓ Atrofia vaginal
- ✓ Debilidad del suelo de la pelvis

Mayor vulnerabilidad

TIPOS CLÍNICOS DE INCONTINENCIA EN EL ANCIANO

- ✓ Incontinencia Transitoria o Aguda
- ✓ Incontinencia Establecida o Crónica

Incontinencia aguda o transitoria

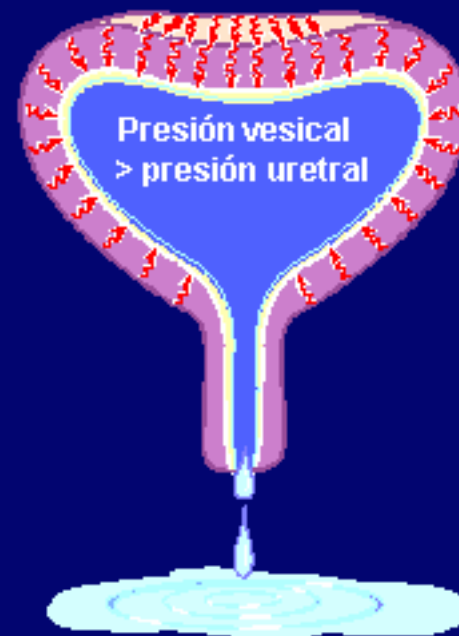
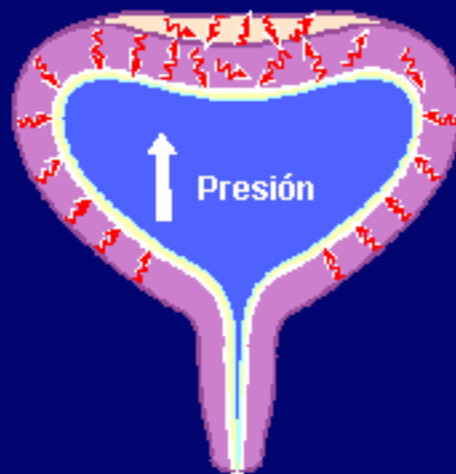
- ✓ No lesiones estructurales
- ✓ Duración inferior a 3 - 4 semanas
- ✓ S.C.A. ITUs. Metabólicas-electrolíticas
- ✓ Fármacos: anticolinérgicos, ADTc, NL, diuréticos, antagonistas del calcio, BZ
- ✓ Vaginitis-uretritis atrófica
- ✓ Impactación fecal
- ✓ Inmovilismo

Incontinencia establecida

I. de urgencia: vejiga inestable o hiperactiva o no inhibida:

- ✓ la más frecuente en ancianos
- ✓ necesidad imperiosa de orinar
- ✓ fallan mec. encargados de inhibir el reflejo miccional durante el llenado
- ✓ pérdidas moderadas o grandes de orina

Vejiga hiperactiva



Cuestionario de urgencia:

- ¿ si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y se le escapa la orina si el WC está ocupado ?
- ¿ cuándo abre la puerta de su casa, tiene que correr al WC y alguna vez se le escapa la orina ?
- ¿ si tiene ganas de orinar, la sensación es urgente y tiene que ir corriendo ?
- ¿ cuándo sale del ascensor, tiene que ir deprisa ?

3 o más respuestas afirmativas

Incontinencia establecida

I. de esfuerzo o estrés:

- ✓ 2ª causa en mujeres ancianas
- ✓ por aumento presión abdominal
- ✓ defecto cierre uretral (suelo pelvis)
- ✓ hipermovilidad cuello (atrofia vaginal)
- ✓ llenado de la vejiga normal
- ✓ pérdidas escasas e intermitentes



TIPOS DE I.U.ESFUERZO

- I.U.E. POR DISFUNCIÓN URETRAL INTRÍNSECA
- I.U.E. POR HIPERMOVILIDAD URETRAL
- I.U.E.: Difícil definir la implicación de uno u otro de los mecanismos en los casos clínicos concretos.



Cuestionario de esfuerzo:

- ¿ tiene sensación de peso en zona genital?
- ¿ se le escapa la orina al subir/bajar escaleras?
- ¿ cuándo se ríe, se le escapa la orina?
- ¿ cuándo estornuda se le escapa la orina?
- ¿ al toser, se le escapa la orina?

4 o más respuestas afirmativas

Incontinencia establecida

I. por rebosamiento:

- ✓ 2^a causa en varones ancianos
- ✓ Obstrucción de salida TUI (HBP)
- ✓ Detrusor hipotónico: DM, neurológicas, lesiones medulares bajas, cirugía
- ✓ escape goteo casi constante y escaso frecuentes RAO y **residuo postmiccional**

Incontinencia por rebosamiento



Incontinencia establecida

I. mixta :

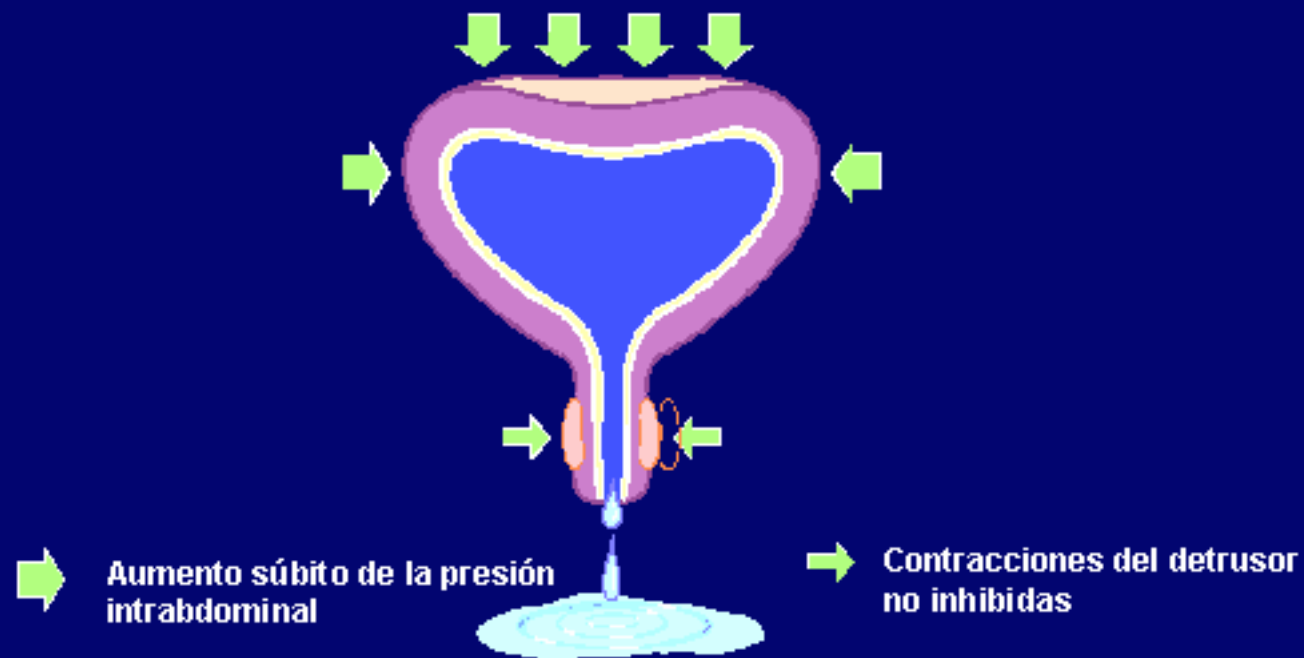
- ✓ vejiga hiperactiva
- ✓ incompetencia de los esfínteres
- ✓ no síntomas específicos
- ✓ requiere estudios urodinámicos

Frecuente la asociación:

Mujer: hiperactividad y esfuerzo

Hombre: hiperactividad y obstrucción

Incontinencia mixta



Incontinencia establecida

I. funcional:

- ✓ normalidad del tracto urinario inferior
- ✓ factores ajenos a la dinámica miccional
- ✓ inmovilismo
- ✓ barreras arquitectónicas
- ✓ deterioros cognitivos severos
- ✓ diagnóstico de **exclusión**

Diagnóstico diferencial

- 1.- **I. de urgencia:** polaquiuria, urgencia, nocturia, escapes moderados
- 2.- **I. de esfuerzo:** pérdida de orina con el ejercicio, tos, valsalva, escasa cantidad
- 3.- **I. por rebosamiento:** disminución del chorro, vejiga a tensión, globo vesical.

Valoración diagnóstica

- ✓ Historia clínica: AP, Cirugía, Fármacos, características de la IU (cuestionarios)
- ✓ Valoración integral (funcional, cognitiva, social, CV..)
- ✓ Exploración física: **abdominal** (globo y/ o masas) y **ginecológica** (prolapso, cistocele, rectocele, atrofia vaginal); **tacto rectal** y **neurológica** (sensibilidad perineal, marcha)

Estudios clínicos sencillos

- ✓ **Test de provocación** de la incontinencia: observación directa de la pérdida al toser con la vejiga llena y en varias posiciones:
 - IU esfuerzo la pérdida es inmediata
 - IU de urgencia es mayor en bipedestación
- ✓ **Test de Bonney**: elevación cuello vesical y se repite el test de provocación:
 - Positivo si no hay pérdida. Estudio urodinámico

Estudios clínicos sencillos

- ✓ **Q-Tip test:** introducir un hisopo en la vejiga, se pide que tosa y se mide la angulación distal del hisopo.

Si $> 30^\circ$ indica hipermovilidad uretral (IUE)

- ✓ **Test de la compresa (Pad Test):** mide la severidad de la IU.

Pruebas complementarias básicas

- ✓ Analítica sangre y orina
- ✓ Calendario miccional durante 3 días
- ✓ Volúmen residual postmiccional:
 - > 100 cc indica obstrucción del tracto de salida, hiporreflexia vesical o alt. contráctil del detrusor
- ✓ Eco- vesicoprostaticorrenal

Diario miccional

Intervalo	Micción	Volumen	Escape	Motivo
8-10				
10-12				
12-14				
14-16				
16-18				
18-20				
20-22				
22-24				
Noche				

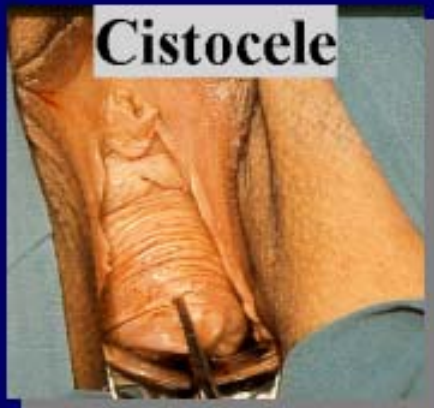
Anotaciones (n° absorbentes, ingesta líquidos, etc)

Criterios de remisión al especialista

- ✓ Recidiva o recurrencia de ITUs o hematuria. Prolapso pélvico severo
- ✓ Dificultad para cateterizar
- ✓ Residuo postmiccional elevado >100 cc
- ✓ Persiste la IU tras tto. de una causa transitoria
- ✓ Etiología desconocida con posibilidad de mejoría



FORMAS ANATOMOCLÍNICAS DE LOS PROLAPSOS



Técnicas urodinámicas

- ✓ **Cistomanometría:** estudio de presiones vesicales y obtener curvas P/V
 - patología de llenado
- ✓ **Flujometría:** medida de la V del flujo urinario por unidad de tiempo (15 ml/s)
recomendable 2 micciometrías
 - > 15 : I. urgencia
 - < 10 : Obstrucción

Tratamiento

- ✓ Multifactorial
- ✓ 30-40% de curaciones
- ✓ 50% de mejorías
- ✓ Poca atención en nuestro medio
 - Por causa del médico
 - Por causa del paciente
 - Por causa del cuidador

TRATAMIENTO

Medidas Generales

Técnicas conductuales

Fármacos

Paliativo

Cirugía

TRATAMIENTO

Recomendaciones generales

- ✓ Restringir los líquidos después de la tarde
- ✓ Modificar el hábitat y barreras
- ✓ Tratar el estreñimiento y evitar fecalomas
- ✓ Revisar fármacos
- ✓ Limitar irritantes vesicales: café, té alcohol.

Resultados óptimos hasta 50%

Técnicas de modificación de conducta

- ✓ **Reentrenamiento vesical:**

alargar progresivamente intervalo entre las micciones (hoja de registro miccional)

- ✓ **Entrenamiento del hábito miccional:**

establecer un esquema variable y progresivo de vaciamiento vesical y refuerzo positivo

- ✓ **Micciones programadas:**

cada 2 horas y refuerzo positivo. Útiles en demencias



VEJIGA HIPERACTIVA / IUU: tratamiento con reeducación vesical



- Información sobre aparato urinario inferior
- Micciones programadas
- Aumento de los intervalos entre las micciones

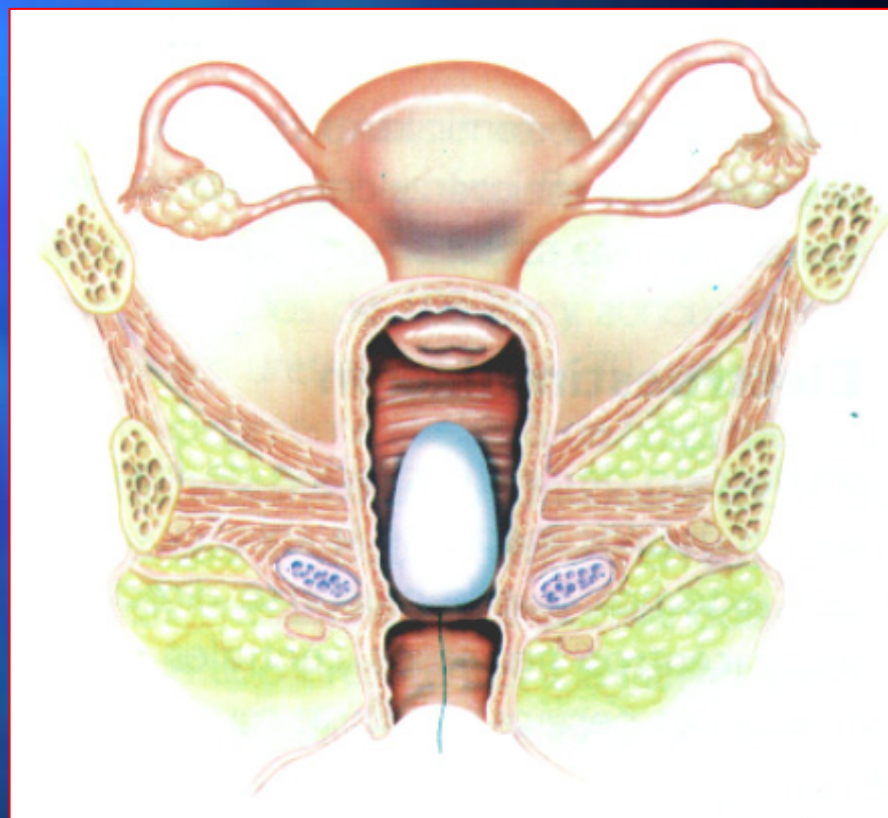


Rehabilitación del suelo pélvico

- ✓ Ejercicios del suelo pélvico de Kegel
- ✓ Conos vaginales
- ✓ Estimulación eléctrica
- ✓ Biofeedback

Cómo realizar los ejercicios para el suelo de la pelvis







TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA: NEUROESTIMULACIÓN PERIFÉRICA



- Neuroestimulación tibial posterior
- Esta técnica se ha utilizado para tratar el síndrome de vejiga hiperactiva, cuando no hay respuesta al tratamiento habitual, ni a la estimulación eléctrica vaginal.
- También en pacientes con disfunción del vaciado vesical de origen no obstructivo y en mujeres con dolor pelviano crónico.

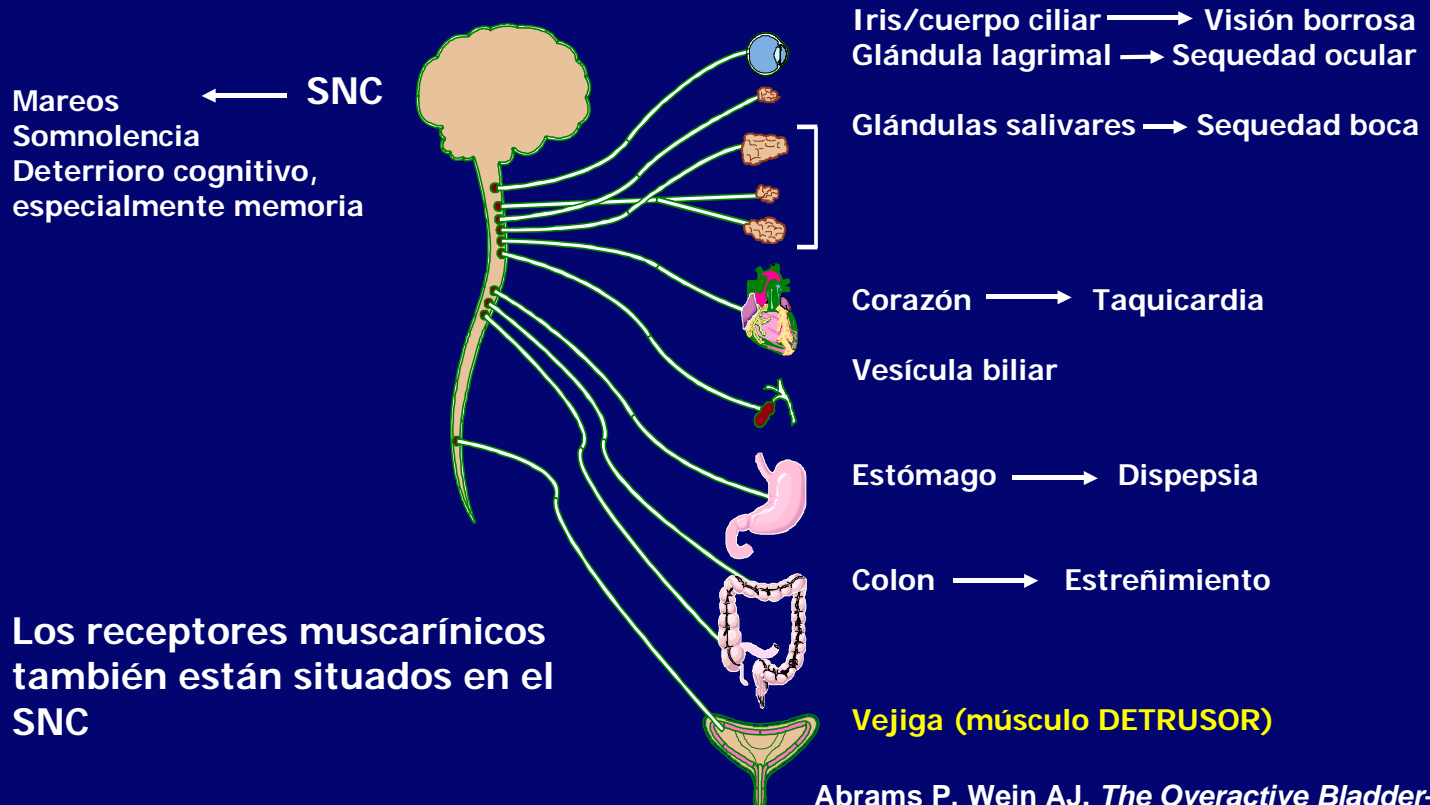


Farmacológico

- ✓ Disminuir la contractilidad vesical
- ✓ Efectos anticolinérgicos
- ✓ Respuestas 40-50%
- ✓ Efectos adversos 15-25%

Oxibutinina. Trospio. Tolterodina.
Solifenacina. Estrógenos...

Distribución de los receptores muscarínicos



Abrams P, Wein AJ. *The Overactive Bladder—A Widespread and Treatable Condition*. 1998.

Paliativo

- ✓ Absorbentes
- ✓ Sondaje vesical
- ✓ Colectores de pene y ORIS

Absorbentes

- ✓ Los pañales son eficaces en IU refractaria.
- ✓ Pueden causar irritación de la piel
- ✓ Pueden retrasar una evaluación médica

Tipos

(M^o Sanidad y Consumo)

Según la capacidad de absorción:

- ✓ Absorbente de día: 600-900 ml
- ✓ Absorbente de noche: 900-1200 ml
- ✓ Absorbente super-noche: > 1200 ml

Sondaje vesical

- ✓ Aumenta el riesgo de infección
- ✓ Limitado a incontinentes con UPP
- ✓ Hipertrofia prostática pendientes de cirugía o vejigas neurógenas
- ✓ Cateterismo intermitente en IU por rebosamiento que no se opera

Material de látex, silicona, silicona con sustancia antibacteriana.

Sondaje (y II)

- ✓ No usar de forma rutinaria ni antibioticos profiláctica ni controles bacteriológicos
- ✓ En caso de obstrucción aumentar la ingesta de líquidos y acidificar la orina
- ✓ Escapes perisonda: disminuir el balón
- ✓ Retirar tan pronto sea posible
- ✓ Autocaterismo disminuye las infecciones

Colectores y ORIS

- ✓ En IU moderada o grave
- ✓ Mantiene la piel seca
- ✓ Diferentes medidas y materiales
- ✓ Se cambia cada 24 horas/15 días





Pesarios

- ✓ En pacientes con prolapso genital a la espera de cirugía
- ✓ Reestablecen la función vesicorrectal y vaginal
- ✓ Diferentes tamaños y formas
- ✓ Deben cambiarse cada 3 meses

Conclusiones

- ✓ La IU es un problema **infravalorado e infratratado**.
- ✓ Repercute en la **calidad de vida**
- ✓ **No es sinónimo** de envejecimiento
- ✓ Necesaria una valoración **multidimensional**
- ✓ Es **tratable** y en muchos casos **curable**

“ La inconinencia urinaria es a menudo fácil de tratar cuando es adecuadamente valorada ”

Rosenthal AJ

Muchas gracias por su atención

Tratamiento de la incontinencia de esfuerzo

- Ejercicios del suelo de la pelvis (1^a línea)
- Biofeedback: perineómetro
- Conos vaginales
- Entrenamiento vesical
- Pesarios y dispositivos oclusivos
- Estimulación eléctrica
- Fármacos: E_2 , agonistas- α con precaución
- Cirugía

Tratamiento de la incontinencia de urgencia

- Entrenamiento vesical : micción programada, diario miccional (ficha de incontinencia)
- Ejercicios del suelo pélvico
- Fármacos: anticolinérgicos (oxibutinina, tolterodina, trospio); imipramina; estrógenos
- Cirugía: para casos severos de hiperreflexia no tratable del detrusor.

Fármacos anticolinérgicos

generalidades

- Inervación del detrusor es PSP (acetilcolina)
- Inhiben la hiperactividad del detrusor
- Aumentan la capacidad vesical
- Efectos 2^{os} mal tolerados en ancianos: delirium, visión borrosa, sequedad de boca, deterioro cognitivo, estreñimiento, taquicardia, midriasis.

Oxibutinina

- Fármaco de referencia para tto. vejiga hiperactiva
- Amina terciaria
- Afinidad por receptores M_2 y M_3 (efectos 2°)
- Se tolera mal
- Efectos 2^{os} hasta 50-70%
- Dosis: 5 mg cada 8-12 horas

Tolterodina

- Amina terciaria
- Mayor afinidad por M₂
- Menos efectos secundarios (boca seca)
- Dosis: 1-2 mg/12 horas
- Fórmulación retard (menos efectos secundarios)

Cloruro de trospio

- Amina cuaternaria muy hidófila
- Exenta de efectos sobre el SNC
- Efectos periféricos similares a aminas terciarias
- Peor tolerabilidad gastrointestinal
- Dosis: 20 mg cada 12 horas
- Eliminación renal

Imipramina

- ADTc con actividad anticolinérgica y alfa-agonista
- Inhibe las contracciones del detrusor
- Aumenta el tono del cuello vesical y uretra
- Elección en enuresis nocturna
- Efectos adversos: arritmias, anticolinérgicos

Estrógenos

- Tratamiento coadyuvante en mujeres postmenopáusicas con vejiga hiperactiva o incontinencia mixta
- Ovulos de estriol: 1 cada 24 h y luego cada 2-3 días
- Comprimidos: 0,5-3 mg durante 1 mes y luego 0,5-1 mg cada 24 horas.
- Crema vaginal de promestrieno al 1% nocturnas.

Agonistas alfadrenérgicos

Fenilpropanolamina

- Contrae la musculatura lisa uretral
- Aumenta la resistencia del esfínter interno
- Menor estimulación central que efedrina
- Comercialmente va asociado a un antihistamínico (descongestionante nasal)
- Dosis: 25-100 mg en 2 dosis de liberación sostenida
- Muchos efectos secundarios: HTA, C. isquémica, hipertiroidismo, DM

Tratamiento paliativo

Pañales de incontinencia

1.- Absorbentes con sujeción propia (braga-pañal)

- capacidad absorción: (600-1200 cc)
- de elección en pacientes encamados con grandes pérdidas

2.- Absorbentes con dispositivo de sujeción

- de elección en pacientes que deambulan con incontinencia severa.

3.- Colectores de orina masculinos:

Pitocín

- de elección por las noches
- capacidad hasta 80 ml

4.- Colectores femeninos.

5.- Traveseros absorbentes impermeables

- de elección en pacientes encamados
- reducen el riesgo de UxP

6.- Empapadores salvacamás reutilizable.

Prevención

- Restringir la ingesta de líquidos
- No forzar el vaciamiento de la vejiga o intestino
- Hábito de defecación y evitar estreñimiento
- Evitar el inmovilismo
- Reeducación vesical
- Revisar fármacos
- Preguntar por el problema