

Guía sobre incontinencia urinaria

PACIENTES
Y CUIDADORES



Coordinador:

Dr. Carlos Verdejo Bravo.
Médico Geriatra. Comité de
Expertos de Incontinencia
Urinaria. SEGG.

Autores:

D.ª Patricia Blázquez Simón.
Enfermera especialista en Geriatría. Comité
de Expertos de Incontinencia Urinaria. SEGG.

D.ª Betsabé Cáliz Hernández.
Farmacéutica. Comité de Expertos
de Incontinencia Urinaria. SEGG.

Dra. M.ª Luisa Delgado Losada.
Psicóloga. Comité de Expertos de
Incontinencia Urinaria. SEGG.

Dra. Lourdes Martínez Berganza.
Médico de Familia. Comité de Expertos
de Incontinencia Urinaria. SEGG.

Dr. Jesús Salinas Casado.
Médico Urólogo. Comité de Expertos
de Incontinencia Urinaria. SEGG.

Dra. M.ª Victoria Valverde Moyar.
Médico Geriatra. Comité de Expertos
de Incontinencia Urinaria. SEGG.



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

© Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
Príncipe de Vergara, 57-59. 28006 Madrid
www.segg.es • segg@segg.es

Diseño, realización y coordinación
editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN:
Depósito Legal:

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Índice

Conceptos básicos

2

Impacto de la incontinencia urinaria

4

¿Por qué se produce la incontinencia urinaria?

6

Formas clínicas de presentación de la incontinencia urinaria

8

Medidas diagnósticas de la incontinencia urinaria. Valoración básica y especializada

11

Tratamiento de la incontinencia urinaria

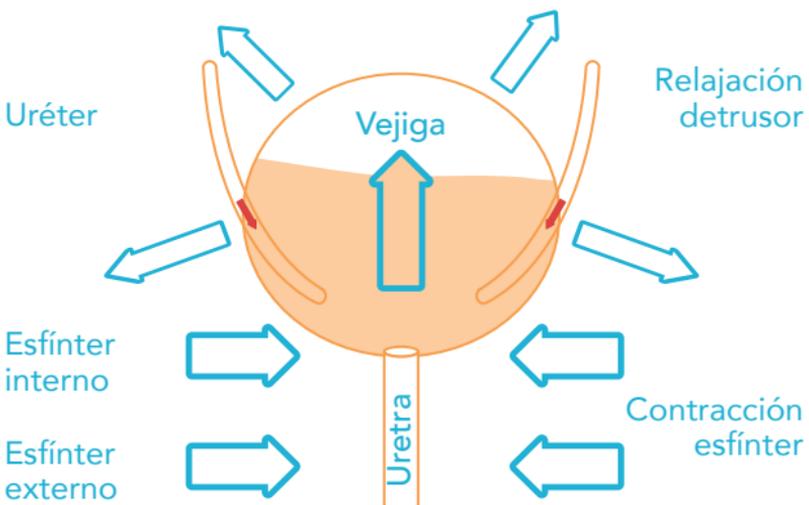
14

Conceptos básicos

El tracto urinario inferior (TUI), que está constituido por la vejiga y la uretra, tiene la función de almacenar la orina en la vejiga y eliminarla al exterior a través de la uretra cuando la persona considera que es el momento y el lugar adecuados.

Fase de almacenamiento o llenado:

- Capacidad vesical normal.
- Acomodación normal.
- Sensibilidad vesical normal.
- No existencia de reflujo vésico-ureteral.



Estos mismos elementos (vejiga y uretra) participan tanto en la función de llenado como en la de vaciado vesical, únicamente variando el "chip", de forma que, en la fase de llenado, se relaja la vejiga y se contrae el mecanismo esfinteriano (asegurando la continencia urinaria), mientras que en la fase de vaciado se invierte: se relaja el mecanismo esfinteriano y se contrae la vejiga, vaciando su contenido. Estas funciones tienen un soporte neurológico muy complejo, pudiendo fallar por varias causas y apareciendo la incontinencia de orina.

Actualmente, se considera incontinencia urinaria (IU) cualquier pérdida involuntaria de orina que provoque un malestar a la persona que la padece. Sabemos que la prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta con la edad, aunque solo una de cada tres personas mayores consulta por ello.

¡Por favor, no permita que continúe así!





Impacto de la incontinencia urinaria

La IU tiene repercusiones negativas sobre la calidad de vida de la persona, afectando a su bienestar emocional y a sus relaciones sociales. A pesar de ello, no se suele consultar a los profesionales sanitarios por diversas razones, muchas veces porque avergüenza reconocer el problema y se cree que no tiene tratamiento, o se piensa que es algo "normal e inevitable" asociado a la edad, o, en el caso de las mujeres, consideran que está relacionado con los partos. La mayoría de los pacientes acuden al médico por este motivo cuando los síntomas se vuelven más graves.

La IU afecta a la dimensión física y psicológica, además de derivar en importantes consecuencias sociales y económicas:

Impacto a nivel físico

La IU es responsable de un mayor número de caídas, de infecciones urinarias e incluso de lesiones cutáneas (úlceras, inflamación e infecciones), suponiendo en ocasiones el abandono de las

actividades físicas, lo que puede ocasionar hábitos sedentarios.

Impacto a nivel psicológico

La IU ocasiona pérdida de autoestima, ansiedad, depresión, estrés, relacionándose sobre todo este impacto con un tipo concreto de IU (la de urgencia) y, en menor medida, con la intensidad de los síntomas.

Impacto social

La IU favorece el aislamiento de las personas y limita sus relaciones sociales. Muchas veces se ven obligadas a reducir sus salidas fuera del hogar, los viajes en transporte público o excursiones de grupo, y cuando salen están preocupadas por tener localizado un cuarto de baño y reducen su ingesta de líquidos para evitar aumentar la necesidad de orinar. Sus contactos sociales van disminuyendo de forma proporcional al aumento de la gravedad del problema.

RECUERDE ...

La IU afecta de forma importante a la calidad de vida de la persona (su bienestar) y no se suele consultar por ello. Por favor, si tiene algún problema con el control de la orina, consulte



¿Por qué se produce la incontinencia urinaria?

Sabemos que la IU aumenta con la edad, siendo más frecuente en mujeres, aunque tiende a igualarse en ambos sexos a partir de los 80 años; sin embargo, no se debe aceptar que sea una condición normal en relación con el envejecimiento.

Hay varios factores implicados en su producción, como son:

Antecedentes ginecológicos

Multiparidad, debilidad a nivel de la musculatura del suelo pélvico, intervenciones ginecológicas (histerectomía).

Patologías médicas

Enfermedades neurológicas (ictus, Parkinson, deterioro cognitivo, demencia), diabetes mellitus, obesidad.

Patologías urológicas

Hiperplasia prostática.

Factores externos al aparato urinario

Como la mala movilidad, las barreras arquitectónicas, las restricciones físicas o la ropa inadecuada.

Insistir en que la edad y el envejecimiento normal no justifican la aparición de pérdidas urinarias. Si se manifiesta IU, siempre se debe consultar, ya que muchas de las causas son tratables y se pueden resolver, solucionando el incómodo problema de incontinencia

... NO LO OLVIDE





Formas clínicas de presentación de la incontinencia urinaria

La IU se puede clasificar tanto de acuerdo a su tiempo de evolución (duración) como a su tipo clínico (síntomas), sin que sean excluyentes, sino al contrario, ya que nos dan información muy útil para su mejor conocimiento y manejo.

Según el tiempo de evolución, podemos diferenciar entre:

IU transitoria o aguda

Su duración es menor a 4 semanas y ocurre en 1/3 de las personas mayores y en casi el 50 % de los ingresados en el hospital. No suele existir alteración del tracto urinario (se caracteriza por ser reversible y temporal). Sus causas más frecuentes son: el cuadro confusional agudo ("delirium"), los fármacos (diuréticos, psicofármacos, calcio-antagonistas), infección de orina, impactación fecal, vaginitis y uretritis, polifarmacia, diabetes

o restricción de la movilidad. Si no se detecta a tiempo esta relación patogénica, la IU puede perpetuarse y desarrollar una IU crónica.

IU establecida

El tiempo de evolución es mayor a 4 semanas y se relaciona con alteraciones estructurales a nivel del tracto urinario o fuera de este. En la mayoría de los casos será necesario realizar pruebas complementarias (estudio urodinámico) para averiguar la causa.

Según la forma de presentación, se distinguen varias formas clínicas de IU:

Incontinencia de urgencia

Los escapes de orina van precedidos de una necesidad imperiosa de orinar (*"no se puede reprimir la necesidad de orinar"*). Las causas más frecuentes son: enfermedades del sistema nervioso central (ictus, demencia, Parkinson, hidrocefalia, etc.) y patología urológica (hiperplasia prostática, litiasis intravesical, tumores vesicales).

Incontinencia de esfuerzo

Los escapes se precipitan por maniobras que aumentan la presión intraabdominal (tos, estornudos, risa, esfuerzos) (*"se puede predecir ante qué maniobras puede tener los escapes"*). Es más común en las mujeres, relacionándose con los partos múltiples, al provocar debilidad de los músculos del suelo pélvico e hipermovilidad uretral, así como con la obesidad, el déficit de estrógenos en mujeres posmenopáusicas o el prolapso uterino. En los varones puede aparecer tras la cirugía prostática.

Formas clínicas de presentación de la incontinencia urinaria

Incontinencia mixta

Se asocian incontinencia de urgencia e incontinencia de esfuerzo.

Incontinencia sin percepción del deseo de orinar

La incontinencia aparece sin relación con una situación concreta, de forma inconsciente (*“la persona nota que se le ha escapado la orina, sin darse cuenta”*). Suele deberse a que la vejiga está sobredistendida por diferentes mecanismos: obstrucción al tracto de salida (frecuente en los varones por los problemas prostáticos o estenosis uretral, y en la mujer por compresión a nivel del cuello vesical o uretra por estenosis) y la alteración contráctil vesical, provocada por fármacos (psicofármacos, calcioantagonistas, opiáceos), por lesiones medulares o por neuropatía.

IU funcional

Sería la IU que apareciera en personas sin ningún problema en su aparato urinario, pero que, debido a tener una movilidad reducida, la existencia de barreras arquitectónicas o a un deterioro cognitivo, no pudieran mantener la continencia y sufrieran escapes por estos motivos. Se considera un diagnóstico de exclusión.

RECUERDE ...

Si nota algunos de estos síntomas u otros que condicionan un cambio en su forma de orinar, no lo deje pasar y consulte



Medidas diagnósticas de la incontinencia urinaria. Valoración básica y especializada

La valoración inicial o básica se efectuará en Atención Primaria, consultas externas o medio residencial y, si se precisa, se derivará a especialistas en Urología o Ginecología. Debe incluir una historia clínica donde se recogerán antecedentes médicos, tratamiento habitual (algunos fármacos pueden producir o agravar la incontinencia), los síntomas urinarios y su repercusión en la calidad de vida.

Para valorar los síntomas urinarios se puede utilizar el diario miccional, y también pueden ser útiles los cuestionarios mixtos sobre síntomas y afectación de la calidad de vida, como el ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionary. Short Form*).

La exploración física incluirá tacto rectal, una exploración ginecológica, la medición del residuo

Medidas diagnósticas de la incontinencia urinaria. Valoración básica y especializada

posmiccional (volumen de orina que queda en la vejiga tras la micción) y un análisis de orina.

La valoración especializada será necesaria en casos seleccionados para realizar una serie de estudios y conocer el mecanismo que provoca la incontinencia, para así poder ofrecer un tratamiento específico. La prueba más recomendada es el estudio urodinámico, que reproduce el ciclo miccional, mientras se realizan mediciones precisas, con el fin de identificar el mecanismo que provoca la IU.

A través de una valoración sencilla se pueden descubrir algunas de las causas de la IU y en otros casos puede requerir un estudio más completo

... NO LO OLVIDE





Tratamiento de la incontinencia urinaria

El tratamiento de la IU debe plantearse de una forma integral e individualizada, combinando diversas opciones terapéuticas. Los objetivos a conseguir con estos tratamientos son, en primer lugar, mejorar su calidad de vida, intentando además reducir la severidad de la incontinencia o el número de escapes y, si fuera posible, recuperar la continencia.

Se pueden emplear diferentes aspectos en el tratamiento de la IU, desde unas medidas muy básicas y sencillas hasta técnicas quirúrgicas, siempre dependiendo de cada caso:

Medidas conservadoras

Recomendables para todas las personas mayores con IU, que incluyen:

- **Medidas higiénico-dietéticas:** evitando las sustancias excitantes, ya que pueden producir poliuria y urgencia miccional (bebidas alcohólicas, café, té, cítricos); reducir la toma de líquidos a partir de la tarde para evitar la nicturia y los escapes nocturnos; tomar una dieta rica en fibra y corregir el estreñimiento; mantenerse lo más

activo físicamente posible; utilizar ropa cómoda con sistemas de apertura y cierre sencillos (elásticos, velcros, cremalleras), que permitan desvestirse de forma rápida cuando noten el deseo miccional.

- **Intervención ambiental:** reducir las barreras arquitectónicas para que puedan acceder al retrete lo más fácilmente posible y sin ayuda; facilitar la utilización del retrete de forma independiente (asideros, elevadores); en caso de incapacidad, tener acceso fácil a un orinal o cuña sanitaria para orinar cuando precise.
- **Medidas paliativas:** de forma complementaria a otros tratamientos, se pueden recomendar una serie de medidas dirigidas a ofrecer confort y bienestar, minimizando las repercusiones de este problema. Las medidas más comunes son los absorbentes, existiendo diferentes tipos para cada caso. Si usan absorbentes, hay que cuidar bien la piel, realizando una correcta higiene en cada cambio, pudiendo aplicar cremas de barrera si apareciera alguna irritación, evitando que el absorbente quede muy apretado o ajustado.

Técnicas de modificación de conducta

Son un conjunto de técnicas que pretenden restablecer el patrón de vaciamiento vesical, considerándose altamente eficaces en el manejo de la IU. Se diferencian dos grupos de técnicas, dependiendo de si pueden ser efectuadas por el propio paciente o necesitan del cuidador:

- Dentro de las efectuadas por el propio paciente destacan los ejercicios del suelo pélvico y el reentrenamiento vesical. Los ejercicios del suelo pélvico persiguen aumentar la resistencia del suelo pélvico, siendo muy útiles en

Tratamiento de la incontinencia urinaria

la incontinencia de esfuerzo, tanto femenina como masculina (posprostectomía). Consiste en contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico (25-30 cada sesión, en 3-4 sesiones diarias). El reentrenamiento vesical consiste en restablecer la frecuencia miccional con un esquema variable de vaciamiento vesical, basado en el diario miccional de cada paciente. Esta técnica es útil en la incontinencia de urgencia y en las incontinencias agudas (tras sondaje vesical, fármacos, etc.), con buenos resultados.

- Dentro de las dependientes del cuidador están la anticipación de la micción y las micciones programadas. La anticipación de la micción está basada en la estimulación del paciente para ser continente a través de valoraciones periódicas, utilizando sistemas de refuerzo positivo para lograr la micción de una forma personalizada (frecuencia variable) antes de que pueda sufrir el escape. A través de las micciones programadas se intenta conseguir las micciones con una frecuencia fija (alrededor de cada 2 horas), utilizando también técnicas de refuerzo positivo para lograr la micción y evitar así los escapes de orina.

Tratamiento farmacológico

Si las medidas no farmacológicas no son suficientes, en algunos casos podría ser de utilidad la prescripción de fármacos, aunque no van a ser efectivos para todos los tipos de IU.

En la IU de urgencia y en la mixta es donde los fármacos han demostrado una mayor efectividad, disponiendo de dos grupos de fármacos (anticolinérgicos o antimuscarínicos vesicales y agonistas del receptor β_3 -adrenérgico), produciendo ambos, por distinto mecanismo, la relajación de

la vejiga urinaria, aumentando así la capacidad para retener la orina.

En algunos casos de IU de esfuerzo puede ser útil el empleo de la duloxetina (antidepresivo de mecanismo doble) que aumenta la resistencia uretral.

Tratamiento quirúrgico

En casos seleccionados, y tras un estudio especializado más amplio, puede plantearse un tratamiento quirúrgico para la IU. En el caso del varón, el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática mediante distintas técnicas (resección transuretral endoscópica, láser o cirugía abierta) puede mejorar/solucionar el problema de la IU. En la mujer, la cirugía que se realiza con más frecuencia es la colocación de una malla suburetral sin tensión (TOT/TVT). Menos frecuentemente, la IU está en relación con lesión del mecanismo esfinteriano (posprostectomía radical en el varón y poshisterectomía radical en la mujer), pudiendo plantear técnicas quirúrgicas especiales, como las mallas con tensión, las inyecciones periuretrales y el esfínter artificial.

RECUERDE ...

Actualmente existen diferentes alternativas para intentar mejorar/solucionar el problema de la IU. Incluso las medidas más sencillas le pueden ser útiles. La edad no es un límite para los tratamientos farmacológicos ni quirúrgicos



Ontex

www.id-direct.com